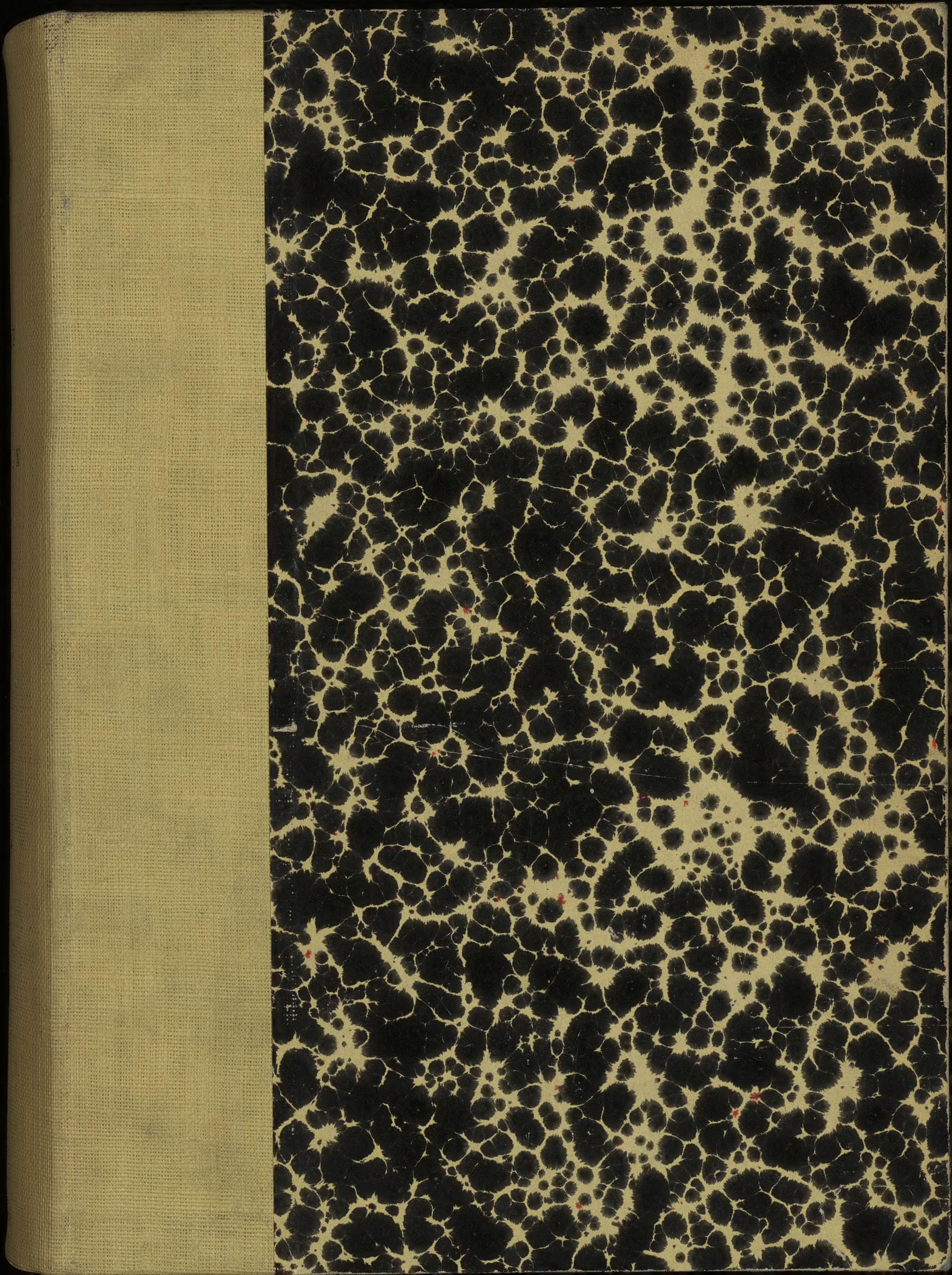
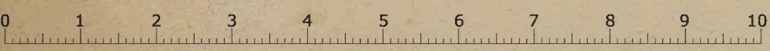



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS. — TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT
19, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

ANNÉE 1874



PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : RUE DES SAINTS-PÈRES, 57

PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

1874

N° 1. — JEUDI 1er ET SAMEDI 3 JANVIER 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 1er ET SAMEDI 3 JANVIER 1874. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 2 janvier 1874.

La *Gazette des Hôpitaux* entre dans sa quarante-septième année.

A cette occasion, nous recevons de nos souscripteurs les plus cordiales félicitations et les encouragements les plus précieux. Dans l'impossibilité où nous sommes de répondre individuellement à ce flot toujours montant de correspondants, nous allons esquisser à grands traits le programme que nous nous sommes imposé, et dont l'exécution semble justifier l'accueil si sympathique que nous rencontrons dans le corps médical.

Deux grands intérêts — celui de la science et celui de la profession — absorbent toutes les pensées de la direction de ce journal.

L'intérêt scientifique reçoit le développement le plus large par les collaborations qui nous sont acquises parmi les médecins les plus distingués de Paris et de la province.

La Société de chirurgie — dont nous avons toujours été l'organe officiel — offre à nos lecteurs les excellents et nombreux travaux soumis au jugement de cette véritable académie. A côté de ces publications qui, à elles seules, pourraient suffire à donner la note véritable du mouvement chirurgical contemporain, une place est toujours réservée aux leçons cliniques et à ces travaux que la modestie de leur auteur n'ose soumettre à une Société si ardente pour la science et si bienveillante pour les travailleurs.

Près de la *Société de chirurgie* fleurit une société considérable qui, sous le nom de *Société de médecine de Paris*, réunit l'élite de notre profession. Des communications du plus haut intérêt, des discussions magistrales forment le contingent de cette société, dont nous sommes l'organe officiel.

L'Académie de médecine, l'Académie des sciences, la Société médicale des hôpitaux et une Revue de la presse viennent tour à tour compléter, à divers points de vue, l'œuvre scientifique à laquelle nous travaillons.

Le mouvement médical et chirurgical assuré, nous avons le soin, dans des articles spéciaux, de présenter de la manière la plus claire et la plus pratique tout ce qui, dans les travaux contemporains, peut intéresser le praticien, et lui permettre de suivre exactement les progrès de la médecine pratique et doctrinale.

Nous ne disons rien des hôpitaux français et étrangers, car est-il besoin, avec notre titre, de rappeler que les leçons cliniques, les faits intéressants, pratiques ou curieux, restent toujours la base de notre publication.

Grâce à ces divers éléments, complétés par les communications de nos correspondants, nous sommes assurés de représenter de la manière la plus fidèle le mouvement médical de notre époque.

Et ici — ce qui n'est pas à dédaigner avec les mœurs actuelles — on nous rendra cette justice de reconnaître que la *Gazette des Hôpitaux* a pris comme ligne de conduite absolue de ne jamais faire — en rien — acception de personnes. La science est notre seul objectif; et nous voulons toujours ignorer si un travail qui nous paraît bon et utile nous vient d'une main amie ou ennemie.

Au point de vue de la science, la *Gazette des Hôpitaux* en agit ainsi, et c'est encore sa ligne de conduite en présence des intérêts professionnels. Sans ostentation, sans fracas, au jour le jour, mais avec la sollicitude la plus vive, la *Gazette des Hôpitaux* suit le mouvement des besoins de la profession. Les intérêts du praticien, l'avenir de nos institutions, sont, par elle, poursuivis, discutés avec le plus grand soin, sans préoccupations personnelles, avec le seul désir de voir triompher la vérité.

Tel a été notre programme. L'améliorer et le perfectionner dans ses détails sera notre réponse aux encouragements qui, en ce moment, nous parviennent si nombreux de cette véritable famille, que crée à un journal une carrière longue, honorable et sincèrement dévouée aux intérêts de la science et de la profession.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Bouchut.

Revue d'opthalmoscopie médicale et de cérébroscopie pour l'année 1873.

Pour vulgariser la connaissance des lois que j'ai établies en 1862 relativement aux rapports qui existent entre les maladies du cerveau, de la moelle épinière ou des méninges, et les différentes lésions de l'œil, visibles à l'ophthalmoscope, j'ai l'habitude de donner le résumé des faits les plus importants de mon service sous forme de *Revue cérébroscopique annuelle.* — Voici celle de l'année 1873, et l'on verra ce que mon idée *de voir dans l'œil ce qui se passe dans le cerveau* peut donner de

précision au diagnostic des maladies cérébro-spinales aiguës et chroniques. — L'adoption de cette méthode d'exploration par un certain nombre de médecins étrangers, notamment en Angleterre et en Belgique, prouve qu'elle a pour elle l'appui de l'observation clinique et de l'anatomie pathologique.

Mes observations portent sur quarante et deux cas d'affections cérébro-spinales les plus variées, par leur nature et par leur cause, et je vais en donner un court résumé.

Tuberculose et méningite tuberculeuse....	7	cas.
Tuberculose et entérite tuberculeuse......	6	—
Hydrocéphalie en voie de guérison........	1	—
Méningite simple........................	1	—
Méningite typhoïde......................	3	—
Encéphalite cardiaque...................	2	—
Épilepsie	5	—
Myélite chronique.......................	1	—
Sclérose spinale........................	1	—
Chorée	1	—
Paralysie diphthéritique	3	—
Paralysie infantile	1	—
Encéphalopathie saturnine...............	1	—
Asthme de cause cérébrale...............	1	—
Névrose phrénique.......................	1	—
Contracture	1	—
Tumeur des pédoncules cérébraux.........	2	—
Gliome tuberculeux du cervelet..........	1	—
Méningite finale	1	—
Mort réelle	2	—
Total......	42	cas.

Tous ces malades ont offert de la névrite optique et de la névro-rétinite à différents degrés, de la stéatose rétinienne, de la choroïdite pointillée atrophique ou de la choroïdite tuberculeuse. — Quatre d'entre eux m'ont offert des tubercules de la choroïde, constatés pendant la vie, observés sur le cadavre et analysés au microscope.

Tuberculose et méningite sans symptômes. — Louise C..., âgée de cinq ans, entrée le 23 janvier 1873 pour une maladie fébrile continue simulant la fièvre typhoïde. — En examinant ses yeux, j'y trouve une masse de *tubercules de la choroïde* qui montrent qu'il s'agit d'une tuberculose générale.

Morte le 28 janvier, à l'autopsie on trouve une méningite des tubercules cérébraux et des *tubercules de la choroïde.*

Tuberculose et entérite chronique. — Marie C..., âgée de quatre ans, entrée le 21 janvier 1873 dans un état cachectique produit par l'entérite chronique et la pneumonie caséeuse. — Dans ses yeux existent des *tubercules de la choroïde* qui révèlent une diathèse tuberculeuse.

Elle mourut le 30 janvier, et le diagnostic fut vérifié par l'autopsie.

Tuberculose et entérite. — B..., âgée de six ans, entrée le 18 janvier 1873 pour une cachexie intestinale avec diarrhée chronique datant de trois mois. — Ses poumons sont sains. — Aucun trouble cérébro-spinal.

Névrite optique évidente caractérisée par rougeur, aplatissement et iffusion séreuse de la papille dont les bords sont peu visibles. — Vision naturelle.

Tuberculose et entérite. — H..., âgée de douze ans, entrée le 13 janvier 1873 pour une entérite chronique tuberculeuse. — Poumons sains, pas de symptômes cérébraux ou spinaux. — Papille diffuse et rouge, à bords confus indistincts se mêlant sans différence de couleur avec la teinte choroïdienne. — Vision naturelle.

Tuberculose et entérite. — Hermance S..., onze ans, entrée le 27 novembre 1872 pour une péritonite tuberculeuse avec grosse tumeur du mésentère. — Névro-rétinite double plus marquée à gauche qu'à droite et de ce côté *un tubercule de la choroïde* immédiatement au-dessous de la papille.

Tuberculose et entérite. — Louise B..., six ans, entrée pour une adénie générale tuberculeuse de l'entérite. — Elle meurt cachectique. — Névro-rétinite et *deux tubercules de la choroïde.*

Tuberculose et entérite. — M..., âgée de six ans, entrée le 12 février 1873, pour une maladie ressemblant à une fièvre typhoïde ataxique. — Elle a diarrhée, endocardite, pneumonie catarrhale et délire. — On lui trouve une névro-rétinite communicante. Elle meurt avec une tuberculose générale.

Méningite tuberculeuse sans symptômes et encéphalite. — B..., quatre ans, entrée le 28 mars 1873 pour un état cachectique avec tristesse et somnolence, sans vomissement ni constipation, ni aucun symptôme de méningite. — Œdème de la papille avec exsudat blanchâtre péripapillaire plus marqué à droite qu'à gauche, et dilatation des veines de la rétine. — Elle meurt, et je trouve la méningite tuberculeuse et une encéphalite évidente du lobe moyen gauche près la scissure de Sylvius.

Tuberculose et entérite. — P..., huit ans, sortie le 15 juin 1873 et emmenée mourante par ses parents.

Elle avait une granulie ayant amené la diarrhée et le marasme. — Dans les deux yeux, bien qu'il n'y eût pas de méningite, il y avait une névro-rétinite caractérisée par l'œdème et la congestion de la papille par un exsudat péripapillaire et par l'atrophie choroïdienne pointillée.

Méningite tuberculeuse. — Clara F..., cinq ans, entrée le 5 juillet 1873, avec symptômes douteux de méningite.

Névrite optique très-caractérisée, avec dilatation des veines rétiniennes. — Mort, et à l'autopsie méningo-encéphalite tuberculeuse et thrombose des sinus de la dure-mère. — Granulose générale.

Tuberculose cérébrale. — J. L..., trois ans, entrée le 3 septembre 1873, pour une maladie de quinze jours, avec stupeur, ralentissement du pouls, vomissements, constipation, somnolence et convulsions. — Mort, opposition à l'autopsie. Atrophie pointillée de la choroïde, avec névrite optique et phlébectasie rétinienne.

Méningite tuberculeuse. — Névro-rétinite et tubercules de la choroïde. — L..., trois ans, entrée le 17 octobre 1873, avec des symptômes de méningite douteux. — Un vomissement, selles naturelles, tristesse et somnolence, puis amélioration et rechute, coma et mort sans paralysie ni convulsions.

Double névrite optique avec papille rouge effacée presque invisible, exsudation grisâtre diffuse à la périphérie, dilatation partielle des veines rétiniennes, flexuosités énormes. — Thromboses nombreuses et *multitude de tubercules de la choroïde* dont quelques-uns sont entourés d'une auréole rouge.

Méningite tuberculeuse, névrite optique et atrophie du nerf. — L..., trois ans, entrée le 3 septembre 1873, morte le 12. — Méningite tuberculeuse et tuberculose vérifiées par autopsie.

Névrite optique, œdème papillaire, atrophie partielle du nerf optique, atrophie de la choroïde, mort.

Méningite simple. — Une petite fille, âgée de quinze jours et vaccinée le jour de sa naissance, est présentée à la consultation le 1er décembre. — Son vaccin est presque sec, mais il a donné lieu à un érysipèle qui couvre tout le tronc et, depuis hier, à une hémiplégie faciale droite accompagnée de contracture dans les membres.

Cette enfant présente une double névrite optique œdémateuse avec aplatissement, diffusion rosée papillaire et dilatation énorme des veines de la rétine.

Méningite sans symptômes. Tuberculose. — Émeline L..., âgée de deux ans, entre à l'hôpital, le 5 décembre, pour une maladie indéterminée caractérisée par la tristesse, de la somnolence, des intermittences du pouls; pas de vomissement, ni de constipation, ni aucun autre phénomène de méningite.

A l'ophthalmoscope, les papilles sont un peu œdématiées, et il y a sur la choroïde de nombreuses granulations tuberculeuses. — Vaisseaux normaux.

Deux jours après, l'enfant est pris d'éclampsie et meurt dans une attaque.

L'autopsie révèle une faible méningite de la convexité, quelques

granulations de la pie-mère et une tuberculose de tous les organes.

Hydrocéphalie guérie. — Marie M..., âgée de six ans, entrée le 20 janvier 1873 pour une paraplégie qui dure depuis cinq ans, et qui s'accompagne d'un volume excessif de la tête.

Je trouve dans son œil une atrophie incomplète du nerf optique avec atrophie choroïdienne avoisinante. — L'enfant n'avait jamais marché de sa vie, et elle a fait ses premiers pas à l'hôpital.

Épilepsie. — Louise B..., âgée de treize ans, entrée le 20 janvier 1873 pour des vertiges épileptiques très-fréquents avec incontinence d'urine. — Elle a une très-forte hyperémie du nerf optique et une périnévrite occupant un seul côté de la papille. — Le nerf optique gauche est plus gros que le droit.

Épilepsie. — Mme X..., à Versailles, adressée par le docteur Jacquot pour des crises épileptiques datant de dix-huit mois. Cette dame, à son sixième enfant, est accouchée au milieu d'une éclampsie de quatre jours, et après six semaines de crises épileptiques terribles de violence, atténuées par le bromure de potassium à 6 grammes.

Nerf optique aplati, rouge, diffus sur les bords avec nombreux vaisseaux propres et stase rétinienne.

Épilepsie. — B..., âgée de dix-sept ans, épileptique depuis huit ans après le sulfate de quinine donné contre une fièvre pernicieuse.— Vue délicate, mais assez bonne.

Névrite optique caractérisée par la diffusion complète des bords et par la coloration verdâtre du nerf. — (Vue en ville le 20 février 1873.)

Épilepsie. — A..., âgée de huit ans, entrée le 3 mars 1873 pour des attaques nerveuses caractérisées par la perte de connaissance, de sentiment et des mouvements convulsifs suivis de sommeil. — Papille très-rouge, très-congestionnée; veines larges et nombreuses; à droite, elle est entourée d'un demi-cercle noirâtre en forme de croissant dont le bord convexe net à double contour offre un pointillé rouge évident, et les veines rétiniennes passent en avant de cette lésion.

Épilepsie. — Hélène L..., âgée de sept ans, entrée le 3 mars 1873 pour des attaques épileptiques aujourd'hui quotidiennes et datant de six mois. — Elle a une double névro-rétinite plus forte à droite qu'à gauche, car à droite le nerf optique est aplati, pâle grisâtre, presque effacé et entouré d'une zone diffuse opaline, tandis qu'à gauche le nerf est également aplati, grisâtre, mais ses contours sont un peu plus visibles.

Sclérose spinale. — B..., âgée de onze ans, entrée le 8 janvier 1872 pour une sclérose spinale datant de trois ans, produisant la paraplégie, la contracture et le tremblement des mains. — Cette enfant offre une hypécemie très-manifeste de la papille, qui est plate, diffuse et rouge, de façon à se confondre avec la choroïde. — Les vaisseaux rétiniens sont très-petits, filiformes.

Myélite chronique. — M. X..., vingt-quatre ans, étudiant, venu de Sens au mois de janvier 1873, et vu par le docteur Quenouille, de Sens. — Depuis deux ans, ce jeune homme, jadis adonné à l'onanisme, aujourd'hui a des pollutions nocturnes, a de la mydriase, la vue affaiblie, des tremblements oscillatoires dans les muscles des quatre membres, de l'engourdissement et des picotements des pieds, surtout dans les talons, de temps à autre des douleurs aiguës dans les membres et de vives douleurs de tête.

Névrite optique commençante caractérisée par l'aplatissement, la rougeur et la diffusion séreuse de la papille. De chaque côté un peu d'atrophie choroïdienne en croissant autour du nerf optique.

Chorée. — Louise P..., treize ans, entrée le 3 février 1873 pour une première attaque de chorée avec affection cardiaque légère. — Elle a une névro-rétinite gauche caractérisée par l'aplatissement, la rougeur et la diffusion complète de la papille dont les vaisseaux propres sont plus nombreux, et, autour de la papille, léger exsudat blanchâtre clair. A droite, papille presque normale.

Paralysie diphthérique. — E. M...,âgée de cinq ans, entrée le 6 février 1873 pour une albuminerie avec anasarque, suite d'angine de nature inconnue. — Après guérison de l'anasarque et de l'albuminurie, paralysie du voile du palais, paraplégie incomplète, paralysie des muscles de la respiration et mort.

L'enfant avait une double névrite optique œdémateuse.

Paralysie diphthérique. — D..., âgée de dix ans, entrée le 11 mars 1873. Cette enfant, dont la sœur est morte opérée du croup dans mes salles, a eu une angine couenneuse fin janvier. Un mois après, guérison, nasonnement, retour des boissons par le nez, analgésie générale, pas de troubles visuels ni d'affaiblissement musculaire Double œdème du nerf optique, qui est pâle, aplati, nébuleux, et dont les vaisseaux sont roses, indistincts, tandis qu'ils sont noirs un peu plus loin. A gauche, léger exsudat au côté interne.

Paralysie diphthérique.— X..., huit ans, entrée le 27 mai 1873 pour un croup précédé d'angine, suivi d'albuminurie, et guéri par l'émétique. Sortie le 8 juin 1873.

Cette enfant, après guérison, n'eut pas de nasonnement ni de paralysie du voile du palais, mais seulement une paraplégie du mouvement qui rendait sa marche vacillante et très-incertaine.

On constate chez elle l'altération de la papille par œdème et par la congestion papillaire dans les deux yeux.

Paralysie infantile. — Henriette D..., neuf ans, entrée le 3 septembre 1873 pour une paralysie atrophique incomplète datant de cinq ans.

Tout le côté gauche remue, mais mal, et il est atrophié.

L'œil droit est sain, mais l'œil gauche offre une œdème papillaire avec aplatissement de la papille et diffusion très-marquée de sa circonférence.

Encéphalopathie saturnine avec éclampsie. — A. C..., treize ans, entrée le 29 juin 1873 avec une éclampsie produite par encéphalopathie saturnine; puis après l'attaque, coma prolongé.

Névro-rétinite avec exsudat gris bleuâtre autour du nerf optique.

(*A suivre.*)

CLINIQUE DE LA VILLE. — Dr E. Decaisne.

Un cas remarquable de déviation des menstrues.

Le 28 novembre dernier vers huit heures du soir, je fus appelé dans une maison de la rue Garancière, pour donner mes soins à une Allemande, gouvernante d'enfants, prise de vomissements de sang qui mettaient, me disait-on, sa vie en danger.

La malade est une fille de quarante-quatre ans, de taille moyenne, assez robuste et présentant néanmoins des signes non équivoques de rachitisme de la cage thoracique. Le visage est fortement congestionné, l'œil est brillant, la température du corps est normale, et le pouls donne 92 pulsations. Les battements du cœur sont très-forts, tumultueux, intermittents et soulèvent ma tête appliquée sur la poitrine. Dans toute l'étendue des poumons on entend des râles crépitants et sous-crépitants nombreux. La patiente accuse la sensation d'un poids derrière le sternum, la dyspnée et l'anxiété sont extrêmes. Cependant cette fille répond d'une façon très-lucide à toutes mes questions et d'une voix fortement enrouée.

Pendant l'examen auquel je me livre, elle est prise d'une forte quinte de toux et rend par la bouche, après des efforts de vomissement, environ un verre de sang brun, spumeux. Le pouls tombe à 84.

A ce vomissement succède un apaisement notable. La malade répond avec calme à mes questions. Elle me dit qu'elle attend ses règles d'un jour à l'autre, et que la veille, à la suite d'un violent coup qu'un enfant lui a donné en jouant, et dont elle porte les traces sur le nez, elle a été prise d'attaques convulsives qui se sont renouvelées plusieurs fois depuis. La description que les assistants me font de ces convulsions représente parfaitement des attaques d'hystérie. Tel avait été, du reste, le diagnostic porté par mon honorable confrère le docteur Bassereau, qui avait vu la malade à cette occasion.

Je rassure la malade de mon mieux, et je prescris les divers hémostatiques, révulsifs et dérivatifs usités en pareil cas, et je la quitte en faisant toutes mes recommandations pour la nuit, m'attendant à être bientôt rappelé. Il n'en fut rien cependant. La nuit se passa assez bien, malgré quelques mouvements convulsifs et trois ou quatre vomissements représentant environ deux verres de sang, moitié rouge, moitié noir, mêlé de caillots.

A ma visite du lendemain, le pouls donnait 78 pulsations, les battemens du cœur, quoique très-forts, étaient presque réguliers, les râles crépitants du poumon n'avaient pas disparu entièrement, mais ne s'entendaient plus dans toute l'étendue de la poitrine. A la dyspnée,

à l'anxiété avaient succédé de la somnolence et de la céphalalgie. La face était légèrement tuméfiée et les yeux injectés. La voix était toujours enrouée, et la malade accusait la sensation d'une boule qui remontait de l'épigastre à la gorge. Elle sentait d'assez vives douleurs aux jambes, aux reins et dans le bas-ventre, du mal de cœur et les signes, comme elle le disait elle-même, de l'approche des règles. J'ordonnai un lavement purgatif, et je fis continuer les révulsifs avec persévérance.

A partir de ce moment, la malade ne rendit plus que la valeur d'un verre de sang rouge et spumeux en deux ou trois fois. Les règles parurent vers le soir.

La scène changea immédiatement, et la malade put se lever presque aussitôt. L'écoulement menstruel fut un peu moins abondant que de coutume et dura deux jours, pendant lesquels cette fille rendit encore quelques crachats de sang. Enfin, cinq jours après, elle avait repris sa vie habituelle. Je dois dire cependant que l'état général est loin d'être satisfaisant. Elle a conservé un air d'hébétement faisant place quelquefois à une grande agitation qui me font craindre de nouveaux accidents dans un temps plus ou moins rapproché.

J'appris plus tard que ma malade, réglée à quinze ans, avait eu une menstruation régulière jusqu'à trente-quatre ans. Il résulte d'une attestation de deux médecins de Carlsruhe que j'ai sous les yeux qu'à cette époque, sous l'influence d'une émotion violente, elle rendit subitement le sang par la bouche, le nez et les oreilles, et qu'elle répandit même des *larmes de sang*. A la suite de ces accidents, elle resta aveugle pendant quelque temps. Soignée dans la maison de santé de Carlsruhe, elle en sortit tout à fait guérie au bout de trois mois.

Depuis cette époque et jusqu'aux accidents que nous venons de rapporter, cette fille paraît avoir joui d'une assez bonne santé, quoiqu'elle soit d'un tempérament nerveux assez accusé. Elle m'a avoué qu'elle pleure facilement, et que, très-malheureuse dans son enfance, elle est depuis longtemps sujette à des accès de mélancolie. Somme toute, je suis porté à croire qu'elle a eu à plusieurs reprises des attaques d'hystérie plus ou moins prononcées.

Si l'on recherche dans les auteurs les observations recueillies sur les déviations des règles, on trouve qu'elles peuvent avoir lieu dans presque toutes les parties du corps. M. Courty, de Montpellier, a dressé à cet égard un tableau qui montre que sur 200 cas, la menstruation s'est faite : par le cuir chevelu, 6 fois ; par le conduit auditif externe, 6 ; par les yeux, les paupières et les caroncules lacrymales, 10 ; par la muqueuse de Schneider, 18 ; par les joues, 3 ; par les alvéoles dentaires, 10 ; par les glandes salivaires ou la muqueuse buccale, 4 ; par la muqueuse bronchique, 24 ; par la muqueuse de l'estomac, 32 ; par les mamelles, 25 ; par le tronc, les aisselles, le dos et les parois de la poitrine, 10 : par l'ombilic, 5 ; par les reins, 8 ; par les intestins et la surface d'hémorrhoïdes, 10 ; par les mains et les doigts, 7 ; par les membres inférieurs, 13.

Il résulte de ce tableau que les poumons, l'estomac, les mamelles et la membrane pituitaire sont le siége le plus fréquent de cette anomalie. Tout le monde sait aussi qu'un grand nombre de jeunes filles non réglées ou mal réglées, et certaines femmes grosses, voient la menstruation suppléée en partie par des sueurs, un écoulement abondant de salive ou des flueurs blanches.

On peut dire que la dysménorrhée et l'aménorrhée, dont les causes sont si nombreuses, occasionnent généralement la déviation des règles. Je n'insisterai pas sur ce point. Mais tous les auteurs ne sont point d'accord sur le mécanisme de cette déviation.

Dans une bonne thèse soutenue en 1872 sur ce sujet à la Faculté de Paris, M. le docteur Camiade a discuté avec beaucoup de sagacité, selon moi, les diverses opinions qui se sont produites à diverses époques sur les menstruations supplémentaires.

Comme lui, je laisserai de côté les hypothèses inacceptables de Mickel, de Stahl, de Van Helmont et de Gall, et, adoptant les idées de Becquerel, de Scanzoni, de Nonat, de Brierre de Boismont, de Coste, de Négrier de Raciborski, et surtout celles de M. Courty, qui les résume et les complète parfaitement, je crois qu'on peut dire, avec le savant professeur de Montpellier :

« La déviation des menstrues tient à la fluxion sanguine détournée de l'utérus par une cause quelconque sur un autre organe anatomiquement, physiologiquement disposé à devenir l'aboutissant, le *pars recipiens* de cette fluxion. »

Le diagnostic de la menstruation supplémentaire, le plus souvent n'offre pas de sérieuses difficultés. Cependant, faute d'un examen attentif et suffisant, on pourra quelquefois confondre cet accident avec une affection du cœur, du poumon ou de l'estomac. On trouve un exemple de cette confusion dans la Clinique médicale de Trousseau. Il s'agissait d'une nourrice qui, pendant une *nourriture*, à Paris, avait eu plusieurs hémoptysies abondantes. Le célèbre praticien avait diagnostiqué une phthisie commençante. J'ai eu l'occasion d'observer un fait semblable chez une femme des environs de Creil qui, n'ayant jamais ses règles pendant qu'elle nourrissait, crachait de temps en temps un peu de sang. Contrairement à la nourrice dont parle Trousseau, cette femme conservait toutes les apparences de la plus robuste santé.

Cependant il faut bien admettre que ces hémorrhagies supplémentaires répétées souvent et ayant le même organe pour siége, peuvent à la longue devenir le point de départ d'une affection de cet organe. Certaines observations parfaitement authentiques en font foi.

La déviation des menstrues, malgré le cortége de symptômes insolites et plus ou moins effrayants dont elle est accompagnée et qui semblent mettre quelquefois la vie de la femme en danger, ne présente dans la plupart des cas aucune gravité, du moins immédiate. On comprend donc toute l'importance qu'acquiert ici le pronostic. La malade dont je viens de faire l'histoire en est un exemple. En effet, l'examen attentif du cœur, des poumons et de l'estomac ne me révélant chez elle aucune lésion organique, d'un autre côté prenant en considération cette émotion morale survenant au moment de l'approche des règles, il ne me fut pas difficile de diagnostiquer une déviation de la menstruation, et je pus dire à la famille, sans trop me compromettre, que si, sous l'influence du traitement ou par les seuls efforts de la nature, les règles reprenaient leur cours normal, tous les étranges accidents que nous avions sous les yeux disparaîtraient en même temps.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 décembre 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Michel, professeur à la Faculté de Nancy, relative à la note lue par M. Panas, sur la section du nerf buccal. Dans cette lettre, il rappelle qu'il a envoyé, en 1857, à l'Académie de médecine, un mémoire intitulé : *Du traitement des névralgies par les sections nerveuses*, dans lequel était mentionnée la section du nerf buccal ; — 2° la lettre suivante de M. le docteur Laforgue, relative à une opération césarienne pratiquée *post mortem*, il y a vingt ans.

Toulouse, le 28 décembre 1873.

« Monsieur le Président,

« Il y a vingt ans, le 26 mai 1853, je pratiquai, à l'Hôtel-Dieu de

Toulouse, l'opération césarienne après la mort, et je fus assez heureux pour extraire un enfant vivant.

« Cet enfant est maintenant un beau garçon, fort et bien constitué. Il est venu m'annoncer qu'il fait partie du contingent de la classe de 1873 pour le recrutement de l'armée.

« Ce jeune homme n'a jamais voulu quitter la ferme où il a été élevé par sa nourrice, et il est devenu, par son travail, le soutien de son père, infirme, âgé de soixante-neuf ans.

« J'ai pensé que l'Académie de médecine, qui s'est occupée à plusieurs reprises de l'opération césarienne après la mort, apprendrait avec plaisir que Louis-César Bénazet, dont je lui ai communiqué la naissance en 1853, est arrivé à l'âge de vingt ans, qu'il jouit d'une bonne santé, et qu'il possède les conditions d'aptitude exigées pour le service militaire.

« Ce résultat d'une opération trop rarement pratiquée doit servir d'encouragement aux médecins qui auront l'occasion de se trouver en présence d'une femme morte dans les derniers mois de la grossesse, et dont l'enfant peut être extrait vivant, ainsi que l'a fait récemment M. Marcé, interne à l'hôpital de la Pitié de Paris.

« Veuillez agréer, etc.

« H. Laforgue,
« professeur d'accouchements à l'École de médecine de Toulouse. »

3° Une lettre de M. le docteur Van Hoeter (de Bruxelles), contenant une réclamation de priorité au sujet du nouveau système d'attelles présenté par M. le docteur Guillery dans une séance précédente ; — 4° une lettre de M. le docteur Traversié, intitulée : *Du croup, de sa spécificité et de son traitement.*

PRÉSENTATIONS

M. Broca présente un volume ayant pour titre : *les Ordonnances faictes et publiées à son de trompe par les carrefours de ceste ville de Paris pour éviter le dangier de peste*, 1531, *précédée d'une étude sur les épidémies parisiennes*, par M. le docteur Achille Chereau.

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Léon Colin : 1° une brochure intitulée : *Influence du mode d'installation nosocomiale sur les maladies infectieuses et contagieuses* ; — 2° l'article *Miasme* extrait du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

M. Moutard Martin présente une brochure ayant pour titre : *Kyste hydatique du foie ouvert dans la cavité pleurale droite; pyo-pneumo-thorax et vomiques abondantes ; opération d'empyème ; guérison.*

Cette observation a été rédigée par le malade lui-même, M. le docteur Robert (de Pau), et est suivie de réflexions par M. le docteur Moutard-Martin.

M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Agassiz, membre correspondant étranger.

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection du vice-président, du secrétaire annuel, de deux membres correspondants étrangers, de deux membres du conseil et de diverses commissions.

M. Devergie, vice-président, passe à la présidence pour l'année 1874.

M. Gosselin est élu vice-président pour l'année 1874.

M. Henri Roger est prorogé par acclamation dans ses fonctions de secrétaire annuel.

M. Parkes (de Netty) et M. Howard (de Londres), sont élus membres correspondants étrangers.

M. Chauffard est nommé premier membre et M. Berthelot deuxième membre du conseil pour l'année 1874.

Les scrutins pour la nomination des commissions ont donné les résultats suivants .

Épidémies : MM. Moutard-Martin et Woillez.

Eaux minérales : MM. E. Caventou, Regnault et Buignet.

Remèdes secrets : MM. Vernois et Laboulbène.

Vaccine : MM. Goubaux et Tarnier.

Commission de publication : MM. Baillarger, Henri Roger, Chauffard, Ricord et Guéneau de Mussy.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

VARIÉTÉS

Préface d'un Traité de médecine légale.

Le *Traité de médecine légale* de M. Legrand du Saulle vient d'être complété par la publication du second fascicule, de la préface et du titre. Nos lecteurs liront avec intérêt cette préface magistrale, qui explique l'origine de ce livre, fait connaître la puissante école — presque ignorée — où l'auteur a puisé ses renseignements. On ne saurait en même temps trop applaudir les idées de notre confrère sur l'appréciation si juste et si élevée qu'il fait de notre profession. A tous ces titres, cette page sera bien accueillie de nos lecteurs.

PRÉFACE

Une attentive scolarité près des Facultés de droit et de médecine de Paris m'avait démontré, il y a plus de vingt ans, l'utilité qu'il y aurait à initier le médecin à la connaissance de quelques fragments de nos codes, et à vulgariser parmi les magistrats, les avocats et les divers représentants de l'autorité, certaines notions très-précises de la science médicale. Depuis cette époque, plus je rencontrai de difficultés professionnelles, et plus je restai convaincu que la médecine légale pouvait être rendue accessible à tous; que l'homme de l'art devait aussi aisément rédiger un rapport sur l'état d'un cadavre trouvé sur une route que formuler une potion vomitive, appliquer le forceps ou manier le bistouri; qu'il fallait de toute nécessité familiariser de bonne heure le médecin avec quelques éléments de législation pratique, et qu'il devenait indispensable enfin d'offrir aux défenseurs des causes criminelles, comme aux avocats des procès civils, la possibilité de dégager à l'occasion quelques inconnues et d'éclairer scientifiquement dans une affaire plus d'un point obscur ou contesté.

Mais comment arriver à uniformiser tant d'éléments disparates et à fusionner, dans un ouvrage d'une clarté soutenue et d'une facile assimilation pour tous, un aussi grand nombre de connaissances dissemblables et de questions ardues? Malgré mon vif désir de conduire à bonne fin une pareille entreprise, je n'y serais cependant point parvenu sans le concours de circonstances que je vais faire connaître.

A Paris, une part considérable de la médecine légale s'observe au Dépôt de la Préfecture. Cet immense corps-de-garde ouvre à la fois sa porte à la faim, à la souffrance, au malheur, au vice, au délit et au crime. L'assistance y coudoie la répression. Dans cet abri provisoire se trouvent réunis, pour un ou plusieurs jours et catégorisés avec ordre, les enfants abandonnés, les gens sans asile, les mendiants, les valétudinaires et les infirmes refusés dans les hôpitaux, les filles insoumises, les vieillards en proie à toutes les calamités séniles, les délinquants de tout âge, de tout sexe et de toute condition, et les prévenus de crimes. Seul médecin des 50,000 individus qui traversent, par an, le Dépôt de la Préfecture, j'ai chaque jour à constater, sur la demande des bureaux de l'administration préfectorale, ou à la prière du petit parquet ou des juges d'instruction, des incapacités de travail, des coups et blessures, des plaies accidentelles, des malformations physiques, des stigmates professionnels, des traces d'attentats aux mœurs, des grossesses, des accouchements récents, des infirmités simulées, des maladies aiguës ou chroniques, des accidents toxiques, convulsifs, cutanés ou syphilitiques, des tentatives de suicide et des troubles de l'intelligence, de la mémoire, de la volonté, de la sensibilité et du mouvement (1). L'imprévu médico-légal y est sans

(1) Le Dépôt de la Préfecture possède une importante annexe (avec entrée distincte) pour le service des aliénés. Cette infirmerie spéciale, dont l'accès

limites, et le médecin doit, séance tenante, statuer en quelques lignes sur chaque affaire.

Pendant l'investissement de Paris par l'armée prussienne, et notamment pendant la période du bombardement, la population hétérogène du Dépôt de la Préfecture avait triplé ! J'ai été le témoin des poignantes douleurs de ces malheureux, que toutes les privations atteignaient sans relâche, et dont pas un seul ne parlait de se rendre. Je fus assez heureux pour pouvoir leur être secourable. Quelques semaines plus tard, après la proclamation de la Commune, alors que le sentiment du devoir m'immobilisait honnêtement à mon poste et m'imposait, au péril de ma liberté ou de ma vie, la mission de prodiguer mes soins aux otages et aux très-nombreux prisonniers du gouvernement du 18 mars, je m'aperçus que la reconnaissance des pauvres m'avait neutralisé. Tout le personnel de la maison fut expulsé, poursuivi ou incarcéré : moi seul, je restai debout.

En juin et juillet 1871, je fus non moins dévoué pour les membres de la Commune, les officiers généraux et supérieurs de l'armée fédérée, les fonctionnaires, les magistrats, les officiers ministériels et les agents divers du pouvoir qui avait siégé à l'Hôtel de ville, pour les gardes nationaux blessés et arrêtés à domicile, pour les brigades de pétroleuses, etc., etc. Plusieurs heures par jour suffisaient à peine aux constatations médico-légales que l'autorité réclamait de moi.

Quelle admirable profession que celle qui place un homme au-dessus de tous les événements qui troublent et ensanglantent son pays ; qui lui donne accès partout et lui procure l'occasion de faire également le bien partout ; qui lui permet de tout voir, de tout entendre, et de garder le silence ; de ne trouver, dans les individus les plus égarés, les plus malheureux ou les plus coupables, que des malades dignes d'une égale sollicitude ; de n'être influencé par aucun des bruits du dehors, et de pouvoir ausculter sans plus d'émotion le vainqueur ou le vaincu, le mendiant sur son grabat ou l'archevêque de Paris dans son cachot, l'espion prussien à la pistole ou le président de la Cour suprême dans une cellule de condamné à mort, et de recevoir de tous les mêmes marques de déférence et le même remercîment !

Pour cela faire, deux conditions sont indispensables : le médecin doit avoir dans son art la foi la plus robuste et ne descendre jamais jusqu'à être un homme politique. C'est déchirer son diplôme et en jeter au vent tous les morceaux que de se mêler aux agitations des partis. L'humanité, la science et la justice attendent de nous autre chose.

J'ai donc été en situation de faire beaucoup de médecine légale pratique, et j'ai tout naturellement songé à réaliser ce que j'avais jadis rêvé, lorsque la théorie seule captivait mon zèle scientifique.

En présentant aujourd'hui à mes élèves et à mes confrères ce *Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale*, mon but a été de simplifier et de vulgariser des principes et des applications d'une utilité courante ; d'émettre autant que possible sur chaque point une opinion nette, non discutable, basée sur l'observation des faits ; d'indiquer les écueils qui peuvent tout à coup faire sombrer le médecin ou l'officier de police judiciaire ; d'associer à quelques enseignements précieux du passé les vives lumières du présent ; de faire entrevoir dans chaque espèce la solution la plus conforme aux données de l'expérience et aux inspirations de la conscience, et de maintenir sans cesse le lecteur sur le terrain de la pratique de chaque jour, où l'on rencontre si étroitement unies la science, la vérité et la justice.

Je ne ferai pas à cette place la complaisante énumération des sujets si nombreux et si divers qui ont dû être étudiés. Le titre seul de l'ouvrage m'imposait tous ces labeurs. . . . .

Bien que j'aie cherché à ne point étudier tel sujet avec une prédilection plus marquée que tel autre, il me sera probablement reproché de m'être trop étendu sur la jurisprudence médicale et sur les émouvantes questions qui se rattachent aux troubles si variés de la raison, alors que je n'accordais qu'un espace relativement restreint à la chimie légale. Cette disproportion apparente a été de ma part un fait prémédité. Ayant voulu, en effet, jeter un pont entre le droit et la médecine et écrire un livre toujours clair et facile à compulser pour tous, je devais attacher une véritable importance à l'examen des devoirs du médecin dans ses rapports avec le droit civil, le droit administratif et le droit criminel, espérant prévenir par là quelques-une des difficultés qui s'élèvent chaque jour ; je devais également, puisque l'on n'enseigne pas encore officiellement la médecine légale à la Faculté de droit et la médecine mentale à la Faculté de médecine, mettre le lecteur en face des différents groupes de la folie, lui décrire cliniquement tous les types et lui faire en quelque sorte toucher du doigt les questions médico-légales si graves et si multipliées qui concernent, non pas seulement les aliénés proprement dits, mais les hommes qui sont à la veille de perdre l'esprit et ceux qui se flattent trop tôt d'être guéris ; je devais encore rendre moins aride et plus clinique l'étude des empoisonnements, faire du diagnostic différentiel, et faciliter ainsi la constatation flagrante du plus lâche des attentats contre la vie humaine, mais, après un exposé simple, net, compréhensible, des principales questions de la chimie légale, ma tâche se trouvait accomplie. Le rôle du médecin-légiste ne s'étend pas plus loin : celui du chimiste-expert commence. La justice, comme chacun le sait, confie les recherches chimiques à des savants spéciaux. Les ouvrages sur la matière sont, d'autre part, très-loin de faire défaut.

Au demeurant, je me suis sans cesse forcé de ne point défaillir ; de ne me passionner pour rien, excepté pour le vrai ; de conserver toujours le langage exact, mesuré et sobre, qui convient tant à notre art, et de faire appel, en cas d'insuffisance de ma part, aux opinions de maîtres éminents tels que Demolombe, Marcadé, Valette, Orfila, Devergie et Tardieu. Les travaux si variés, si originaux et si lumineux de Tardieu ont ouvert les plus larges horizons à la médecine légale, et il m'a été bien doux d'invoquer souvent le nom et l'autorité de ce savant . . . .

Me voici parvenu au terme d'une œuvre de bien longue haleine. Je ne l'offre pas sans quelque émotion au public, ce juge en dernier ressort, dont les décisions favorables sont si ardemment convoitées. S'il m'absout de ma témérité grande, je me tiendrai pour très-honoré.

est malheureusement interdit aux élèves et même aux médecins, est considérée à juste titre comme la première clinique de l'Europe. Pendant le cours de l'année 1873, il y a été observé, au point de vue mental, plus de 2,500 individus. Chacun de ces *présumés*, soit qu'il ait été rendu à la liberté, soit qu'il ait été dirigé sur un établissement d'aliénés, a donné lieu à un rapport médico-légal distinct, résumant les particularités de l'état intellectuel et terminé par des conclusions. Les problèmes les plus inattendus de la clinique et de la médecine légale se présentent très-fréquemment dans cette infirmerie spéciale. La responsabilité médicale n'est nulle part aussi lourde et aussi périlleuse. L'éminent médecin de ce service, M. le professeur Lasègue, fait la visite trois fois par semaine et, depuis 1867, il a bien voulu me confier l'honneur de le remplacer les quatre autres jours.

SOUSCRIPTION

en faveur de la veuve et des quatre enfants d'un confrère.

(8e liste.)

Dr Royet, à Saint-Benoit du Sault....	5	francs.
Dr Martinet, à Villenauxe............	5	—
Dr G............................	5	—
Dr Fouquet, à Vannes...............	5	—
Dr G..., à Montpellier..............	5	—
Dr Ségard, à Thilouze...............	5	—
Dr Forné, à Amélie-les-Bains........	5	—
Dr H... (de R...)..................	5	—
Dr Casten, à Oyonnax...............	5	—
Dr Larivière, à Cambrai.............	5	—
Dr Sonrier, médecin principal en retraite	5	—
Dr Toulat, à Lezay..................	5	—
Dr Boudou, à Montech...............	5	—
Dr Biard, à Châteauneuf-Val-de-Bargis	5	—
Dr Civatte, à Sisteron..............	10	—
Dr Lacaze à Montauban..............	10	—
Dr Vissaguet, au Puy................	10	—
A reporter......	100	—

Report.....	100	francs.
Dr Chamaillard, à Sancerre..........	10	—
Dr D.....y (des Landes)............	10	—
Dr Adolphe Piéchaud...............	10	—
Deux médecins de Géryville (Algérie)..	10	—
Dr Chabanne, à Vals................	10	—
Dr Noizet, médecin major au 17e d'artillerie..................	10	—
Dr Gaillard, à Barthenay...........	10	—
Drs C. et M. Bouyer...............	15	—
Dr Belot, au Havre................	25	—
Listes précédentes................	1177	—
Total...........	1387	francs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — MM. Bouillaud et Axenfeld, professeurs à la faculté de médecine de Paris, sont autorisés à se faire suppléer dans leur cours, pendant l'année scolaire 1873-1874, savoir :

M. Bouillaud, par M. Brouardel, agrégé; M. Axenfeld, par M. Damaschino, agrégé.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Bouisson, professeur d'opérations et appareils à la faculté de médecine de Montpellier, est autorisé à se faire suppléer, pendant le 1er semestre de l'année scolaire 1873-1874, par M. Jaumes, agrégé près ladite faculté.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Dareste, professeur à la faculté des sciences de Lille, est chargé du cours d'icthyologie au Muséum d'histoire naturelle, pendant l'année scolaire 1873-1874.

M. Oustalet, licencié ès sciences naturelles, ancien élève de l'École pratique des hautes études, est nommé aide-naturaliste de la chaire de zoologie (mammifères et oiseaux) au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Verreaux, décédé.

— *École de médecine de Caen.* — Sont nommés : professeur de clinique interne, en remplacement de M. Vastel, décédé, M. Roulland, professeur de pathologie externe et médecine opératoire.

Professeur de pathologie externe et médecin opératoire, en remplacement de M. Rolland, M. Bourrienne, professeur d'anatomie et physiologie.

Professeur titulaire de la chaire d'anatomie et physiologie, en remplacement de M. Bourrienne, M. Fayel, professeur adjoint de clinique interne.

Professeur adjoint de clinique interne, en remplacement de M. Fayel, M. Wiart, professeur adjoint d'anatomie et physiologie.

Professeur adjoint d'anatomie et physiologie, en remplacement de M. Wiart, M. Levéziel, professeur suppléant des chaires de médecine et chef des travaux anatomiques.

Chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Levéziel, M. Delouey, suppléant.

— M. V. Cornil, agrégé, commencera le 5 janvier, à 8 heures du soir, dans le grand amphithéâtre de la faculté, un cours sur les maladies rénales, et le continuera les vendredis et lundis suivants, pendant la durée du mois de janvier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères.

N° 2. — MARDI 6 JANVIER 1874. 47e ANNÉE. MARDI 6 JANVIER 1874. — N° 2.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un arrêté du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

Revue médicale d'ophthalmoscopie et de cérébroscopie pour l'année 1873 (1).

Asthme cérébral. — X..., quatre ans, rue Saint-Honoré, 336, présenté à la consultation de l'hôpital. Il fut pris de strabisme par paralysie de la sixième paire, eut, un mois après, une attaque subite d'asthme très-intense, puis une seconde quelque temps après. — Sa santé est d'ailleurs excellente. A gauche, névrite optique avec exsudation grisâtre assez étendue sur la rétine du côté interne de la papille. Dilatation et multiplicité des veines rétiniennes. Dans l'œil droit, œdème papillaire voilant la papille et ses vaisseaux, mais sans exsudat rétinien.

Névrose phrénique. — D..., dix ans, entrée le 9 juin 1873 pour un spasme diaphragmatique très-répété qui amenait la suffocation. — Cette enfant me présente un œdème de la papille, un exsudat péripapillaire et une suffusion sanguine dans la gaine lymphatique de quelques veines de la rétine. Le dessin de cette lésion a été publié.

Contracture hystérique; névrite optique — L..., quatorze ans, non formée, entrée le 12 juin 1873 pour la contracture de la main, du poignet et du membre supérieur gauche, venue subitement après s'être mis les mains dans l'eau pour sa toilette.

Elle ne voit pas du tout de l'œil droit, et elle voit assez bien de l'œil gauche.

A droite, on voit nettement le fond de l'œil, une hyperémie papillaire considérable qui cache à peu près la papille, dont la couleur est celle de la choroïde. — A droite, les vaisseaux rétiniens sont plus larges que dans l'œil gauche, et dans ce même œil ils sont plus gonflés à la partie inférieure que dans la partie supérieure.

Tumeur des pédoncules cérébraux. — Double névrite optique. — F..., sept ans, entrée le 20 octobre 1873. Malade depuis six mois, avec des douleurs de tête lancinante, strabisme divergent, paralysie du moteur oculaire commun à gauche, mydriase de l'œil correspondant; paralysie des deux élévateurs de la paupière supérieure. — Intelligence intacte; ni convulsions ni paralysie. — Pouls ralenti, intermittent; pas de vomissement ni de constipation.

Double névrite optique avec papille aplatie, très-vasculaire, exsudation péripapillaire, énorme dilatation et grande flexuosité des veines. — Pas de troubles visuels.

Tumeur des pédoncules. — Double névrite optique. — Eugénie P..., six ans, venue de la Chapelle, département de la Creuse, le 4 novembre.

Elle est malade depuis deux mois; mal à la tête, vomissements, constipation, pouls ralenti 64.

Abaissement complet des deux paupières supérieures; strabisme divergent et paralysie du moteur commun à gauche, mydriase; pas de paralysie des membres, nutrition excellente, amaurose complète.

Papille rouge effacée, exsudation blanchâtre péripapillaire à gauche, dilatation des veines rétiniennes.

Tubercule du cervelet et méningite terminale. — Paraplégie incomplète remontant vers le tronc, gagnant le diaphragme et les intercostaux, produisant une hémiplégie, puis paralysie générale et la mort.

D'abord double névrite optique œdémateuse sans distension des vaisseaux, puis, dans les derniers jours, lors de l'hémiplégie, dilatation des veines rétiniennes indiquant une compression cérébrale et un obstacle à la circulation crânienne, faits vérifiés par l'autopsie.

Mort apparente et mort réelle. — Signes ophthalmoscopiqués de la mort. — Plusieurs enfants morts à l'instant de la visite ont permis à l'assistance de voir les signes certains de la mort, que j'ai fait connaître en 1865, dans mon *Traité d'ophthalmoscopie appliqué au diagnostic des maladies du système nerveux*, page 457 et suivantes, et dans un *Mémoire spécial, lu en 1867 à l'Académie des sciences*. Ces signes sont : la disparition des artères rétiniennese l'interruption du sang dans les veines de la rétine, la disparition lente de la papille et la décoloration grisâtre de la choroïde. — C'est la choroïde, membrane vasculaire, qui se décolore, et non la rétine, comme l'a dit récemment M. Devergie à l'Académie de médecine, dans un rapport sur le prix d'Ourches, relatif à l'étude des signes de la mort. En disant : *Décoloration de la choroïde*, j'ai dit le fait vrai, et il n'a pas été heureux celui qui, modifiant mon assertion, a dit : Décoloration de la rétine. — Je doute qu'il soit considéré de ceux qui connaissent un peu l'ophthalmoscope.

Dans cette variété de faits, dont la plupart ont été suivis d'autopsie et d'examen microscopique des yeux, du nerf optique et de la substance cérébrale, j'ai pu constater sur le cadavre les lésions oculaires et cérébro-spinales qui correspondent aux phénomènes ophthalmoscopiques observés pendant la vie. — Sur le cadavre se trouve ainsi la confirmation des données qui servent de base à la Cérébroscopie, qui justifient mes recherches et qui font comprendre le mécanisme des lésions oculaires engendrées par les maladies des méninges et du cerveau.

1re *loi*. — Toutes les fois qu'une maladie aiguë des méninges ou du cerveau produit une compression intra-crânienne, il en résulte un obstacle à la rentrée du sang veineux de l'œil dans le sinus caverneux, et alors se produisent l'hyperémie du nerf optique et de la choroïde, l'œdème papillaire et péripapillaire, la dilatation des veines rétiniennes, leurs varicosités et quelquefois leur déchirure.

Ainsi se forme mécaniquement certaines névrites et cer-

(1) Fin. — Voir le numéro du 3 janvier.

taines névro-rétinites : 1° dans la méningite tuberculeuse lorsqu'elle amène l'hyperémie de la pie-mère, la thrombose des sinus, la thrombose des veines méningées et l'hydrocéphalie aiguë ; 2° dans les grandes hémorrhagies méningées ; 3° dans les épanchements consécutifs aux fractures du crâne ; 4° dans la compression du cerveau par de grandes hémorrhagies cérébrales et par l'hydrocéphalie ventriculaire ou arachnoïdienne ; 5° dans les tumeurs du cerveau ou du crâne qui comprennent la substance nerveuse ou les sinus, etc.

A cette cause se rattachent aussi les lésions du nerf optique et de la papille qui dépendent de l'hydropisie des espaces sous-arachnoïdiens se prolongeant dans la gaîne du nerf optique jusqu'à son entrée dans l'œil, ainsi que cela résulte des recherches si curieuses de Key et de Schwalbé. En effet, l'infiltration séreuse que l'on constate dans la gaîne du nerf optique à la suite des méningites comprime la substance nerveuse, resserre l'artère centrale de la rétine, qui diminue et disparaît, fait dilater les veines rétiniennes et engendre l'œdème péripapillaire. Ces recherches, dont j'ai constaté toute l'exactitude, expliquent parfaitement la formation de certaines névro-rétinites qui ne sont pas suffisamment justifiées par les autres lésions intra-crâniennes.

2e *loi.* — Les inflammations du cerveau autour des tumeurs situées à l'origine des nerfs optiques descendent dans l'œil en suivant le nerf de son point d'émergence à son épanouissement rétinien.

Ainsi s'expliquent les névro-rétinites de l'encéphalite aiguë simple ou typhoïde, des affections chroniques de la substance cérébrale par des gliomes; des tubercules ou des cancers lorsqu'ils sont entourés d'une zone d'encéphalite.

3e *loi.* — Les affections aiguës ou chroniques de la moelle épinière sans action directe ni mécanique sur l'œil n'agissent sur cet organe que d'une façon reflexe par l'intermédiaire du grand sympathique anastomosé avec les deux premières dorsales. — On sait, en effet, depuis les recherches de Bernard, que la section de ces deux premières paires ou la section des cordons antérieurs de la moelle dans cette région produit des phénomènes oculo-pupillaires tout à fait semblables à ceux que détermine la section du grand sympathique au cou.

Ainsi s'expliquent les lésions congestives et plus tard atrophiques de la myélite aiguë et chronique, de la chorée, du tétanos, de certaines contractures, de l'ataxie locomotrice, etc.

4e *loi.* — La syphilis, la scrofule et certaines diathèses, en modifiant l'organisme, produisent dans l'œil sur le nerf optique et sur la rétine des lésions qui révèlent leur existence.

Ainsi se forment les névro-rétinites tuberculeuses, les tubercules de la choroïde et l'atrophie pointillée de la choroïde, la choroïdite syphilitique, la rétinite diabétique albuminurique et leucémique, etc.

Lors donc que dans une affection nerveuse quelconque on examine l'œil à l'ophthalmoscope et qu'on y trouve des lésions du nerf optique de la rétine ou de la choroïde, on peut être sûr qu'il ne s'agit pas d'une névrose, mais bien d'une maladie matérielle des méninges du cerveau ou de la moelle épinière.

C'est là un fait clinique considérable, car en quelques instants, par l'éclairage ophthalmoscopique, le médecin peut distinguer les maladies organiques du système nerveux d'avec les névroses.

Une fois ce point de départ admis, il n'y a plus qu'à remonter des lésions oculaires à la lésion cérébro-spinale, c'est-à-dire à interpréter ces lésions d'une façon convenable pour éclairer le diagnostic en s'appuyant alors sur les phénomènes cliniques résultant des troubles de l'intelligence, de la sensibilité et du mouvement. C'est là ce que j'appelle : *Voir dans l'œil ce qui se passe dans le cerveau.*

Ainsi, l'hyperémie du nerf optique, de la choroïde et des veines rétiniennes, indique un état semblable du cerveau ou de la moelle et de leurs méninges.

La dilatation des veines rétiniennes indique la réplétion des sinus, des veines méningées ou la compression intra-crânienne.

L'hyperémie du nerf optique avec apparition de vaisseaux nouveaux caractérisant la névrite simple annonce une encéphalite correspondante.

L'hyperémie œdémateuse isolée du nerf optique dans les troubles de la motilité des membres, annonce l'hyperémie des méninges spinales ou de la moelle et un commencement de sclérose.

L'anémie complète du nerf optique et de la choroïde, annonce une anémie absolue du cerveau par arrêt du cœur ou, en d'autres termes, annonce la mort.

Les anévrysmes miliaires de l'artère rétinienne annoncent des anévrysmes miliaires de la substance cérébrale.

Les exsudations péripapillaires de la névro-rétinite, dues à une stéatose des éléments nerveux de la rétine, annoncent une stéatose semblable du nerf optique jusqu'à son origine dans le cerveau.

Les tubercules de la choroïde annoncent toujours des tubercules du cerveau, des méninges et des autres organes.

Les atrophies partielles ou générales de la papille, en rapport avec des troubles intellectuels moteurs ou sensitifs, annoncent toujours la méningo-encéphalite chronique ou toujours de la sclérose cérébrale et spinale.

L'importance des lésions de l'œil dans le diagnostic des maladies du cerveau est telle que, d'après le degré des altérations de la papille et des vaisseaux rétiniens, il est facile de reconnaître l'hémisphère affecté.

Ainsi, du rapport anatomique et physiologique des membranes de l'œil et du nerf optique avec les méninges et la substance du cerveau et de la moelle, résulte une concordance pathologique que le médecin doit utiliser dans le diagnostic des maladies nerveuses. Et comme dans ces cas toute lésion du fond de l'œil correspond à une lésion analogue ou semblable des organes placés dans le rachis et sous la voûte crânienne, il n'y a aucune exagération à dire qu'on peut voir dans l'œil le travail pathologique du cerveau.

ANÉVRYSME POPLITÉ

ANÉVRYSME DE LA TIBIALE ANTÉRIEURE

GUÉRIS PAR LA COMPRESSION

Par le docteur DESGRANGES, de Lyon.

En novembre 1869, j'ai publié, dans la *Gazette des Hôpitaux* (p. 514), la relation d'un anévrysme poplité guéri sans opération sanglante, à la faveur de la compression unie à la flexion du membre.

Le sujet de cette observation était le docteur Jacques Bonnet, homme excellent, entouré d'estime et d'affection, auprès duquel se groupèrent, en vue du traitement, de nombreux amis et les internes de nos hôpitaux.

Le succès couronna des efforts intelligents et dévoués ; la guérison fut définitive et rapidement obtenue. Voici le résumé de ce fait intéressant.

Obs. I. — *Anévrysme poplité droit.*

Treize jours de traitement; cent heures de compression digitale, indirecte, complète, intermittente; trente heures environ de compression mécanique. — Deux séances de compression digitale dans la journée, de trois heures chacune, pendant les deux premiers jours; trois séances les jours suivants : la première de deux heures, les deux autres de trois heures. Entre les séances de compression digitale, deux à trois heures de compression mécanique, en plusieurs fois.

Flexion forcée du membre, à angle aigu, du commencement à la fin, sans interruption.

Application de glace pendant le jour; suspension de ce moyen la nuit.

Suites simples. (*Loc. cit.*)

La guérison ainsi obtenue ne s'est jamais démentie : le membre a repris toutes ses fonctions; la marche est devenue aussi facile qu'avant l'évolution de la tumeur.

Un grave danger était donc écarté; mais une pareille épreuve était réservée à notre confrère deux ans plus tard. En effet, il découvrit, en 1871, qu'il avait au creux poplité gauche un anévrysme en tout semblable au premier.

La guérison fut obtenue par les mêmes procédés et aussi facilement qu'en 1869; les résultats en furent également complets et durables; mais, hélas! par une sorte de fatalité attachée à la période bisannuelle, Bonnet mourait subitement, le 14 août 1873...

C'est l'histoire de ce dernier anévrysme que je donne aujourd'hui, après un long silence qui trouve sa raison d'être dans le peu de goût qu'avait Bonnet à entretenir le public de lui.

Obs. II. — *Anévrysme poplité gauche. Compression digitale, indirecte, totale, intermittente, et simultanément flexion forcée du membre; emploi simultané, par intervalles, de la compression mécanique et de la réfrigération. — Guérison en quatorze jours.*

Tumeur du creux poplité, grosse comme un œuf de poule, compressible, bien délimitée et fortement pulsatoire, avec expansion dans tous les sens à chaque systole cardiaque. Souffle bruyant, isochrone au pouls. Suppression des battements et du souffle par la compression de l'artère fémorale. Peau saine. Légère tuméfaction de la jambe.

MENSURATION :	A GAUCHE.	A DROITE.
Cou-de-pied,	0m 23	0m 23
Au-dessous des mollets,	0 24	0 23
Mollets,	0 34	0 34
Jarrets,	0 37	0 36
Au-dessus du genou,	0 36	0 35

État général, bon; cinquante-cinq ans.

Traitement. — Trois séances par jour de compression digitale : la première, de sept heures à neuf heures du matin; la deuxième, de midi à trois heures; la troisième, de sept heures à dix heures du soir. Compression mécanique laissée à la discrétion du malade, tant pour la durée que pour le choix du temps d'application.

La compression digitale et mécanique est établie sur l'artère fémorale, à diverses hauteurs du triangle de Scarpa, afin d'atténuer la douleur et de prévenir l'ulcération de la peau; indications qui sont encore remplies en interposant aux doigts et au membre de la poudre de riz ou mieux encore une feuille de caoutchouc mince comme du papier.

Flexion permanente du membre à angle aigu, le pied étant engagé dans un étrier soutenu par une bande passée sur l'épaule du côté opposé.

Usage peu suivi de la glace.

9 septembre 1871. — *Première séance*, de midi à trois heures; deuxième séance, de sept heures à dix heures du soir. Compression mécanique de deux heures en plusieurs fois, à l'aide du compresseur imaginé par J. Bonnet lui-même (1).

La flexion forcée du membre occasionne un engourdissement douloureux à l'articulation tibio-fémorale. La compression digitale est tantôt bien supportée, tantôt endurée avec des souffrances pénibles, que l'on atténue d'ailleurs en changeant les points de contact.

10. — Trois séances de compression digitale : de sept heures à neuf heures du matin, de midi à trois heures et de sept heures à dix heures du soir.

Demi-heure de compression mécanique.

Peu de douleur. L'artère se laisse bien déprimer. La peau, quoique sensible à la pression, ne se colore pas.

11. — Trois séances : huit heures de compression digitale; une heure et quart de compression mécanique.

Douleurs à la cuisse, près du genou. Battements moins énergiques à la partie supérieure de l'anévrysme; ceux de la partie inférieure moins accusés aussi, mais seulement après les séances, pendant quelques instants. État névropathique.

12. — Trois séances; huit heures de compression digitale; une heure trois quarts de compression mécanique.

Pas de rougeur au point comprimé; un peu de coloration sur le condyle externe du fémur. Léger œdème du pied et de la jambe. Battements du sac manifestement affaiblis.

13. — Trois séances; huit heures de compression digitale; une heure et quart de compression mécanique. Usage de la glace pendant six heures, en deux fois.

Sommeil de la nuit pénible; tête lourde; petite douleur au creux poplité causée probablement par la flexion du membre. Diminution très-marquée des battements, à tel point que l'on croit toucher au moment de la coagulation; plus tard, les pulsations se relèvent, sans toutefois remonter à l'intensité première. Tumeur plus dure, plus globuleuse que précédemment. Vomissements glaireux dans la journée.

14. — Trois séances; huit heures de compression digitale; une heure de compression mécanique; six heures de réfrigération.

Pas d'incident notable.

15. — Trois séances; huit heures de compression digitale; une heure et quart de compression mécanique.

Battements toujours faibles. Pour la première fois, on constate une induration douloureuse sur le trajet de l'artère, depuis le milieu de la cuisse jusqu'à l'anneau du grand adducteur. OEdème assez apparent au-dessus des malléoles, lequel est combattu par un bas élastique.

16. — Trois séances; huit heures de compression digitale; deux heures de compression mécanique.

Au toucher, douleur le long de l'artère, plus prononcée que précédemment et même spontanée par instants. Légère induration sur le trajet du vaisseau. Battements du sac de plus en plus faibles.

17. — Trois séances; huit heures de compression digitale; quatre heures et demie de compression mécanique.

Pas d'incident nouveau.

18. — Trois séances; huit heures de compression digitale; quatre heures et demie de compression mécanique.

Variations légères dans l'intensité des pulsations. Compression supportée sans peine à certains moments et avec douleur à d'autres. OEdème de la jambe; engorgement du bas de la cuisse; dilatation des veines sous-cutanées. Tumeur plus dure que les jours précédents.

19. — Trois séances; huit heures de compression digitale; trois heures de compression mécanique.

Battements de la tumeur très-faibles. Sensation de lassitude dans le jarret. Cordon de l'artère fémorale plus sensible au toucher que la veille.

(1) Cet appareil se compose d'un bâton gros comme quatre doigts et long de 45 centimètres. Il est armé, à l'une de ses extrémités, d'une pelote de coton recouverte d'un manchon de caoutchouc; à l'autre il est percé d'un trou transversal, dans lequel passe à glissement une corde longue de 40 centimètres. Cette corde est interrompue, de chaque côté, par un anneau de caoutchouc, et porte à chaque bout un crochet de fil de fer. — A droite et à gauche du lit est attachée une autre corde terminée par une boucle.

Pour poser l'appareil, il faut passer les crochets dans les boucles des cordes latérales du lit; coucher le bâton sur le ventre, la pelote étant passée au niveau du point à comprimer; puis, sur ce point comme base, relever le bâton à la manière d'un mât, jusqu'à ce que la corde transversale soit suffisamment tendue, sans amener le bâton jusqu'à la perpendiculaire. Dans cette situation, il est fixé, par son extrémité supérieure, à la faveur d'un lac attaché au pied du lit.

20. — Trois séances; huit heures de compression digitale; cinq heures et demie de compression mécanique.

Pas de modifications notables.

21. — Trois séances; huit heures de compression digitale; six heures de compression mécanique.

Dans la nuit, sensation de corps étranger au creux poplité. Diminution des battements. Menace de défaillance. Dans le jour, la sensation de corps étranger est plus accentuée, plus étendue, perceptible surtout pendant la contraction des adducteurs. Trajet de l'artère plus douloureux de temps en temps. Le soir, on sent, un instant, les battements s'effacer au niveau du point comprimé.

22. — *Séance du matin.* Deux heures de compression digitale.

Peu de douleur. Battements toujours faibles. Même sensation de corps étranger.

Séance de midi. Au bout d'une heure de compression digitale, *suspension complète des battements* dans la tumeur. La compression est néanmoins continuée jusqu'à trois heures.

L'artère fémorale ne bat normalement que dans la moitié supérieure; dans la moitié inférieure, au contraire, elle se présente sous forme de cordon douloureux, accompagné d'endolorissement général de la cuisse. Sensation de corps étranger plus marquée qu'auparavant. Immobilité absolue du membre et du tronc.

Séance du soir. Deux heures et demie de compression digitale, faite légèrement, bien supportable au point comprimé et soulageant la douleur pulsatoire de la cuisse.

En résumé, depuis le début du traitement, jusqu'au moment de l'arrêt des pulsations dans le sac, nous avons à noter : quatorze jours d'action, cent-cinq heures de compression digitale, trente-deux heures de compression mécanique, douze heures de réfrigération et la flexion permanente du membre.

Les *suites ultérieures* peuvent se dérouler en quelques lignes, car elles sont très-simples.

L'état général, sans être mauvais, reste un peu troublé pendant quelques jours; le sommeil notamment fait défaut, si bien qu'on doit le ramener par quelques gouttes de laudanum administrées à deux ou trois reprises; néanmoins, le malade se rétablit et reste levé six heures en trois fois, le 24 septembre; il arrive graduellement à passer la journée entière sur un fauteuil.

Le membre reste douloureux pendant une semaine environ, tantôt par des crampes vagues, tantôt par la contracture des adducteurs; mais principalement par le fait de l'artérite fémorale, qui semble prendre de trop grandes proportions, et que l'on doit combattre à l'aide de cataplasmes de farine de lin.

La tumeur est inerte, insensible, de moindre volume de jour en jour. L'allongement du membre s'obtient graduellement, sans violence et assez vite, puisque, le 28 septembre, la rectitude en est presque complète. Les premiers mouvements à l'aide de béquilles sont incertains; bientôt l'hésitation disparaît; une canne devient suffisante, qui plus tard est laissée de côté.

10 octobre. — Départ pour la campagne. Exercice modéré, promenades. État général bon.

Depuis lors, la guérison ne s'est pas démentie un seul instant; le membre a repris ses aptitudes et s'est prêté, pendant près de deux ans, aussi bien que le droit, opéré en 1869, à toutes les exigences d'une vie professionnelle active.

Voilà donc un double succès infiniment heureux, d'autant plus que la compression échoue au moins une fois sur trois, si l'on en juge d'après la statistique de Malgaigne, laquelle, basée sur 108 anévrysmes poplités, fournit seulement 61 guérisons primitives, complètes; soit, pour 100, 56,48. (*Traité d'anatomie chirurgicale,* 2e édition, t. I, p. 551.)

(*A suivre.*)

DE LA SECTION DU NERF BUCCAL PAR LA BOUCHE

RÈGLES OPÉRATOIRES A SUIVRE. — OPÉRATION CHEZ UNE FEMME.

(Note lue à l'Académie de médecine, dans la séance du 23 décembre 1873, par M. F. Panas, chirurgien de Lariboisière, agrégé libre à la Faculté.)

Le but de cette communication est de remplir une lacune existant dans les livres de médecine opératoire, qui ne font aucune mention du mode opératoire à suivre pour pratiquer la section du nerf buccal.

Jusqu'ici un seul procédé a été décrit : celui qui consiste à aller à la recherche du nerf, de la peau vers la profondeur. On pourrait l'appeler le procédé de M. Michel, de Strasbourg, qui, le premier, fit en 1856 la section du nerf buccal. On en trouve une bonne description dans les thèses de Vairard (Strasbourg, 1864), et dans celle de Goux (Strasbourg, 1866), ainsi que dans l'ouvrage de Letievant. (*Traité des sections nerveuses,* 1873.)

D'après M. Panas, Nélaton aurait fait la première tentative de sectionner ce nerf par la bouche, en 1857, et ce procédé a été mis en exécution une seconde fois par Nélaton, en 1864 (*Bull. de thérapeutique*). Malheureusement il ne reste aucune mention des règles suivies par l'éminent professeur. Aussi, M. Panas, avant de le mettre en œuvre, a dû étudier la question opératoire sur le cadavre. Il est arrivé ainsi à poser les règles opératoires suivantes :

DESCRIPTION DU PROCÉDÉ DE SECTION INTRABUCCALE.

Premier temps. — Le malade étant assis contre le jour, et ayant la bouche largement ouverte, en même temps que bien éclairée, à l'aide de l'écarteur Lüer, appliqué sur la commissure, du côté de l'opération, l'opérateur applique l'extrémité de son index gauche vers le milieu du bord coronoïdien de la branche du maxillaire. Il pratique, parallèlement à son ongle, une incision de 0m 025 de long, et qui commence à un point correspondant au milieu de la dernière dent molaire supérieure, pour aboutir à la dernière dent molaire inférieure. Cette incision ne devra comprendre que la muqueuse.

Second temps. — Le muscle buccinateur se trouvant à découvert, on sectionne dans un *second temps* toutes les fibres mises à nu verticalement et couche par couche, de façon à respecter le nerf buccal immédiatement sous-jacent et la boule graisseuse de la joue.

Troisième temps. — On va alors à la recherche du nerf, qui se dirige transversalement d'arrière en avant, suivant une ligne fictive, partant du bord coronoïdien du maxillaire et aboutissant à la commissure de la bouche. Un petit crochet mousse porté vers le milieu de l'incision, faite d'après les règles données précédemment, permet de charger le nerf sans tâtonnements, après quoi on en fait la section ou l'excision à l'aide d'une paire de ciseaux courbes sur le plat et à pointes mousses.

Les seuls vaisseaux, tant soit peu importants, qu'on ouvre forcément sont : l'artériole et la veinule buccale, satellites du nerf du même nom. Il suffit de tordre l'artériole en question pour arrêter toute hémorrhagie. Il va s'en dire que la présence de cette petite artère facilite la recherche du nerf, puisqu'il suffit de porter le crochet là où un fort jet artériel apparaît, pour être à peu près sûr de rencontrer le nerf et pour le couper. D'ailleurs la douleur vive que le malade ressent par le tiraillement du nerf ne laisse aucun doute sur la réussite de l'opération, et il en est de même de la diminution de sensibilité de la peau et de la muqueuse de la joue du côté de la commissure correspondante, immédiatement après la section du nerf.

Pour être plus sûr que tous les filets du buccal ont été coupés, il sera bon d'inciser le buccinateur dans toute l'étendue de la plaie faite à la muqueuse, et d'entamer même un peu, s'il le faut, la boule graisseuse de la joue.

Les avantages de ce procédé intrabuccal sur celui externe exécuté par MM. Michel, Letievant et Valette, de Lyon, sont :

D'être d'une exécution plus facile et plus sûre ;

De ne produire aucune cicatrice à la peau et d'éviter ainsi une difformité apparente; surtout chez la femme.

De ne pas exposer l'opérateur à blesser l'artère faciale ou le canal de Sténon, auquel cas une fistule salivaire consécutive pourrait en être la suite ;

De ne pas craindre qu'un érysipèle intercurrent ne vienne compromettre l'état de l'opéré, ainsi que cela s'est vu chez l'un des opérés de M. Michel, de Strasbourg.

M. Panas a opéré par ce procédé une femme de soixante-cinq ans entrée dans son service de Lariboisière le 3 novembre 1873, — et qui était atteinte d'une névralgie trifaciale du côté droit datant de douze

ans. — Cette névralgie avait résisté à tous les moyens médicaux dirigés contre elle. De plus, elle paraissait avoir pour siége principal le nerf buccal, outre qu'elle irradiait du côté du nerf lingual, du nerf dentaire, et aussi, quoique moins souvent, du côté du nerf sous-orbitaire.

L'opération a consisté à couper le buccal seul, et cette section a suffi pour supprimer, jusqu'à présent au moins (un mois après l'opération), la névralgie en question.

Quoi qu'il en soit du résultat final, toujours est-il que l'opération, faite d'après les règles posées précédemment, est non-seulement sûre, mais facile dans son exécution.

M. Panas, en terminant, résume les divers cas de section du nerf buccal qu'il a trouvé relatés. Ceux-ci, y compris le sien, sont en très-petit nombre, *sept* en tout, ce sont :

Les *deux* de Michel, dont *un* suivi de succès.

Les *deux* de Nélaton, dont *un* seul avec succès.

Les *deux* de Letievant et Valette, de Lyon, avec *un* succès seulement.

Celui qu'il a communiqué à l'Académie et qui est encore trop récent pour pouvoir être définitivement classé.

On le voit, les résultats fournis par cette névrotomie sont encore trop incertains, mais tels qu'ils sont, ils ne manquent pas d'être encourageants, puisqu'il s'agit ici de cas de névralgie désespérés, ayant résisté à toutes les médications employées jusqu'alors.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 novembre 1873 (1). — Présidence de M. Trélat.

Tel est, en substance, le fait relaté par M. de Boyer. Comme on voit, l'obstruction existait en deux points : au niveau du cœcum et sur la portion originelle du rectum. Le gros intestin presque tout entier se trouvait ainsi isolé du reste de la masse intestinale. L'aplatissement du rectum par la tumeur intra-pelvienne était, il est vrai, plus complet que celui du cœcum par la grosse tumeur. Mais cet exemple ne démontre pas moins que la compression peut siéger sur un point plus élevé que le rectum, et avoir pour agent une tumeur de la grande cavité abdominale.

La mort, dans ce cas, paraît avoir été causée autant par la péritonite que par les phénomènes dus à l'obstruction. Les tumeurs, au contraire, ne semblent avoir exercé sur ce résultat qu'une influence indirecte et toute mécanique. La mobilité dont elles étaient douées eût-elle pu justifier des tentatives d'extirpation? Assurément non, dans les circonstances où se présente la malade. Mais en admettant chez celle-ci un état général meilleur, en même temps que la possibilité d'un diagnostic précis, l'opération eût trouvé alors son indication légitime. Malheureusement la précision du diagnostic constitue, pour ces cas, un *desideratum* qui paraît être loin encore d'une bonne solution.

Cependant, si l'on se rappelle : 1° que, dans un fait analogue au précédent, M. Duchaussoy put refouler avec succès la tumeur qui aplatissait le rectum ; 2° que, dans un cas rapporté par M. Herrgott, il suffit pendant l'autopsie de passer de bas en haut la main entre le sacrum et la tumeur pour déplacer cette dernière — alors que, sur le vivant, le chirurgien n'avait pu l'extirper par la gastrotomie — ; 3° enfin, que dans l'observation de M. de Boyer, la longueur des pédicules et le défaut d'adhérence des tumeurs rendaient celles-ci très-mobilisables ; si, dis-je, on se remet en mémoire ces différents cas, on comprendra aisément combien il peut être avantageux de tenter le refoulement de ces masses compressives au-dessus du petit bassin. Mais, pour rendre la manœuvre fructueuse, il me paraît très-utile, sinon nécessaire, de placer la femme dans une attitude telle que tous les viscères abdominaux soient sollicités vers le diaphragme, résultat que l'on obtient par la situation renversée (tête en bas et siége en haut).

Messieurs, la relation que nous devons à M. de Boyer a été faite avec soin et intelligence ; elle est accompagnée de deux croquis qui en augmentent la clarté ; enfin l'auteur a pu mettre sous mes yeux la pièce pathologique tout entière, ce qui nous a permis d'apprécier sa valeur. Je vous propose en conséquence :

1° De remercier M. Henry de Boyer;

2° De publier son observation, qui peut être regardée comme une annexe naturelle du mémoire de M. Faucon.

(1) Fin. — Voir le numéro du 30 décembre 1873.

LECTURES

Obstruction intestinale causée en deux points différents par des tumeurs fibreuses des deux ovaires. — Mort et autopsie. (Voir le numéro du 27 décembre 1873.)

M. Krishaber lit un travail intitulé : *le Galvano-cautère appliqué à la trachéotomie chez l'adulte.* (Renvoyé à une commission composée de MM. Verneuil, Lannelongue et Horteloup.)

PRÉSENTATION

M. Trélat présente à la société une toile dont il se sert depuis quelque temps pour les pansements en remplacement du taffetas gommé; c'est une toile très-fine faite en gutta-percha laminée, et d'une grande pureté. Elle est supérieure à la gutta percha d'*Hamilton* que l'Assistance publique fit expérimenter il y a quelques années.

M. Dolbeau fait remarquer que depuis 1868 il emploie cette même toile dans son service.

COMITÉ SECRET

A quatre heures et demie, la société se forme en comité secret pour entendre une communication de M. Broca.

M. Broca annonce à la société que Vulfranc Gerdy, frère du professeur Gerdy, a légué à la société une somme de 20,000 francs destinée à perpétuer un prix de 2,000 francs qui sera décerné tous les deux ans.

En acceptant ce legs à l'unanimité, la société décide, sur la proposition de M. Verneuil, que le nom de M. Vulfranc Gerdy sera inscrit au nombre de ses bienfaiteurs, dont les noms seront publiés dorénavant en tête du volume des bulletins.

Le secrétaire, Tillaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 novembre 1873. — Présidence de M. Bernutz.

Choléra. — M. Besnier fait connaître la situation de l'épidémie cholérique. On peut dire que l'épidémie se termine ; en effet il n'y a plus actuellement que six cholériques dans les hôpitaux, trois à l'Hôtel-Dieu, deux à la Charité et un à Lariboisière ; toutefois, dit M. Besnier, il n'en faut pas moins surveiller avec la plus grande attention les quelques cas isolés qui pourront se présenter par la suite.

COMMUNICATIONS

Arthrite du larynx. — M. Libermann a la parole pour compléter la communication qu'il a faite dans la dernière séance. (Voy. *Gazette des Hôpitaux*, 1873, *n°* 136.)

On se rappelle que M. Libermann avait dit qu'il n'avait rencontré dans aucun recueil scientifique d'observation d'arthrite du larynx, car il ne considère pas comme telle une observation de Chomel qui est très-incomplète, et qui se rapporte, suivant lui, à un rhumatisme musculaire, probablement des thyro-aryténoïdiens, affection aujourd'hui fort bien décrite dans tous les ouvrages de laryngoscopie.

Pour sa part, M. Libermann en observe chaque hiver un assez grand nombre chez des soldats retenus par des nuits froides et humides plusieurs heures de suite, dans des guérites à tous les vents. Mais en poursuivant ses recherches sur l'arthrite proprement dite, il a trouvé une observation de rhumatisme des articulations crico-aryténoïdiennes, recueillie par un de ses collègues de l'armée, le docteur Desbrousses, dans le service du professeur Schutzemberger, et consignée dans sa thèse inaugurale soutenue à la faculté de Strasbourg en 1861.

Cette observation a une valeur d'autant plus grande qu'elle a été suivie d'autopsie et qu'on a pu vérifier sur le cadavre le diagnostic porté pendant la vie.

Voici un résumé de cette observation :

Joséphine R... entre à l'hôpital de Strasbourg, le 5 janvier 1860, à la clinique de M. Schutzemberger, pour un rhumatisme articulaire généralisé.

A son entrée, on constate, avec une fièvre intense et le gonflement de presque toutes les grandes articulations, une aphonie accompagnée de douleur laryngienne, que M. Schutzemberger rapporte immédiatement à un rhumatisme articulaire du larynx.

Après des phases diverses consignées en détail dans cette observation, l'aphonie diminua, ainsi que les douleurs laryngiennes, mais la malade mourut néanmoins le 25 janvier, des suites d'une péricardite compliquée d'œdème du poumon.

A l'autopsie, voici ce que le larynx présenta de particulier :

On trouva des deux côtés les cartilages aryténoïdes mis à nu sans qu'il y ait nécrose ; dans l'articulation crico-aryténoïdienne gauche un liquide séreux rougeâtre qui prouve l'existence d'une arthrite laryngienne rhumatismale. L'auteur ajoute qu'il est probable que si cette malade était morte huit ou dix jours plus tôt, on aurait trouvé des lésions beaucoup plus intéressantes dans le larynx, car les douleurs laryngiennes, ayant presque complétement disparu, ainsi que l'aphonie, dans les derniers temps de la maladie, il s'était vraisemblablement fait là un retour vers l'état normal, comme pour les autres articulations, qui à l'autopsie furent trouvées saines, malgré les lésions dont elles avaient été le siége pendant la vie.

Quoi qu'il en soit, l'existence de l'arthrite rhumatismale est mise hors de doute par cette autopsie. Si chacun consultait ses souvenirs, il est probable qu'on retrouverait quelques cas analogues ; M. Libermann est bien persuadé, quant à lui, d'en avoir vu deux ou trois, auxquels il n'a pas prêté attention sérieuse.

Comme signes de l'arthrite laryngienne, Desbrousses a noté l'aphonie et une douleur vive siégeant au niveau du cartilage thyroïde; mais il n'a pas indiqué si cette douleur augmentait par la pression du cartilage, ce qui se produisait d'une façon bien manifeste chez le malade observé par M. Libermann. Cette exacerbation de la douleur par la pression peut fournir un signe de diagnostic différentiel entre le rhumatisme articulaire et le rhumatisme musculaire du larynx, dans lequel la douleur est peu considérable et n'est jamais augmentée par la pression des parois laryngiennes.

Dans son observation, Desbrousses parle aussi d'une gêne considérable de la respiration, avec accès fréquents de suffocation; mais comme la malade était atteinte en même temps de péricardite et d'œdème du poumon, la dyspnée ne peut être portée qu'en partie à l'actif de l'arthrite laryngienne. Cependant la dyspnée peut être une conséquence de l'arthrite du larynx, et doit être classée, avec l'aphonie et la douleur, parmi les signes des inflammations articulaires de cet organe. La dyspnée n'existait pas chez le malade observé par M. Libermann ; il n'était atteint, on se le rappelle, que d'une monoarthrite, et l'oppression doit être surtout fréquente dans les polyarthrites.

Quelque incomplets que soient encore les signes de l'arthrite laryngée, basés uniquement sur ces deux observations, M. Libermann espère qu'elles engageront les cliniciens à recourir à l'examen laryngoscopique, quand ils observeront de l'aphonie dans le courant d'un rhumatisme articulaire ou d'une blennorhagie.

Cet examen sera utile, non-seulement au point de vue du diagnostic, mais au point de vue du traitement, car les applications topiques portées directement sur les articulations prises de rhumatisme sont le plus sûr et le plus rapide moyen de soulager la douleur atroce éprouvée dans ce cas.

Chez la malade de Debrousse, cette douleur persista malgré les applications répétées de sangsues et de vésicatoires sur le larynx; tandis que les badigeonnages directs de teinture d'opium et d'iode, que, grâce au laryngoscope, M. Libermann put faire quotidiennement sur l'articulation crico-aryténoïdienne de son malade, le soulagèrent immédiatement, et supprimèrent au bout de quelques jours la douleur dont il se plaignait si vivement à son entrée à l'hôpital.

M. Guyot communique l'observation d'une malade atteinte d'un flux hémorrhoïdal abondant et datant déjà d'un certain temps. Ce flux disparaît chaque mois sept ou huit jours avant l'époque des règles et reparaît deux ou trois jours après ; tous les moyens ont été vainement essayés par M. Guyot pour mettre fin à cet écoulement.

M. Blachez fait une communication ayant trait à l'alimentation des enfants dans les hôpitaux.

La société se forme en comité secret à quatre heures et demie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

405. Viguier. Essai sur l'angine de poitrine.
406. Baillard. Du scorbut.
407. Fontaine. De l'iridotomie.
408. Jouanolou. Du ptosis et de ses diverses formes.
409. Gross. Du traitement des hémorrhagies dans les blessures artérielles de la main.
410. Laugier. De la marche des maladies aiguës et de l'influence qu'elles exercent sur les affections mentales.
411. François. Études sur le beriberi.
412. Chamousset. Quelques recherches sur la *phlegmatia alba dolens* des nouvelles accouchées.
413. Sebileau. Des corps fibreux de l'utérus dans leurs rapports avec la fécondation, la grossesse et l'accouchement.
414. Roy. Étude sur le psoïtis traumatique.
415. Sellier. De la rupture du ligament rotulien.
416. Leblanc. Essai sur les kystes du cordon.
417. Maintenon. Des pleurésies doubles.
418. Mérijot. De la rupture du tendon rotulien.
419. Choux. Étude sur la leucorrhée et son traitement.
420. Cauchois. Sur la pathogénie des hémorrhagies traumatiques secondaires.
421. Cotte. Du traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées d'une solution d'un sel hydrargyrique.
422. Ménière. De la vitesse relative d'absorption par les différentes membranes de l'économie et particulièrement de l'absorption cutanée.
423. Modoléa. Des positions inclinées de l'extrémité céphalique envisagées au point de vue du diagnostic et du traitement.
424. Descamps. Considérations sur le siége et la classification de lipômes.
425. Yvert. Étude sur la pathogénie des hémoptysies.
426. Essai sur les végétations hémorrhoïdales de l'urèthre chez la femme.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôtel-Dieu de Lyon. — M. Vincent, interne, — continuant les traditions généreuses du corps auquel il appartient — n'a pas hésité à donner son sang, dans un cas de transfusion du sang. Cette opération a été opérée par M. Gayet pour sauver une malade que des pertes énormes, dues à l'insertion vicieuse du placenta, menaçaient de mort. Cet acte de dévouement a-t-il eu sa plus noble récompense, le retour à la vie de la malade ?

— *Hôpitaux de Marseille.* — A la suite d'un concours remarquable ont été nommés :

Internes : MM. Rampal, Jourdan et Michel.

Externes: MM. Rouvier, Garibal, Hacks, Corsy, Baudoin, Mauche de Mablan, Debely et Guillaume.

— *Hôtel-Dieu de Toulouse.* — MM. Vignaux et Lebat sont nommés internes titulaires.

— La mort frappe à coups redoublés sur les plus jeunes du corps médical de Paris. Il y a quelques jours, Charles Legros — sur lequel nous avons à revenir — était enlevé subitement à la science. Un de

ceux qui lui rendaient les derniers devoirs, Fernand Papillon, vient à son tour de disparaître, laissant derrière lui une réputation très-méritée d'homme instruit, lettré et de commerce très-sympathique. Ses articles de la *Revue des Deux-Mondes* étaient très-remarqués. Il n'avait que vingt-six ans !

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur Francis C. Webb, directeur du *Medical Time and Gazette*. Né à Hoxton, le 9 avril 1826, notre éminent confrère a succombé subitement, le 23 décembre, à une attaque d'angine de poitrine.

— M. le docteur E. Decaisne nous adresse la note suivante :

« Un alinéa détaché d'une de mes revues scientifiques est reproduit en ce moment sous le titre de : *le Chloral*, par un grand nombre de journaux qui n'en citent pas la source tout en le faisant suivre de ma signature. Il y a là un abus de la reproduction contre lequel je réclame de toutes mes forces, et auquel je n'ai pas besoin de le dire, je suis tout à fait étranger. »

— M. Marey commencera son cours, *sur la circulation du sang*, au Collége de France, le mardi 6 janvier, à deux heures, salle n° 7. Il le continuera les mardis et samedis suivants.

— La Société de tempérance, association française contre l'abus des boissons alcooliques, réunie en assemblée générale, le 7 décembre 1873, a formé son bureau comme il suit pour l'année 1874 :

Président, M. Hippolyte Passy. — *Vice-présidents :* MM. Bouillaud, Dumas, Laboulaye et Renouard. — *Secrétaire général*, docteur L. Lunier. — *Secrétaires généraux adjoints :* MM. Edmond Bertrand et docteur Decaisne. — *Secrétaires des séances :* Docteurs Magnan et Vidal. — *Bibliothécaire-archiviste*, docteur A. Motet. *Trésorier*, M. Gustave Maugin.

— La société d'anthropologie de Paris a renouvelé de la manière suivante son bureau pour 1874 :

Président : M. le général Faidherbe. — 1er *vice-président :* M. le docteur Dally. — 2e *vice-président :* M. de Mortillet. — *Secrétaire général adjoint :* M. le docteur Hamy. — *Secrétaires annuels :* MM. les docteurs Magitot et Sauvage. — *Conservateur des collections :* M. le docteur Topinard. — *Archiviste :* M. Dureau. — *Trésorier :* M. Leguay. — *Commission de publication :* M. le docteur Bertillon, MM. Gaussin et Ploix.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie descriptive avec figures intercalées dans le texte, par le professeur SAPPEY. — 2e édition entièrement refondue, t. 4, 2e partie et fin. 1 vol. in-8°. Prix : 6 fr. — Prix de l'ouvrage complet : 48 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité d'anatomie descriptive, par MM. CRUVEILHIER et MARC SÉE. — 5e édition, revue, corrigée et augmentée, tome II, 1re partie, contenant la *Splanchnologie*. 536 pages avec 369 figures tirées en noir et en couleur et intercalées dans le texte. Prix : 9 fr. — Paris, P. Asselin.

NOTA. L'ouvrage complet se compose de 3 forts vol. grand in-8°, avec 1,500 figures tirées en noir et en couleurs et intercalées dans le texte. Prix : 45 fr. broché, 48 fr. cartonné à l'anglaise.

Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de Bicêtre, médecin du dépôt de la Préfecture, médecin expert près les tribunaux, etc. — 2e partie gratis pour les souscripteurs. — Prix de l'ouvrage complet, 1 vol. in-8° de 1,278 pages. Prix : 18 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

Leçons de clinique médicale, par M. le docteur MICHEL PETER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — 1 fort vol. in-8°, avec figures, cartonné à l'anglaise. Prix : 15 fr. — Paris, P. Asselin.

Traité théorique et pratique de la science et de l'art des accouchements, par M. le docteur V. SABOIA, professeur à la Faculté de médecine de Rio-Janeiro (Brésil). — 1 fort vol. grand in-8°, avec des figures intercalées dans le texte; cartonné à l'anglaise. Prix : 13 fr. — Paris, P. Asselin.

Philosophie de la nature, par HENRI LEVITTOUX, docteur en médecine de la faculté de Paris et de Varsovie. Paris, 1874. — 1 vol. in-8° de 600 pages. Prix : 12 francs. — Paris, F. Savy.

Clinique médicale, par le docteur NOEL GUÉNEAU DE MUSSY, médecin de l'Hôtel-Dieu. — Tome Ier. 1 vol. in-8° de 675 pages. Prix : 12 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur DECHAMBRE. La première partie du tome XIV de la première série commençant par la lettre A, la deuxième partie du tome VII de la deuxième série, commençant par la lettre L. — Prix de chaque partie ou demi-volume : 6 fr. — Paris, P. Asselin.

Classification et diagnostic dans les maladies mentales, par le docteur BERTHIER, médecin résidant de l'hospice de Bicêtre. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 3. — JEUDI 8 JANVIER 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 8 JANVIER 1874. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

Paris, le 7 janvier 1874.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'année 1873 a été bonne pour notre Académie, et son président, M. Depaul, a bien mérité les remercîments qu'on lui a votés par acclamations.

En effet, jamais l'activité n'avait été plus grande et les séances mieux remplies.

L'ordre du jour est tellement chargé, qu'un excellent mémoire sur les luxations musculaires, adressé par un membre associé, M. le professeur Martins, de Montpellier, a dû attendre plus d'un mois son tour de lecture.

En même temps, se rappelant que son rôle ne consiste pas seulement à prêter l'oreille aux bons travaux qui lui sont soumis, l'Académie a entrepris et poursuit parallèlement deux importantes discussions : sur le choléra, d'une part, et, d'autre part, sur la septicemie.

Nous sommes toujours heureux de voir cette assemblée, si remarquablement intelligente, se saisir des grandes questions qui préoccupent le corps médical et les faire débattre dans son sein.

Nous en sommes heureux quoique ou, pour dire plus vrai, parce que ces discussions ne doivent pas aboutir à des décisions doctrinales.

Si l'Académie s'érigeait en tribunal scientifique, elle deviendrait par cela même, malgré toute sa compétence, pour le travailleur un danger, et pour le progrès un obstacle.

En effet, il n'est pas de vérité nouvelle qui ne soit d'abord en contradiction avec les opinions reçues, et qui ne rencontre au moins défiance, sinon opposition formelle, dans les hautes régions de l'enseignement scientifique.

Cette science que l'on enseigne, que l'on entoure de formules et de définitions pour la rendre compréhensible, elle est bien loin de représenter la connaissance indéfinie de la nature sans limites : toujours relative et changeante, celle du jour est dissemblable à celle de la veille et à celle du lendemain; elle contient celle-ci en germe; elle était en germe dans l'autre, comme la chenille dans l'œuf, la chrysalide dans la chenille, le papillon dans la chrysalide.

C'est en se transformant qu'elle se développe Elle aussi a ses temps d'arrêt, ses moments de mort apparente, ses incubations nécessaires.

Comme il ne peut y avoir pour elle de règle immuable, de manière d'être invariable, de limitation définitive, il ne lui faut ni tribunal des rites, ni bureau de censure, ni conseil supérieur d'abornement.

Notre Académie de médecine a eu de tout temps la sagesse de ne rien être de tout cela.

Elle ne rend pas d'arrêts; elle ne s'efforce pas d'entraver ou de diriger le mouvement : elle se laisse entraîner.

Mais en agitant les questions, en les examinant, en les présentant sous toutes leurs faces, en faisant constater les changements d'opinions, elle rend d'immenses services.

Elle prépare ainsi la besogne pour l'observateur et pour le penseur : et je ne connais rien qui puisse mieux ébranler des théories et des doctrines passées à l'état de préjugés que de les voir déjà démodées, à si peu d'années de distance, aux yeux du corps savant qui les avait d'abord acceptées presque sans conteste.

C'est ce qui arrive notamment en ce qui touche le choléra.

L'orateur qui semble le mieux représenter la tradition, M. Guérin lui-même, en vient à des concessions importantes.

Il était inscrit pour parler dans cette séance, et c'est par suite d'une indisposition qu'il a dû remettre son discours à mardi prochain. Les orateurs qui devaient soutenir contre M. Guérin les opinions généralement admises depuis les travaux de la Conférence internationale de Constantinople ayant surtout l'intention de l'entendre et de lui répondre, n'ont pas voulu intervertir l'ordre de la discussion.

C'est pourquoi, après la lecture du travail de M. Martins et les intéressantes remarques auxquelles ce travail a donné lieu, on a entendu quelques réflexions de M. Hervieux sur un genre de monstruosité décrit par Geoffroy Saint-Hilaire, la *mélomélie*, à propos d'un enfant présenté récemment par M. le professeur Depaul.

Incidemment, M. le baron Larrey demandait à l'Académie d'intervenir pour empêcher l'exhibition de prétendus phénomènes; mais par des raisons de convenances, tout en regrettant de voir abuser de la crédulité publique, le conseil, qui déjà avait été saisi de cette proposition, n'a pas cru devoir y donner suite.

Dr Victor REVILLOUT.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Relation d'un cas de grossesse compliquée, pendant les quatre derniers mois, d'une névralgie utérine s'accompagnant de contractions irrégulières et provoquant des troubles nerveux tétaniformes et l'abolition des facultés sensoriales et intellectuelles. — Emploi méthodique et régulier des injections hypodermiques de morphine. — Accouchement à terme et sans accidents;

Par le docteur A. Bouyer (d'Amélie-les-Bains),
ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le 7 mars dernier, je fus appelé, à Amélie-les-Bains, auprès d'une jeune femme enceinte de cinq mois environ, qui avait été prise subitement de douleurs utérines extrêmement intenses. Cette dame, âgée de vingt-cinq ans, douée d'un tempérament lymphatico-nerveux et d'une constitution moyenne, était grande et bien conformée. Elle n'avait eu, dans son enfance, ni rhumatisme, ni affections nerveuses, ni manifestations diathésiques. A l'âge de vingt-trois ans, elle avait eu une chloro-anémie occasionnée par un violent chagrin. La grossesse était survenue quatre mois après son mariage et s'était annoncée, dès la première suppression des menstrues, par des troubles digestifs très-pénibles : anorexie, nausées, vomissements fréquents, constipation opiniâtre. En même temps, elle avait vu revenir tous les signes de la chloro-anémie, dont elle était atteinte quelques mois auparavant : point névralgique intercostal gauche, dyspnée, palpitations de cœur, toux nerveuse, etc.

Les vomissements, qui l'avaient beaucoup tourmentée pendant six ou sept semaines, avaient diminué de fréquence dans le courant du quatrième mois. La veille du jour où je fus appelé, elle avait été prise de douleurs dentaires très-vives. Ces douleurs avaient persisté toute la nuit et avaient cédé dans la matinée. Ce fut quelques heures après, vers une heure de l'après-midi, que les douleurs utérines se déclarèrent sans cause appréciable.

Bien que je ne constatai, à mon arrivée, aucun travail de dilatation ou de ramollissement de l'orifice utérin et qu'il n'y eût aucune perte de sang, je pensai avoir affaire aux signes précurseurs d'un avortement. Je m'empressai de faire administrer un lavement additionné de 20 gouttes de laudanum. — Ce lavement ne put être gardé et provoqua une selle très-abondante de matières fécales volumineuses.

Comme les douleurs semblaient augmenter, je pratiquai, sur la paroi abdominale, une injection hypodermique contenant 0g 01 de chlorhydrate de morphine. Cette injection amena promptement la cessation complète des douleurs, mais le ventre resta *tendu et sensible* au toucher. La malade passa une nuit calme sans sommeil. Le lendemain, vers onze heures du matin, les douleurs se reproduisirent avec la même intensité que la veille. J'arrivai quelques instants après, et je pratiquai une nouvelle injection hypodermique de morphine, qui produisit le même calme que la première.

Dans la soirée, on me dit que la malade avait eu une perte sanguinolente et qu'elle avait rendu un caillot de sang de la grosseur d'une amande, qui avait été jeté par maladresse.

Je pensai alors avoir l'explication de ce qui s'était passé la veille. Je crus pouvoir attribuer les douleurs à une hémorrhagie résultant d'une congestion utérine provoquée par une accumulation de matières fécales.

Pendant les jours suivants, le ventre resta *tendu* et *douloureux*, bien que la malade fût condamnée au repos le plus absolu. Du reste elle ne pouvait exécuter le moindre mouvement sans réveiller les douleurs, qui s'accompagnaient de contractions partielles dans la partie supérieure du corps de l'utérus.

Le 11 mars je prescrivis un bain tiède qui fut mal supporté. L'immersion dans l'eau réveilla des contractions douloureuses et produisit une syncope. Dès que la malade fut transportée dans son lit, les douleurs devinrent si fortes que je dus pratiquer une injection de morphine.

A partir de ce jour, les douleurs se reproduisirent par crises deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures. Chaque fois, elles s'accompagnaient de contractions se produisant par des bosselures mobiles qu'on avait quelque peine à percevoir, à cause de la sensibilité de l'utérus et de l'état des muscles abdominaux qui étaient, par moments, fortement contractés. Ces douleurs amenaient en outre la perte de connaissance et des secousses convulsives dans les membres. Ces crises duraient environ dix ou quinze minutes. Elles étaient presque subitement enrayées, lorsque je pratiquais une injection de morphine.

Comme elles semblaient se reproduire avec une certaine régularité, j'eus l'idée d'essayer des préparations de quinine. Ne pouvant les administrer par l'estomac, à cause de la fréquence des vomissements, je prescrivis du sulfate, puis du valérianate de quinine en lavements et en injections sous-cutanées. Tous ces moyens ne produisirent aucun effet sur les crises. Il en fut de même des antispasmodiques (bromure de potassium, chloral, belladone, assa fœtida, etc.) que j'essayai successivement. Je fus obligé de revenir à l'emploi de la morphine, qui m'avait donné jusqu'alors des résultats satisfaisants.

Depuis le début de ces accidents, qui remontait déjà à quinze jours, les troubles digestifs avaient augmenté d'intensité et de fréquence. La malade avait perdu l'appétit et était en outre tourmentée par des vomissements incessants ; aussi était-elle notablement affaiblie par suite de l'insuffisance de l'alimentation et de la privation de sommeil. A mesure que la faiblesse augmentait, les crises nerveuses tendaient à devenir plus longues ; en même temps elles prenaient de nouveaux caractères, qu'elles conservèrent jusqu'à la fin de la grossesse.

Voici les principaux faits qui constituaient ces crises : Lorsque les douleurs et les contractions utérines acquéraient une certaine acuité, les membres inférieurs étaient pris d'une roideur tétanique qui gagnait, au bout de quelques instants, les membres supérieurs, les masséters, les muscles du cou et du tronc. Puis survenaient l'abolition de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale et enfin la perte complète de connaissance.

Pendant toute la durée de la crise, les membres étaient tantôt fortement contracturés, tantôt agités de mouvements convulsifs toniques et rarement cloniques. Le ventre était tendu et souvent projeté en avant par suite de la contracture des muscles du tronc. La face était pâle et les mâchoires rapprochées. Il n'y avait pas de convulsion des muscles de la face, sauf des masséters, et jamais d'écume à la bouche. Les pupilles étaient insensibles, plutôt resserrées que dilatées. Le pouls se maintenait petit et lent, et la respiration, tantôt accélérée, tantôt ralentie, suivant l'état des muscles du tronc, qui n'étaient pas constamment contracturés, comme ceux des membres. La malade faisait entendre quelques gémissements plaintifs, et portait parfois sa main, dont les doigts étaient étendus et contractés, du côté du ventre, comme pour montrer l'intensité des douleurs dont il était le siége. Il semblait, en effet, que toute la sensibilité générale était concentrée sur l'organe utérin ; car la malade ne ressentait, en aucune façon, les pincements ou les pressions exercées sur les membres, tandis qu'elle accusait, par des mouvements convulsifs, *une douleur vive dès qu'on palpait le ventre.*

Il y avait également une sensibilité exagérée de la muqueuse olfactive. Dès qu'on approchait de la malade un flacon d'éther, de chloroforme ou de vinaigre, elle le repoussait vivement, et souvent elle était prise d'un redoublement de mouvements convulsifs.

La terminaison de la crise était intéressante à observer. A mesure que les douleurs utérines se calmaient, les membres supérieurs, les masséters et les muscles du tronc se relâchaient. Les membres inférieurs restaient ordinairement contracturés plus longtemps que les autres. La malade recouvrait d'abord ses facultés intellectuelles, puis le sens du toucher. Son premier soin était alors de reconnaître par le palper son mari et les personnes de sa famille qui l'entouraient. Au bout d'un temps variable, elle recouvrait peu à peu la parole ; puis elle commençait à percevoir un bruit confus avant d'entendre distinctement. La vue ne revenait quelquefois que quinze ou vingt minutes après. Elle apercevait alors une légère clarté, et enfin la vue revenait comme un éclair, au bout de quelques secondes. Les membres inférieurs, qui étaient restés étendus et contracturés jusqu'à ce moment, se détendaient peu à peu. La malade reprenait alors sa gaieté habituelle et ne conservait de sa crise que le souvenir des douleurs utérines qu'elle avait endurées et des pressions qu'on avait pu exercer sur son ventre.

Toutes ces crises se reproduisaient plutôt le jour que la nuit et à des intervalles irréguliers, suivant les époques. Au moment de la période menstruelle, elles étaient plus fréquentes et plus longues. Dans les périodes intermédiaires, elles se montraient une ou deux fois par jour.

Leur durée, qui était, au début, de vingt-cinq à trente minutes, était, dans le dernier mois de la grossesse, de quarante-cinq à soixante minutes.

Outre ces grandes crises, la malade avait des crises incomplètes survenant sous l'influence d'une émotion, des mouvements brusques et réitérés du fœtus ou d'un ébranlement général occasionné par le battement d'une porte. Ces petites crises, qui étaient de courte durée, consistaient dans une roideur tétanique limitée, tantôt aux masséters, tantôt aux membres supérieurs ou inférieurs, tantôt à tous les membres à la fois. Elles coïncidaient toujours avec des douleurs utérines, mais elles n'amenaient point de perte de connaissance.

Pour combattre ces différents accidents, j'ai essayé, à différentes reprises, les antispasmodiques à l'intérieur et à l'extérieur, et chaque fois j'ai dû y renoncer, soit qu'ils fussent mal supportés, soit qu'ils fussent sans effets sur les crises. J'étais obligé de revenir, malgré moi, aux injections hypodermiques de morphine, dont l'action était toujours prompte et manifeste. Je dis malgré moi, parce que je craignais toujours que la *morphine* n'exerçât une fâcheuse influence sur l'enfant et ne contribuât à entretenir, chez la mère, cette susceptibilité nerveuse qui tendait toujours à augmenter.

Les bains, qui semblaient très-indiqués dans cet état, ont toujours été *mal supportés.* La pression de l'eau sur le ventre réveillait des contractions douloureuses et amenait la contractation des membres, ce qui m'obligeait à recourir à l'injection de morphine pour sortir la malade du bain.

Forcé de recourir à ce moyen, je me résignai à continuer l'usage exclusif *de la morphine en injections* sous-cutanées. Ces injections étaient pratiquées par moi ou par une personne que j'avais dressée à cet effet, tantôt au niveau des points douloureux, sur le ventre, tantôt à la partie supérieure de la cuisse. Chaque fois que l'injection était faite au moment où les contractions douloureuses acquéraient une intensité assez grande pour faire craindre une crise, tous les accidents étaient subitement enrayés. La malade conservait quelquefois un peu de roideur des membres inférieurs, qui disparaissait peu à peu au bout de quelques minutes.

Lorsque l'injection était pratiquée dans le cours de la crise, les douleurs utérines et les contractions s'amendaient promptement, et la malade recouvrait vite l'usage de ses facultés et de ses sens.

La morphine a conservé jusqu'à la fin son action préventive sur les crises ; aussi, grâce à ce moyen, la malade pouvait-elle passer quelquefois la journée sans crise. Quant à son action sur la crise elle-même, elle s'est un peu émoussée dans le dernier mois. Les accidents ne cédaient pas alors aussi rapidement que dans les mois précédents et exigeaient des doses plus fortes. Cependant la crise était manifestement plus longue lorsqu'on s'abstenait de faire une injection.

Les doses de morphine employées chaque jour ont varié suivant les périodes. Nous injections généralement deux ou trois centigrammes par crise ou par menace de crise, ce qui portait à cinq ou six centigrammes la dose moyenne de chaque jour. A certaines époques, lorsque la malade était très-affaiblie et la susceptibilité nerveuse très-grande, nous injections jusqu'à dix centigrammes de morphine par jour.

Pendant les deux mois qui ont suivi le début des accidents, la malade a gardé le repos absolu au lit. Elle était, du reste, très-amaigrie et affaiblie, par suite de l'insuffisance de l'alimentation et de l'insomnie. Elle était tourmentée par des *vomissements fréquents* et par une *constipation* opiniâtre. Ces vomissements ayant résisté à tous les moyens ordinaires, j'eus l'idée d'essayer de petites injections de morphine après chaque repas. Ce moyen me donna de bons résultats. *Quelques gouttes* de la solution suffisaient le plus souvent pour enrayer le vomissement *dès que la nausée* commençait à se produire.

C'est à partir du moment où j'instituai un traitement méthodique et régulier par les injections de morphine, pour combattre tout à la fois les vomissements et les crises nerveuses, que la malade recouvra assez de force pour lui permettre de se lever quelques heures chaque jour. Dans le courant de mai, elle put faire quelques pas dans sa chambre et sur une terrasse qui lui était contiguë. Plus tard, elle put descendre l'escalier et faire de petites promenades dans le jardin. A partir de cette époque, les crises furent mieux supportées et moins fréquentes. Elles ne se reproduisaient plus qu'une et rarement deux fois par jour. Cependant elles ont persisté jusqu'au moment où les douleurs préparantes se sont produites, trois jours avant l'accouchement, qui a eu lieu à la fin du neuvième mois. Le travail, quoique lent, a marché très-régulièrement. L'enfant s'est présenté par le sommet, en position occipito-iliaque droite antérieure. C'était un garçon vigoureux et nullement amaigri. Quant à la mère, elle n'a eu ni fièvre de lait, ni accident d'aucun genre, et elle a pu se lever le dix-huitième jour après l'accouchement. Actuellement, elle est *complétement remise, et son enfant est fort et bien portant.*

Cette observation présente un grand intérêt au double point de vue de la nature et de la forme insolite des accidents nerveux que j'ai eu à combattre et des services vraiment remarquables que les *injections hypodermiques de morphine* m'ont rendus dans ce cas.

Je me suis demandé bien souvent quelle pouvait être la nature de ces douleurs et des contractions utérines qui devenaient le point de départ des crises nerveuses. Ces douleurs semblaient présenter quelque analogie avec le rhumatisme utérin. Leur mobilité, leur siége habituel dans la région sus-ombilicale, la recrudescence qu'elles éprouvaient sous l'influence des mouvements du fœtus et de la pression exercée sur le ventre, étaient tout autant de signes qui pouvaient faire croire à des douleurs rhumatismales. Cependant elles se distinguaient par *l'absence de phénomènes généraux et du ténesme recto-vésical.* Plus tard, leur disparition au moment des premières douleurs, la régularité du travail et l'absence d'accidents après l'accouchement sont venus écarter toute idée de rhumatisme. Du reste la malade n'avait jamais eu la moindre atteinte de cette affection.

Je suis porté à croire, d'après la marche des accidents, que j'ai eu affaire à une névralgie utérine à forme intermittente produisant, dans certains moments, des contractions partielles et irrégulières. Cette névralgie devenait le point de départ de troubles nerveux qui constituaient la crise et qui pouvaient être considérés comme des phénomènes périphériques réflexes, puisqu'il suffisait de calmer les douleurs pour les faire cesser presque immédiatement.

Bien que ces troubles nerveux aient toujours présenté une certaine régularité de formes, il est difficile de les rattacher à une affection nerveuse classique. S'ils présentaient, en effet, une certaine ressemblance avec les phénomènes de la catalepsie, ils en différaient toutefois par la non-continuité de la roideur tétanique et par les alternatives de contracture et de mouvements convulsifs.

Ils se distinguaient des phénomènes hystériques par les signes suivants : les convulsions étaient toniques et non cloniques, l'accès ne se terminant pas par des larmes et des sanglots. La malade n'éprouvait jamais la sensation de la boule hystérique, bien qu'elle eût parfois des spasmes du pharynx. De plus, elle n'avait aucun antécédent d'hystérie, et l'on sait du reste que cette affection tend généralement à s'amender ou à disparaître dans le cours de la grossesse.

Ces accès ne peuvent pas être rattachés à l'éclampsie, puisqu'ils ont complétement cessé dès le commencement du travail. Ils s'en distinguaient, d'un autre côté, par l'absence des signes caractéristiques de cette affection. Il n'y avait, en effet, ni écume sanguinolente à la bouche, ni phénomènes, d'asphyxie, ni convulsions des muscles de la face, ni enfin aucune trace d'albumine dans les urines.

On ne peut les comparer à des accès d'épilepsie, car il n'y avait pas d'écume à la bouche et les accès, qui étaient plus fréquents que ces derniers, ne se terminaient pas comme eux par une période de collapsus.

Je ne saurais terminer ces réflexions sans faire ressortir de nouveau l'heureuse influence que les injections hypodermiques de morphine ont eue sur la marche de cette grossesse. Il suffit de rappeler l'action favorable qu'elles ont exercée sur les accidents nerveux et sur les troubles digestifs. Je me demande ce qui serait arrivé si je n'avais pas persévéré dans cette médication qui m'a permis de lutter contre un état de faiblesse devenu un moment très-inquiétant, par suite de la persistance de crises nerveuses très-pénibles et des vomissements incoercibles qui empêchaient l'alimentation.

A cette action multiple, il faut joindre celle qu'elle a exercée sur une menace d'avortement qui s'est produite à deux reprises différentes.

En somme, si cette grossesse est arrivée à terme, c'est grâce aux injections de morphine qui n'ont eu, fort heureusement, *aucune influence fâcheuse sur l'enfant*, contrairement aux prévisions basées sur les données de *la physiologie*.

DES NÉVROSES MENSTRUELLES

Par M. le docteur BERTHIER, médecin à l'hospice de Bicêtre (1).

Sous ce titre, M. le docteur Berthier vient de publier une très-intéressante étude de la menstruation dans ses rapports avec les maladies nerveuses et mentales. Nous reproduisons les conclusions de l'auteur.

« De l'ensemble des faits, du résultat de notre pratique, et de l'opinion de la science, on peut déduire ces propositions, qui en seront le résumé.

« 1° Il existe des névroses, évidemment liées, — soit aux troubles de la menstruation, uniquement et directement, — soit à ces troubles causés ou entretenus par un ou plusieurs états pathologiques variables, — soit à un état de la menstruation en apparence convenable.

2° Ces névroses que, pour ces motifs, j'ai appelées menstruelles, et dont la suppression est la cause la plus fréquente, guérissent le plus souvent avec la régularisation du flux; quoique, parfois, la névrose disparaisse avant le retour de la fonction à son jeu normal.

« 3° Infinies par leur forme et leur nombre, elles pourraient figurer une échelle diatonique, commençant au simple mal de tête et se terminant à l'apoplexie ou à la folie, qui, jusqu'à plus ample informé, aurait le plus lourd partage.

« 4° Dans cette dernière affection, les règles, même en dehors de tout état causal, exercent une influence marquée sur la marche des symptômes autant que sur le but final.

« 5° La folie menstruelle affecte de préférence la forme de la folie caractérisée par le désordre général des facultés mentales — celle, ensuite, de la folie caractérisée par une perversion des instincts exempts de délire verbal. La nymphomanie et l'hystérie, immédiatement liées aux troubles de la menstruation, tiennent une place secondaire parmi les vésanies, contrairement aux croyances qui ont régné de tout temps.

« 6° Les névroses menstruelles occupent une situation importante dans la pathologie,— indépendamment des troubles menstruels symptomatiques qui surgissent dans le cours de ces affections. Et par l'empire que le corps y exerce sur l'esprit, elles méritent de fixer l'attention du magistrat après celle du médecin.

« 7° A raison de leurs complications et de leurs marches, la méthode thérapeutique qui leur est applicable est l'analyse clinique, consistant à donner à chaque élément son rang légitime, à le combattre à son tour, et à attaquer le mal dans sa source, située souvent à une distance fort éloignée de l'utérus.

« 8° A ces divers titres, les névroses menstruelles confinent aux névroses diathésiques et aux névroses liées aux états constitutionnels. »

DES CONDITIONS DE L'ÉLÉVATION DE LA TEMPÉRATURE DANS LA FIÈVRE

Par le docteur J. E. WEBER, de Mulhouse (2).

Conclusions. — I. C'est l'élévation durable de la température qui constitue la fièvre. — II. L'élévation de la température est due à une production exagérée de calorique. — III. Cette production exagérée de calorique est considérable, surtout dans le frisson. Elle va jusqu'à deux fois et demie la quantité normale. — IV. Les déchets organiques : urée, acide carbonique, sont toujours augmentés dans la fièvre. — V. La quantité d'acide carbonique exhalé est proportionnelle à la rapidité de l'élévation de la température. — VI. Il existe un appareil régulateur de la chaleur. Il fait varier non-seulement notre dépense, mais aussi notre production de calorique. — VII. Il a son siége dans la moelle allongée. — VIII. Il agit sur la production du calorique par d'autres nerfs que les vaso-moteurs. — IX. Il y a des nerfs modérateurs des combustions organiques ; leur section ou leur parésie augmente ces dernières, indépendamment des conditions de vitesse ou de tension du sang. — X. Dans la fièvre, le centre modérateur de la chaleur est parésié, ce qui permet l'augmentation des combustions organiques. — XI. Les tissus ont dans la fièvre une température plus élevée que le sang. — XII. La circulation accélérée de la fièvre sert à tempérer la chaleur des parties centrales.

DU NERF DENTAIRE INFÉRIEUR

Par M. le docteur D. MOLLIÈRE (3).

Conclusions. — I. Chez l'homme le nerf dentaire inférieur est dans toutes ses branches un nerf mixte. — II. Il fournit aux racines dentaires des fibres sensitives. Un plexus particulier né du ganglion otique, en rapport avec les autres plexus sympathiques du crâne, fournit à la pulpe dentaire des filets d'un autre ordre. Après la chute complète des dents on rencontre des altérations dans ces derniers nerfs seulement. — III. Il existe dans la mâchoire des ganglions nerveux. — IV. La section du tronc du nerf dentaire n'entraîne aucune altération du côté des dents et ne nuit en rien à leur développement. — V. Cette quatrième conclusion est également vraie pour le bec des oiseaux. — VI. La section du dentaire est également sans influence sur la nutrition de l'os. — VII. Les différents faisceaux dont est formé le dentaire inférieur se terminent dans la peau à un réseau. L'intégrité d'un seul de ces faisceaux suffit pour la conservation de la sensibilité. — VIII. La terminaison du nerf dentaire est la même que celle de tous les nerfs sensitifs. On trouve dans les dents comme dans le bec des renflements terminaux démontrant l'identité de nature de tous ces organes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 janvier 1874. — Présidence de M. DEVERGIE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° le rapport général de M. le docteur Ticier sur les eaux minérales de Cap-Vern pour l'année 1871 (commission des eaux minérales); 2° le compte rendu négatif des maladies épidémiques pour le département du Doubs pendant l'année 1872 (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON-OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend : 1° un mémoire de M. le docteur Larauzal sur les thermes de Dax, Landes (commission des eaux minérales) ; 2° un mémoire sur les proportions du corps humain, par M. le docteur Roüault de Couësquelou, de Rennes (commissaires, MM. Beclard, Sappey et Broca) ; 3° une lettre de M. le secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, informant l'Académie que la séance annuelle de cette société aura lieu le mercredi 14 janvier, et que l'éloge du professeur Denonvilliers sera prononcé dans cette séance.

M. GIRALDES offre, de la part de M. le docteur Hewot, six volumes de la collection des rapports de l'hôpital Saint-George, de Londres.

M. WOILLEZ présente, au nom de M. le docteur Bourneville, une brochure intitulée : *le Choléra à l'hôpital Cochin en* 1865.

M. LARREY présente, de la part de M. le docteur Morache, médecin-major de 1re classe, l'article : *Hygiène militaire*, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

(1) Un vol. in-8°. — Prix : 5 fr. — Paris, Adrien Delahaye.
(2) In-8°. — Prix : 2 fr. — Paris, A. Delahaye.
(3) In-8°. — Prix : 2 fr. — Paris, A. Parent.

INSTALLATION DU NOUVEAU BUREAU

M. le président Depaul, dans un discours très-applaudi, remercie ses collègues et particulièrement les membres du bureau du bienveillant concours qu'ils lui ont apporté dans l'exercice de ses fonctions, et invite M. Devergie, président pour l'année 1874, à prendre place au fauteuil.

M. Devergie remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en l'élevant à la présidence et propose de voter des remercîments au président sortant. Cette proposition est accueillie par des applaudissements unanimes.

M. Devergie rend compte ensuite de la visite qu'il a faite à M. le ministre de l'instruction publique à l'occasion de la nouvelle année.

LECTURE

M. Broca lit, au nom de M. le professeur Charles Martins, de Montpellier, associé national, une *Observation de luxation du muscle tibial postérieur, comparée à celles des péroniers latéraux et de la longue portion du biceps brachial.*

M. Martins a été lui-même le sujet de cette observation ; il se luxa le tibial postérieur dans une ascension aérostatique qu'il avait faite en compagnie de M. Poitevin fils.

Voici comment il expose le mécanisme de l'accident qu'il a éprouvé :

« Lorsque la nacelle frappa le sol, j'étais accroupi, le contre-coup me projeta en arrière, et par un mouvement réflexe et tout à fait instinctif, j'étendis le pied comme si je voulais me raccrocher pour ainsi dire à ce fond de la nacelle qui me repoussait et me lançait en arrière. J'ai le souvenir très-net que j'étais déjà sur le dos quand je sentis le trait de feu qui me traversa le côté interne de l'articulation. Le jambier postérieur, étant un muscle extenseur et qui tourne le pied en dedans, se contracta avec une force extrême. J'aurais pu avoir tout aussi bien une rupture du tendon d'Achille, une déchirure des muscles jumeaux, ou une rupture du plantaire grêle. Explique qui pourra pourquoi c'est le tibial postérieur qui s'est contracté avec le plus d'énergie. En tout cas, cette contraction violente d'un muscle par action réflexe est tout à fait analogue à ces fractures de la rotule ou à ces ruptures du triceps qui ont lieu lorsqu'une personne ayant le pied engagé sous un tapis, par exemple, et menacée de tomber, contracte instinctivement le triceps de la jambe qui est en l'air. »

La luxation fut constatée par MM. Courty, Ollier, Broca et Poggi. Il existait un gonflement assez fort et douloureux au toucher tout le long du bord interne du tibia, à partir de son tiers jusqu'au dessous de la malléole ; les mouvements de l'articulation étaient libres, mais la station debout et la marche n'étaient pas possibles sans douleur.

Le tendon ayant été remis en place, le membre fut placé dans un appareil inamovible silicaté, et M. Martins put revenir, par le chemin de fer, de Genève à Montpellier. L'appareil silicaté fut renouvelé deux fois. Au bout de trois mois, M. Martins marchait sans douleur et sans canne, mais en boitant un peu. Le pied était faible et avait besoin d'être maintenu par un coussin de ouate et une bande de flanelle.

M. Martins, n'ayant trouvé nulle part d'autre exemple de luxation du tendon du jambier postérieur, a recherché les cas qui ont le plus de rapport avec cet accident, à savoir ceux du déplacement des tendons des péroniers latéraux.

Il mentionne des faits de ce genre, rapportés par Monteggia, Robert, Demarquay, Jarjavay et Legouest.

Puis il termine en citant quelques observations de luxation de la longue portion du triceps brachial, rapportées par Willam Cooper, Monteggia. Édouard Stanley, John Soden, Sebregondi et Fleury, de Clermont-Ferrand.

M. Cloquet fait remarquer que l'on pourrait rapprocher de ces faits ceux de luxation de la rotule, qui ont également pour cause une contraction musculaire.

M. Colin rappelle qu'Hippocrate avait observé chez le bœuf une luxation musculaire assez fréquente, celle du long vaste, dont le tendon se place en arrière du trochanter. On est souvent obligé de couper le muscle ainsi luxé pour faire cesser la boiterie.

M. Gosselin croit avoir compris que M. Martins marche à présent assez bien. Il n'en est pas toujours ainsi pour une luxation analogue, celle des péroniers latéraux ; souvent il persiste un certain degré de claudication, due sans doute à ce qu'il est aussi difficile de maintenir la luxation réduite qu'il est facile de la réduire.

C'est ainsi que chez un jeune homme atteint d'une luxation des deux péroniers latéraux, et que M. Gosselin traite depuis deux ou trois mois, pendant les trois ou quatre premiers jours les tendons, aussitôt rentrés dans leur gaîne, tendaient à en ressortir. Le quatrième jour seulement le court péronier latéral, une fois réduit, resta dans sa gaîne, mais le long péronier ne put être maintenu qu'à la fin de la première semaine, et il fallut attendre jusqu'alors pour appliquer un appareil inamovible silicaté.

Sans doute, il faut que les tendons aient le temps de contracter de nouvelles adhérences pour qu'ils puissent rester en place, sans avoir tendance à se porter au devant de la malléole.

M. Colin. Je demanderai si, dans ce cas, la bande fibreuse qui retient le tendon dans sa gaîne n'est pas éraillée ou détachée à l'une de ses insertions.

M. Gosselin. Elle l'est dans tous les cas, sans doute.

M. Chassaignac. Pour maintenir la réduction, le mieux est de maintenir le pied dans la flexion et d'appliquer un appareil silicaté.

M. Broca. J'ignore comment M. Martins marche actuellement, mais il boitait encore il y a un mois.

M. Legouest. — M. Martins a cité une observation qui m'appartient et sur laquelle je dois donner quelques détails. Mon malade était atteint d'une entorse, il était au lit et, de temps en temps, assez-fréquemment il se sentait pris de spasme clonique des péroniers latéraux, qui, en les faisant passer en avant de la malléole, produisait un bruit très-pénible pour le malade et ceux qui l'entouraient.

M. Gosselin. — La difficulté de maintenir la réduction est ce qui doit empêcher d'appliquer, dès la première vue, un appareil inamovible, car autrement il pourrait arriver qu'au lieu de permettre au tendon de se fixer dans sa place naturelle, l'immobilité eût pour résultat de rendre plus tard impossible la guérison.

M. Demarquay. — Dans les deux cas que j'ai eu à traiter, je me suis conformé à la règle que M. Gosselin vient de formuler ; je n'ai appliqué l'appareil inamovible qu'au bout de quelques jours, et mes malades ont parfaitement guéri.

M. Blot. — Je crains qu'on ne confonde les cas de luxation complète avec ceux de déplacement des tendons sans rupture des ligaments qui complètent leur gaîne. Ces derniers déplacements se font sans qu'il en résulte de claudication. C'est ainsi qu'à la Société de biologie, alors qu'il était beaucoup question des esprits frappeurs, Schiff exécuta devant nous un air très-reconnaissable, en contractant ses péroniers de manière à produire un bruit par le déplacement de leurs tendons.

M. Broca. Il ne faut pas croire que M. Schiff luxait alors les tendons de ses péroniers ; il ne les faisait pas sortir de leurs gaînes, mais les frappait rudement contre elle par une contraction subite. Rien dans le corps humain, en dehors du moins de la glotte et des autres parties de l'appareil vocal, n'est plus sonore que les tendons et les ligaments quand ils se rompent. Je me rappelle qu'un jour j'avais à redresser une ankylose de la hanche sur un malade de M. Laborie: j'opérais en présence de M. Bouvier. Tout à coup il se produisit sous ma main un bruit tellement fort que je crus avoir rompu le fémur. M. Bouvier, très-expert en pareille matière, me rassura aussitôt en me disant : « S'il s'agissait d'un os, sa rupture n'aurait jamais fait autant de bruit ; les ligaments seuls ou les tendons sont assez vibrants pour se faire entendre à distance aussi nettement. » En effet, l'ankylose était redressée et le malade guérit très-bien sans aucun accident.

M. Colin. En effet, sans luxation, normalement, chez beaucoup d'animaux, surtout chez certains ruminants, certains tendons frappant les os alors que les muscles se contractent, produisent un bruit assez fort. Tel était le cas chez un renne que j'ai observé au Jardin des plantes.

COMMUNICATION

M. Hervieux, à propos d'un enfant présenté par M. Depaul dans la séance du 23 décembre 1873, communique quelques réflexions sur le genre de monstruosité parasitaire nommé *mélomélie*.

Cette monstruosité, dit-il, *est caractérisée par l'insertion d'un ou de plusieurs membres accessoires sur un ou plusieurs membres normaux.*

Suit la description détaillée de l'enfant en question, qui porte vers le bas de l'abdomen deux petits membres inférieurs rudimentaires séparés par un sillon représentant la ligne interfessière, et dont toutes les articulations sont ankylosées. La motricité volontaire n'existe pas dans toutes ces parties, la sensibilité y est des plus obtuses; la peau, amincie, n'a ni son aspect ni sa mobilité normale. Sans doute il n'existe entre elle et les os ni muscles ni tendons, mais seulement de la graisse. C'est par les pubis que l'union se fait entre les deux êtres juxtaposés, dont les surfaces antérieures se répondent; ce qui représenterait dans l'être parasitaire la cavité abdominale ne doit probablement contenir aucun viscère, mais seulement de la graisse.

Ainsi, l'on ne rencontrerait, à ce qu'il semble, que de la graisse et des os si l'on voulait enlever cette tumeur. L'opération paraît devoir être facile, et peut-être ferait-on bien de la tenter, quoi que cette tumeur ne compromette pas l'existence. La plupart de ces monstres ont joui d'une très-bonne santé et vécu fort longtemps. Ceux mêmes qui se sont mariés ont eu des enfants tout à fait normaux; mais la tumeur ira toujours croissant, comme l'individu lui-même, et deviendra de plus en plus gênante.

On attribue actuellement ces tumeurs, non plus, comme autrefois, à un excès de développement, mais à l'arrêt de développement d'un fœtus réduit à l'état de parasite.

M. Hervieux termine par quelques réflexions sur la prédominance du sexe féminin chez les monstres, et sur cette règle que deux fœtus unis ensemble sont toujours du même sexe, quand le sexe est apparent.

M. Larrey donne quelques détails sur un autre cas de mélomélie qu'il a autrefois observé.

M. Blot pense qu'il doit y avoir encore quelques portions de l'être parasitaire dans l'abdomen de l'être principal, ce qui pourrait mettre obstacle à une opération.

MM. Gosselin et Depaul expriment l'opinion que l'opération serait possible.

Après quelques observations de MM. Larrey, Béclard et Depaul sur le prétendu phénomène nommé *rossignol à deux têtes*, qu'on n'a laissé examiner par aucun médecin, la séance est levée à cinq heures.

NÉCROLOGIE

Le docteur Charles Legros.

La science vient de faire une grande perte.

Charles Legros est mort le 25 décembre dernier, à l'âge de trente neuf ans, au moment où il venait de recueillir le fruit de ses travaux, et où il allait pouvoir mettre au service de tous son savoir et son expérience.

Il est mort victime de son amour pour les études physiologiques et histologiques.

Ne prenant jamais de repos, ni de distractions, passant toutes ses journées dans le laboratoire d'histologie de l'école pratique, il s'est fatigué outre mesure, et c'est là qu'il a contracté une fièvre infectueuse, ayant la plupart des caractères de l'ictère grave, qui l'a emporté en l'espace de quelques jours. C'est de la même maladie et dans les mêmes conditions qu'a succombé Bichat.

Les amis de Charles Legros lui conseillaient souvent de suspendre de temps en temps ses recherches de laboratoire, mais jamais ils ne purent, même pour un temps très-court, lui faire renoncer à ses études favorites, à ses recherches physiologiques et histologiques qui étaient devenues son seul plaisir et l'objet principal de ses préoccupations.

Il croyait d'ailleurs, avoir, sous ce rapport, une immunité complète, car il avait déjà plusieurs fois vécu au milieu de foyers d'infection, sans que sa santé en fût atteinte. Interne deux années de suite à l'Hôtel-Dieu, il était attaché au service des cholériques, pendant l'épidémie de 1865, où il témoigna d'un dévouement au-dessus de tout éloge.

En même temps, et à la même époque, il entreprenait, dans le laboratoire, l'étude expérimentale des miasmes cholériques et montrait que le choléra est dû à une altération moléculaire primitive des principes albuminoïdes mêmes du sang, en conséquence de laquelle ces principes acquièrent des propriétés analogues à celles de la diastase.

Ses premiers travaux de biologie ont eu pour but l'étude des reproductions animales. Il a montré que chez les animaux, où la reproduction se faisait, celle-ci suivait les mêmes phases que celles qui accompagnent la formation de ces tissus ou de ces membres, chez l'embryon de ces mêmes animaux, et que cette analogie n'existe pas seulement pour la forme externe, mais qu'on la trouve encore dans l'évolution des nouveaux éléments histologiques.

Depuis cette époque, il a continué ces recherches et montré les différences qui ont lieu, selon la saison et l'âge; ainsi que les phénomènes du même genre que présentent les animaux hibernants à sang chaud, lorsqu'ils sont en état d'hibernation.

Son travail sur les tissus érectiles marquera dans la science, et les faits qu'il y a découverts, à ce point de vue, sont des plus importants en physiologie.

Il montra d'une manière incontestable que la turgescence de ces tissus et en général les circulations locales actives ne sont dues ni à la contraction spasmodique des vaisseaux, ni à une paralysie des nerfs vaso-moteurs.

Le premier, il insista sur la différence qu'il y a entre l'afflux sanguin consécutif à une paralysie des vaso-moteurs et celui qui a lieu sous l'influence d'excitants, ne pouvant amener de paralysie ni directement ni par action réflexe.

Il proposa d'expliquer ces congestions actives par un mouvement de peristaltisme des vaisseaux, mouvement qui favoriserait la progression du sang.

Depuis cette époque, il a encore apporté beaucoup de preuves anatomiques et physiologiques à l'appui de cette théorie qui, de fait, explique mieux que toute autre les congestions actives.

Sa thèse d'agrégation ayant pour sujet les nerfs vaso-moteurs, il a eu l'occasion de résumer ses expériences et d'exposer d'une manière plus complète ses idées sur ces phénomènes si importants.

A côté de nombreuses communications à la Société de biologie, nous citerons de lui ses recherches sur l'*Épithélium des vaisseaux sanguins*, sur l'*Origine réelle des canaux sécréteurs de la bile*; son travail sur *les Injections et les préparations anatomiques*, publié dans le livre de M. Robin, intitulé : *le Microscope*; ses annotations à la dernière édition du *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale* de M. Richet.

Ses recherches sur le *Parasitisme dans les altérations du pain*; sur la *Régénération du cartilage*, etc.

En collaboration avec le docteur Onimus, il a publié une série d'études de physiologie, et d'électro-physiologie, dont les principales sont : *des Recherches expérimentales sur la circulation et la contractilité artérielles*; sur les *Mouvements de l'intestin*, sur la *Contraction des fibres lisses*; sur les *Mouvements choréiques* chez le chien; sur des *Expériences de génération spontanée*; sur la *Physiologie des nerfs pneumogastriques*.

Il y a un mois à peine, les *Comptes rendus de l'Académie des sciences* publiait une note de ces deux savants, sur l'innocuité des plaies galvanocaustiques, faites sur des glandes intrapéritonéales. Enfin, dans ces derniers temps, il publiait avec le docteur Magitot un travail considérable et plein de faits nouveaux et importants sur l'*Évolution des follicules dentaires.*

Quoiqu'il ne voulût faire que peu de clientèle, il avait, outre ses grandes qualités de savant, un vrai talent d'observation clinique et une grande habileté opératoire.

Son travail en collaboration avec M. le docteur Anger sur les *Applications des tractions continues* avait déjà révélé toute sa valeur chirurgicale, et pendant la guerre il l'a mise au service des blessés. Il fut chirurgien habile et plein de dévouement.

Il déploya, à la tête de la troisième ambulance, une activité et un

courage qui firent l'admiration de tous ceux qui l'entouraient. La plupart des blessés du plateau d'Avron, du fort de Rosny ont été enlevés et soignés par lui.

Reçu professeur agrégé, il y a un an à peine, il s'occupait dans ses derniers jours d'organiser un laboratoire d'histologie pratique, sous la direction de son maître et ami M. Ch. Robin.

Tous ceux qui l'ont connu et qui l'ont approché peuvent seuls comprendre l'étendue de la perte que font la Faculté et tout particulièrement les étudiants, car, avant tout, Charles Legros était le vrai professeur du laboratoire; doux, serviable, aidant avec complaisance de ses conseils les commençants, leur consacrant son temps et n'ayant pas de plus grand plaisir que de faire travailler autour de lui.

La sincérité et l'unanimité des regrets qui entourent cette tombe, si soudainement et si cruellement ouverte, témoignent de la haute valeur de cette existence aussi bien remplie qu'elle fut courte, et dont la devise peut se résumer en trois mots : *Intelligence, travail, bonté.*

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

427. Laforest. Influence des hémorrhagies sur la rate de l'homme.
428. Faure. De la vascularisation pathologique de la cornée au point de vue pratique.
429. Lejollec. De l'influence des hautes températures sur la production des abcès pernicieux dans les pays chauds.
430. Trolley-Deslongchamps. D'une forme de pleurésie qu'on pourrait appeler pleurésie gélatineuse, et qui n'est autre chose que l'œdème de la plèvre et des fausses membranes organisées.
431. Delineau. Mémoire sur un nouvel appareil pour la guérison des fractures du col du fémur sans raccourcissement du membre.
432. Francoz. Essai sur le diagnostic et le traitement de l'hépatite et des abcès du foie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Montpellier. — Par décrets en date du 29 décembre 1873, est confirmée une permutation de chaires entre MM. Fuster et Combat, dont le premier est nommé professeur de thérapeutique en matière médicale; tandis que le second devient professeur de clinique médicale.

— Par décret, en date du 6 janvier 1874, il est institué à la Faculté de médecine de Montpellier une chaire d'anatomie pathologique et d'histologie.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa séance annuelle le samedi 10 janvier 1874, à trois heures et demie très-précises, 3, rue de l'Abbaye.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance ; 2° installation du bureau ; 3° lecture du rapport de M. Camuset sur la candidature de M. Lemoine au titre de membre titulaire ; 4° lecture de M. Gillebert d'Hercourt fils (*Examen critique de l'influence qu'exerce sur la phthisie le séjour sur le littoral franco-italien*), à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire ; 5° suite de la discussion sur la pelvipéritonite (rapport de M. Gallard).

— La société médicale d'observation de la Dordogne nous adresse le bulletin qu'elle se propose de publier. En souhaitant la bien-venue à ce nouveau recueil, nous croyons devoir signaler : 1° une observation de tumeur érectile guérie par la méthode galvano-caustique, due au docteur Jaubert; 2° un fait d'hydrophobie, par morsure de chat; — le blessé mourut, mais sur les observations de la société des mesures furent prises, et la rage, fréquente à Périgueux, a disparu à la suite de véritables hécatombes de chiens et de chats, innocents ou coupables. Ce fait d'hydrophobie avait été observé par MM. les docteurs Chaume et Prad; — 3° M. Chaume a encore communiqué un cas de luxation de l'astragale, réduite avec une grande facilité; — 4° une relation très-intéressante sur une question d'hygiène locale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Recherches cliniques et anatomiques sur les paralysies liées à la méningite tuberculeuse, par le docteur H. RENDU, interne des hôpitaux, médaille d'or. — In-8°. Prix : 3 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

Précis de percussion et d'auscultation, par le docteur PAUL NIEMEYER, traduit de l'allemand par A. SZERLECKI, avec une table synonymique des expressions employées en percussion et en auscultation. — 1 vol. in-18 de 130 pages, avec figures dans le texte. Prix : 2 fr. 50. — Paris, F. Savy.

Des synovites tendineuses aiguës, par le docteur PILLENET. — In 8°. Prix : 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 4. — SAMEDI 10 JANVIER 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 10 JANVIER 1874. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOPITAL DE LA CALLE. — M. MOURLON.

Contribution à l'histoire des kystes osseux (1).

Autrefois on confondait les kystes des os avec les produits pathologiques les plus dissemblables : tumeurs fibreuses, tuberculeuses, hydatiques, médullocèles, à myéloplaxes, enchondromes et certaines formes de cancer.

Dupuytren, le premier, en fit une famille à part et en admit deux variétés ; une à contenu liquide, une à contenu solide, englobant dans cette dernière les fibromes bien étudiés plus tard par MM. Chassaignac (1864), Velpeau et Follin ; les tumeurs à médullocèles et celles à myéloplaxes décrites en 1849 par M. Robin au point de vue anatomique. M. Broca fit, en 1859, un travail très-important sur les tumeurs myéloïdes; en 1860, M. Eug. Nélaton écrivit une thèse remarquable sur les myéloplaxes, dont il avait publié le premier fait connu en France dans les bulletins de la Société anatomique de 1856.

Grâce à ces travaux, les kystes osseux ne comprennent aujourd'hui que les tumeurs à une ou plusieurs loges renfermant un liquide plus ou moins dense, plus ou moins transparent.

Les premières observations de Dupuytren remontent à 1813. Robert traita, à l'hôpital Beaujon, un malade atteint de kyste uniloculaire du scapulum. Travers, Breschet, Ast. Cooper et Monod ont cité des exemples de tumeurs polykystiques des os ; M. Nélaton en présenta une remarquable à la Société de chirurgie en 1844. Dans tous les cas, le contenu était de la sérosité pure, ou de la sérosité mêlée de sang, ou un liquide visqueux semblable à une solution de gomme.

Le kyste que j'ai eu occasion d'enlever occupait le siége de prédilection de ces tumeurs, le maxillaire inférieur; il était multiloculaire et renfermait une matière molle, semblable à du caséum ; des renseignements précis établissent, avec une quasi-certitude, son origine traumatique. L'opération exécutée sans difficulté sérieuse faisait espérer le succès, quand une hémorragie retardée enleva le sujet avant que nous ayons pu intervenir. A ces divers points de vue, le fait m'a paru digne d'intérêt et mériter de fixer l'attention des chirurgiens.

Kyste multiloculaire du maxillaire inférieur. — Ablation. — Mort par hémorrhagie retardée. — Mohamed ben Sada, trente-sept ans, revendeur à la Calle, de constitution vigoureuse et tempérament sanguin. — Entré le 19 mai 1868, salle 10, n° 4, de l'hôpital de la Calle. — Mort le 15 juin.

Mohamed n'a jamais eu d'autre maladie que celle qui l'amène dans notre service. Indemne de syphilis, il a perdu depuis longtemps toute sa famille (père, mère, un frère et une sœur), à la suite d'affections qui n'ont rien de commun avec la sienne.

Il raconte qu'en 1838, un de ses cousins, avec lequel il jouait, lui comprima fortement le côté gauche de la face entre son genou et le sol; il en résulta une inflammation des gencives qui dura une semaine et céda à un collutoire dont il ne peut indiquer la composition.

Rien de particulier jusqu'en 1852. — Alors, étant à bord d'un navire, il tomba sur une ancre et se fit une forte contusion de la portion horizontale gauche de la mâchoire inférieure ; la deuxième grosse molaire ébranlée le fit tant souffrir que huit jours après il en réclama l'avulsion à un médecin de Livourne ; il perdit beaucoup de sang pendant trois jours, et l'hémorrhagie s'arrêta seule. Les gencives étaient gonflées, mais ne saignaient pas au contact. Le gonflement se dissipa, ne laissant qu'une petite tumeur au niveau de la dent, tumeur qui lui faisait l'effet d'une chique dans la bouche, resta stationnaire jusqu'en 1860, ne saignant jamais, indolente, coïncidant avec un état général excellent.

Il y a huit ans, sans cause occasionnelle connue, elle augmenta tout à coup, débordant de plusieurs centimètres en dehors des dents, qui jusque-là étaient intactes, faisant saillie à la commissure des lèvres, refoulant la peau en arrière jusqu'à l'apophyse mastoïde et en bas du côté du moignon de l'épaule. Elle était le siége de battements douloureux; il y avait perte d'appétit et réaction générale. Admis à l'hôpital, il éprouva pendant six jours des souffrances horribles; la gangrène détacha de la face externe des gencives une masse noire grosse comme un œuf; la suppuration abondante et fétide plongea le malheureux dans un tel affaissement qu'on crut le perdre. Néanmoins, une semaine après, une légère amélioration, sans grand changement dans le volume de la tumeur, permit de l'évacuer sur l'hôpital de Bone. M. Ceccaldi, médecin inspecteur, pratiqua une incision sur le point le plus saillant et en fit sortir par petits morceaux une matière blanche, demi-solide. Le trou se ferma trois ou quatre jours plus tard, la tumeur diminua peu à peu, et se réduisit en trois mois au volume du poing, proéminant seulement en dehors. Les dents étaient un peu déviées du côté de la langue, mais encore solides; la nutrition était bonne, la parole facile et la respiration normale.

Il resta ainsi pendant six ans. En 1866, à la suite d'érysipèle de la face par insolation, il y eut un gonflement considérable de la région malade. Un médecin arabe ouvrit au-dessous du menton un abcès qui fournit encore du pus. Quatre ou cinq fois il fut admis à l'hôpital pour des accidents inflammatoires qui se terminèrent toujours par l'ulcération de nouveaux foyers et l'établissement de fistules intarissables.

L'augmentation de la tumeur, lente et progressive d'abord, a subi depuis deux mois une poussée si rapide que Mohamed se désespère et est résolu au suicide si on ne le débarrasse pas de son infirmité. « Je suis, répète-t-il à tout propos, un objet de dégoût pour ceux qui m'approchent, je souffre souvent de l'inflammation du voisinage des

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 3 décembre 1873.

fistules, l'écoulement est abondant et d'une odeur repoussante malgré les soins de propreté que je puis prendre ; il faut que je travaille pour vivre, je vous supplie de m'opérer; si vous voyez quelques chances de succès, ou bien dites-moi que je n'ai plus qu'à mourir. »

État actuel. La face n'est plus symétrique. — La joue droite est aplatie, le menton porté en avant et dévié à gauche, ainsi que la bouche. A gauche, la joue déborde l'apophyse zygomatique, la région parotidienne distendue cache presque l'oreille. Le bord inférieur du maxillaire se confond avec une masse énorme dont le relief s'étend en bas à deux travers de doigt de la clavicule et en arrière atteint presque le moignon de l'épaule vers lequel la tête est entraînée. Ferme dans toute son étendue, mamelonnée, la tumeur est indépendante de la peau, si ce n'est à sa partie moyenne et inférieure où existent plusieurs fistules qui donnent issue à une sérosité purulente mêlée de grumeaux caséeux. Elle englobe les branches horizontale et montante de l'os, mesure 0^m14 de hauteur et 0^m20 de sa pointe postérieure aux incisives droites. La peau est tendue et sillonnée de grosses veines.

Si le blessé ouvre la bouche, on constate l'absence des molaires inférieures gauches; le bord gingival est ondulé, très-épais, recouvert d'une muqueuse richement vasculaire, repoussé en dedans par une intumescence analogue à celle précédemment décrite, mais un peu moins volumineuse, sur laquelle on perçoit une sensation de parchemin ; dans certains points, le contenu n'est séparé du doigt que par la muqueuse, et l'on peut reconnaître la présence d'une matière molle, sans fluctuation manifeste. L'isthme du gosier est rétréci au point que l'examen du pharynx est impossible. La luette et le pilier gauche se touchent et sont rejetés du côté opposé, de même que la langue qui repose sur l'arcade dentaire droite. L'index étant porté dans l'arrière-gorge, on s'assure que la paroi gauche est refoulée en dedans, depuis la base du crâne jusqu'à l'épiglotte.

Du côté sain, les dents ne se correspondent plus, la première grosse molaire seule appuie encore sur les supérieures, les autres se meuvent dans un plan plus interne. — A gauche, une dépression profonde remplace le relief alvéolaire supérieur; les dents ont été rejetées à droite, puis expulsées, et les alvéoles se sont atrophiées par compression. Les mouvements de mastication produisent à la tempe une crépitation manifeste.

La respiration est bruyante, la phonation difficile, il faut beaucoup d'attention pour comprendre le malade, qui cependant s'exprime bien en français ; la déglutition ne peut s'exercer que sur des liquides ou des aliments réduits en bouillie, encore le malheureux avale-t-il souvent de travers.

En présence d'une tumeur qui a mis seize ans à se développer, qui est bosselée, indolente, dépressible en certains points, avec sensation de parchemin, dont une incision a extrait autrefois une matière que Mohamed compare à du fromage, et qui encore à présent fournit une suppuration mêlée de grumeaux caséeux, le diagnostic de kyste multiloculaire s'impose tout de suite.

Le volume excessif ne permettait plus de recourir au traitement classique, ouverture de toutes ces cavités suivie de cautérisation ; la suppuration aurait pu entraîner des complications graves. En supposant que, aidé d'injections irritantes, ce moyen fût couronné de succès, la guérison n'aurait lieu que par destruction de tout le côté gauche du maxillaire, dont les éléments sont dissociés ou résorbés. L'extension du mal, les désordres qui en résultent du côté de la respiration et de la nutrition, commandent une intervention immédiate pour conjurer une catastrophe prochaine. Malgré l'étendue de la mutilation, je me décide à réséquer la moitié gauche de la mâchoire.

Le 15 juin, à deux heures de relevée, M. Riester, pharmacien en chef, administre le chloroforme, et avec l'aide de M. le docteur Alibran, médecin aide-major, je procède comme il suit :

Je divise la lèvre inférieure de haut en bas, en commençant au-dessous du bord libre pour ménager la bouche ; une incision, partant de la houppe du menton, passe au-dessus des fistules et arrive obliquement à la racine de l'apophyse zygomatique ; une autre contourne la base de la tumeur, circonscrit un lambeau de tégument adhérent et se réunit à la précédente en avant de l'oreille. La dissection des lambeaux en haut et en bas produit une hémorrhagie en nappe qui nécessite la cautérisation au fer rouge. Après avoir isolé l'os près du menton, je relève la lèvre inférieure, j'introduis une petite attelle pour protéger la langue et le nez, et je scie au niveau de la première incisive gauche, laissant à dessein, pour conserver un point fixe à la longue, une moitié de petit kyste, dont je cautérise l'intérieur. De la main gauche, j'abaisse le maxillaire pour faire saillir l'apophyse coronoïde et je coupe sans difficulté le tendon qui s'y insère ; la masse morbide se détache alors de l'arcade zygomatique, et je m'aperçois que l'articulation temporo-maxillaire n'existe plus. Je divise la muqueuse depuis l'apophyse coronoïde jusqu'à la dent canine ; avec le doigt et quelques coups de bistouri, je détache les parties molles, et enfin la séparation est complète. Quatre petites artères seulement donnèrent un peu de sang ; les ligatures posées, la plaie est lavée soigneusement et laissée à nu pendant un quart d'heure, pour nous assurer que les sources hémorrhagiques sont fermées. Je rapproche les téguments après les avoir régularisés en supprimant de petits lambeaux inutiles, et je réunis par la suture entortillée.

Le blessé s'éveille un peu avant la fin du pansement et exprime sa joie d'être débarrassé de sa tumeur. Un vin de cannelle composé et une potion à la digitale sont prescrits ; on lui en administre tout de suite une partie avec un biberon. Je passe une heure auprès de Mohamed, qui ne tarde pas à s'endormir tranquillement, la joue droite reposant sur l'oreiller ; je laisse à l'infirmier la consigne de surveiller attentivement une ouverture maintenue béante au-dessous de l'oreille pour l'écoulement des liquides et de me faire appeler au moindre signe d'hémorrhagie.

Une branche de la maxillaire interne oblitérée par un caillot avait échappé à nos recherches ; elle se mit à couler sans que l'homme de garde s'en aperçût, parce que le blessé avalait instinctivement son sang ; quand nous fûmes prévenus, Mohamed était dans un état désespéré et ne tardait pas à rendre le dernier soupir (quatre heures après l'opération).

EXAMEN DE LA PIÈCE PATHOLOGIQUE

La tumeur pèse 1^k220. Elle a la forme d'une poire, à grosse extrémité postérieure; sa surface est inégale, bosselée, résistante dans quelques points, dépressible au niveau de la plupart des saillies. Toutes les dents manquent à partir de la canine. Le condyle a disparu, la mâchoire n'était fixée que par le masséter, dont on voit les insertions au milieu de la face externe, et le temporal, dont le tendon coiffait l'apophyse coronoïde gonflée et devenue mobile. La mensuration donne les chiffres suivants :

Circonférence antéro-postérieure 0^m45

— latérale......... 0^m38 au point le plus renflé.

— — .... 0^m27 à égale distance de la canine et de l'apophyse coronoïde.

Hauteur au niveau de l'apophyse coronoïde.......... 0^m115

Hauteur correspondant au condyle................ 0^m095

Hauteur entre les points précédents.............. 0^m085

Hauteur au niveau de la canine.................... 0^m04

L'apophyse coronoïde est à $0^m 12$ de la dent canine, tandis que du du côté sain la distance n'est que de $0^m 08$. Cette tubérosité a donc été repoussée en arrière.

Une coupe pratiquée, selon le plus grand diamètre, fait voir que la tumeur est composée d'un grand nombre de kystes de dimensions très-variables, communiquant plus ou moins largement entre eux ; des cloisons osseuses et membraneuses, irrégulières, incomplètes, la traversent en tous sens; les cavités circonscrites sont tapissées d'un feuillet blanc, poli, d'aspect séreux. Le contenu est caséeux, demi-solide, blanc, ou légèrement teint de sang dans quelques vacuoles. Çà et là subsistent des îlots de substance compacte, dissociés et déjetés sans ordre ; l'angle est presque entier ; au-dessus de lui, deux branches s'élèvent séparées par d'innombrables petits kystes contenant une matière en tout semblable à celle des grands, et développés aux dépens des cellules osseuses comprises entre les deux lames de la branche montante. Les cavités accidentelles ont distendu les éléments de l'os, changé leurs rapports, provoqué leur résorption partielle, pour constituer enfin un tout qui n'a qu'une ressemblance très-éloignée avec la mâchoire.

En examinant la grande cavité contiguë à la dent canine, on voit un petit corps flétri, libre au milieu du contenu caséeux, supporté par un mince pédicule inséré à la paroi; cette sorte de fongosité est creuse et communique, par son pédicule canaliculé, avec une cellule voisine, dont elle n'est en réalité qu'une dépendance. Sur certains points, la membrane interne d'un kyste se déprime, ailleurs elle forme un cul-de-sac, ailleurs encore le prolongement est devenu un petit kyste bien formé et en rapport avec un autre; ces divers états intermédiaires expliquent les inégalités de l'intérieur des poches et représentent, sinon le mode unique, au moins l'un des modes d'accroissement de ce produit pathologique.

C'est une tumeur polykystique comprise dans la division des kystes autogènes de M. Broca. Extraordinaire par son volume, elle ne l'est pas moins par son contenu : c'est la première fois, à ma connaissance, qu'on trouve un kyste osseux multiloculaire renfermant une matière caséeuse.

Sous quelle influence s'est-elle développée? Il me semble que la contusion de 1838 doit être mise de côté; pendant quatorze ans, le sujet ne s'est aperçu d'aucune anomalie dans sa mâchoire; la gingivite traumatique avait cédé à quelques jours d'un traitement très-simple et n'avait rien laissé après elle. Mais la chute sur une ancre qui ébranle la deuxième grosse molaire, l'extraction de cette dent suivie d'hémorrhagie et de gonflement persistant au niveau de l'alvéole paraissent avoir une part incontestable dans l'évolution du mal. En leur attribuant le rôle principal, on se demande comment des causes si fréquentes ont déterminé une affection si exceptionnelle. Sur ce point, notre incertitude est complète, et nous sommes réduits à admettre une disposition spéciale à l'individu.

Quant au siége, il est rationnel de dire que la tumeur a débuté dans les aréoles spongieuses qui séparent les deux tables compactes de l'os. Plusieurs de ces cavités se sont-elles transformées isolément en kystes qui, en grandissant, se sont mutuellement comprimés, déformés, et ont fini par communiquer ensemble? ou bien un kyste unique a-t-il envahi de proche en proche les branches horizontale et montante, s'insinuant, grâce à la pression du contenu, sous forme de hernies dans des aréoles voisines de son siége primitif, ces hernies se développant à leur tour et se conduisant comme le kyste générateur, de manière à constituer une sorte d'éponge à tissu moitié osseux, moitié membraneux, renfermant dans ses vides une matière d'aspect sébacé? Questions auxquelles il est difficile de répondre. La deuxième hypothèse a pour elle :

1° La nature de la cause occasionnelle, un traumatisme agissant sur un point circonscrit de la mâchoire;

2° La marche de la tumeur qui, partie de la deuxième molaire, *a envahi petit à petit et de proche en proche*, l'étendue de la moitié de la mâchoire, et avait une tendance évidente à gagner le côté droit, dont les incisives reposent déjà sur un renflement kystique;

3° La disposition signalée plus haut qui montre la membrane interne déprimée ici, se prolongeant là en doigt de gant, et ailleurs communiquant avec un kyste contenu lui-même dans un autre.

ANÉVRYSME POPLITÉ

ANÉVRYSME DE LA TIBIALE ANTÉRIEURE

GUÉRIS PAR LA COMPRESSION

Par le docteur Desgranges, de Lyon (1)

Obs. III. — *Anévrysme spontané de l'artère tibiale antérieure, droite. Compression digitale, indirecte, totale, intermittente; compression mécanique par intervalles; guérison en vingt-trois jours.*

M. D..., soixante-deux ans, nerveux, impressionnable, quoique d'une forte constitution, se fit une entorse au pied droit, le 7 octobre 1872. Les suites de cet accident furent durables, d'abord sous forme de picotement au pied et aux chevilles; plus tard, avec les caractères d'une véritable douleur irradiant le long de la jambe, jusqu'au jour où l'on découvrit l'anévrysme.

Bien des médications rationnelles ou empiriques furent tentées, sans obtenir grand résultat; finalement, la marche devint difficile et nécessita l'emploi d'une canne.

Faut-il considérer les efforts musculaires, inséparables du faux pas qui produit une entorse, comme cause de l'anévrisme? On ne saurait l'affirmer. Toujours est-il que la succession des phénomènes morbides est continue, depuis l'entorse jusqu'à la constatation de la tumeur vasculaire. C'est dans la nuit du 11 mars 1873 que M. D... perçut les premiers battements à la jambe; symptôme qui fut apprécié par plusieurs médecins et que, à mon tour, je fus appelé à constater.

État local. — Jambe droite. A $0^{m}17$ au-dessus de l'interligne articulaire tibio-tarsien, tumeur près du tibia, grosse comme une noix environ, à peine saillante, siége de pulsations énergiques et de bruit de souffle à chaque systole cardiaque. Suspension de ce double phénomène par la compression de la fémorale. Repos et silence de la tumeur pendant la diastole. Battements normaux de la pédieuse et de la tibiale postérieure. Peau saine, sans adhérence aux tissus sous-jacents.

Traitement. — Début le 26 mai 1873. Du 26 mai au 1er juin *inclusivement*, trois heures de compression digitale le matin et trois heures le soir.

Du 2 au 7 juin, sept heures de compression digitale : une heure le matin, trois heures dans le jour et autant le soir.

Du 8 au 14, trois séances par jour; huit heures de compression digitale.

15. — Six heures consécutives de compression digitale.

16. — Compression digitale durant neuf heures consécutives.

17. — La compression digitale est commencée à midi et continuée sans interruptions jusqu'à cinq heures du soir. — A ce moment, *arrêt des battements*. La compression est maintenue néanmoins jusqu'à dix heures.

18. — Deux séances; six heures de compression digitale, pour assurer le succès.

19. — *Dernière séance;* trois heures de compression digitale.

Ajoutons que, du 2 au 14 juin, il y a eu quatorze heures de *compression mécanique*, à des intervalles irréguliers, à l'aide du compresseur de J. Bonnet.

Je mentionne seulement pour mémoire deux ou trois applications de glace, pendant quelques heures.

Dans le cas présent, la flexion du membre ne semblait pas indiquée.

En résumé, — depuis la première heure jusqu'à l'arrêt définitif des battements dans le sac: vingt-trois jours de traitement; cent-soixante heures de compression digitale et quatorze heures de compression mécanique.

Les *suites ultérieures* sont extrêmement simples. M. D... commence à se lever, le 21 juin; puis, les jours suivants, il reste, de plus en plus, assis dans un fauteuil. Le membre n'est pas douloureux; il se prête à la marche avec des béquilles, ensuite avec une simple canne. L'état général, déprimé par l'inquiétude et le séjour au lit, se relève promptement; la gaieté, les forces renaissent; enfin le séjour à la campagne, vers la fin de juin, achève le rétablissement que rien n'a compromis jusqu'à ce jour (7 novembre 1873).

A. — Une première chose digne d'attention, c'est l'absence de tout cas analogue à celui-ci dans les recueils les plus riches en citations. La bibliographie des anévrysmes est si bien faite à cette heure qu'il suffit de lire le magnifique ouvrage de M. Broca et les remarquables articles de MM. Richet et Le Fort pour avoir sous les yeux tous les documents relatifs à ce sujet. Ce serait vraiment perdre un temps précieux que de chercher une glane après ces savants auteurs; aussi, me contenterai-je de mettre à profit les documents qu'ils ont patiemment amassés.

Or, j'ai beau chercher dans les vastes tableaux où sont accumulés les cas les plus divers, je ne trouve pas un seul ané-

(1) Fin. — Voir le numéro du 6 janvier 1874.

vrysme spontané de la tibiale antérieure, je ne dis pas guéri, mais seulement signalé; à peine y vois-je figurer deux anévrysmes traumatiques, et pourtant M. Broca a colligé deux cent quinze cas traités par la compression, depuis 1789 jusqu'à mai 1854. L'un des sujets, soigné par Alexander (James), était affecté d'un anévrysme diffus de la tibiale antérieure, lequel céda à la compression au bout de cinquante-trois jours (1848).

L'autre malade présentait un anévrysme traumatique de la tibiale antérieure consécutif à un coup de croc reçu un mois auparavant. Soumis à la compression par Édye, il guérit en trois semaines (1853). (Broca, *Des anévrysmes*, p. 900 et 905).

De son côté, M. Richet a relevé soixante-seize observations d'anévrysmes spontanés, traités par la compression, depuis 1855 jusqu'à 1864, et, dans son tableau, il ne relate qu'un anévrysme faux primitif de la jambe gauche, suite de fracture de jambe. Quelle artère était lésée? On ne le dit pas. Quoi qu'il en soit, la guérison suivit la compression digitale, intermittente. (*Dict. de méd. et de chir. pratiques*, — *Anévrysmes*, t. II, p. 415.)

Je n'ai trouvé aucun anévrysme de la tibiale antérieure en parcourant l'article de M. Le Fort, véritable monographie où tous ces détails du sujet sont explorés avec le plus grand soin. (*Dict. encyclop. des sciences méd.*, t. IV. — *Anévrysmes.*)

A mon tour, j'ai cherché dans la *Gazette des Hôpitaux* et dans la *Gazette hebdomadaire*, depuis 1864 jusqu'à 1872 inclusivement, et je n'ai rien vu qui se rapportât à mon sujet, bien que les autres anévrysmes y figurassent pour un chiffre important. Voulez-vous un dernier renseignement, prenez la statistique de Crisp et vous y verrez que sur cinq cent cinquante et un anévrysmes spontanés, externes ou internes, observés dans la Grande-Bretagne, de 1785 à 1847, il n'y a pas un seul cas d'anévrysme de la tibiale antérieure.

Enfin l'âge du malade vient encore donner du relief à son observation. D'après un autre tableau de cinq cent cinq cas, dressé par Crip, la fréquence maxima des anévrysmes s'élève à 39 pour 100 de 30 à 39 ans, tandis qu'elle descend de 5 pour 100 de 60 à 69 ans. (Broca, *loc. cit.*, p. 44 et 45.)

B. — Revenons un instant au docteur Bonnet. Quoi de plus singulier que la similitude des phénomènes qui se sont succédé dans le traitement de ses anévrysmes! — Le premier guérit en treize jours, le second en quatorze; celui de 1869 cesse de battre après cent heures de compression digitale et trente heures de compression mécanique, le dernier exige cent cinq heures de compression digitale et trente-deux heures de compression mécanique; dans les deux cas, sensation de corps étranger plusieurs heures avant la coagulation.

Et maintenant, quelle conséquence déduire de ces deux faits? Si je ne me trompe, la voici : — La combinaison des méthodes, flexion du membre, compression digitale et mécanique, constitue le véritable traitement des anévrysmes poplités; combinaison qu'il est bon de renforcer encore par la réfrigération, car même on peut se demander si les quelques heures de retard apportées à la seconde cure ne sont pas la conséquence de la négligence mise à l'emploi de la glace.

Ce conseil, je le formulais déjà en 1869 à la fin de la première observation, et dussé-je être accusé de répétition, je reproduirai les termes dont je me servais alors : « La conclusion pratique à laquelle je m'attache, écrivais-je, est donc toute en faveur de l'union des méthodes. Or, pour l'anévrysme poplité, je ne crains pas de dire qu'il est avantageux d'employer simultanément, et dès le premier jour, la flexion du membre continue et plus ou moins forcée, la compression digitale, indirecte, totale et intermittente, la compression mécanique et la réfrigération. » (*Gaz. des Hôp.*, 1869, p. 515.)

C. — Un point cependant ne paraît pas définitivement arrêté, je veux dire la durée des séances. — Vaut-il mieux faire des séances multiples, de deux à trois heures chacune, ou bien exercer, dès le début, la compression pendant de longues heures?

Sous ce rapport, la marche suivie dans le traitement de l'anévrysme tibial s'éloigne un peu de ce qui fut adopté pour Bonnet. M. D... avait la patience montée pour treize jours, d'après ce qu'il savait des anévrysmes poplités de notre confrère; aussi, passé le quatorzième, il s'inquiéta et sollicita lui-même de plus longues séances.

Les deux modes peuvent être défendus et critiqués : le premier, intermittent, donne plus de soulagement, plus de repos au malade, mais expose à la dissolution de petits caillots formés à la suite de la stagnation momentanée du sang; le second, plus ou moins continu, protége mieux, il est vrai, ces premiers caillots, si tant est que le coagulum ne se produise pas instantanément en bloc; mais, en revanche, il expose la peau à l'inflammation et aux excoriations, circonstances qui compromettraient la cure par la nécessité de s'arrêter, indépendamment des fatigues inséparables de l'immobilité absolue et de l'insomnie pendant plusieurs nuits consécutives.

Les séances courtes et répétées trouvent encore un appui dans la théorie des caillots actifs, exclusivement fibrineux, émise par Bellingham et soutenue avec éclat par M. Broca; au contraire, la longueur des séances, dès le début, voire même la continuité d'action, a pour défenseur M. Richet, qui trouve la compression d'autant meilleure que, dans son mode, elle se rapproche davantage de la ligature. Pour lui, la théorie des caillots actifs et passifs est une conception brillante, sans fondement réel. Tout caillot passif, c'est-à-dire formé par la fibrine coagulée tenant les globules prisonniers dans son réseau, se transforme toujours en caillot fibrineux solide et résistant. (Richet, *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. II, p. 396 et 398.).

Ne pourrait-on pas alléguer aussi en faveur de la compression intermittente les avantages d'une circulation collatérale, établie graduellement, au lieu d'une perturbation brusque jetée dans la nutrition du membre, perturbation dont la gangrène a quelquefois été la conséquence?

Mais à quoi bon insister davantage. Laissons les théories se combattre mutuellement, avec des chances diverses suivant le talent des défenseurs; arrivons à une conclusion pratique.

Si donc j'avais à instituer un quatrième traitement, je n'hésiterais pas à commencer par huit à neuf heures de compression digitale par jour, en trois séances, quitte à augmenter graduellement, au prorata de la tolérance du malade et de la résistance de l'anévrysme.

THÉRAPEUTIQUE

Phthisie; — Insuccès du traitement classique; — Amélioration rapide et considérable par le chlorhydro-phosphate de chaux.

Par le docteur CAILLETET.

Dans le numéro du 18 décembre 1873, l'*Union médicale* a inséré une très-intéressante observation relative à la guérison d'une tuberculose par le phosphate de chaux.

Le docteur Al. Mouchot, de Delme, auteur de cette observation, s'est servi de phosphate de chaux neutre précipité, un peu plus soluble que le phosphate sec ou la poudre d'os, et il dit : « J'ai voulu publier cette observation dans tous ses détails, pour montrer qu'il n'est plus permis aujourd'hui d'hésiter à employer le phosphate de chaux dans les cas où il est indiqué, surtout depuis que l'on a des préparations plus fidèles de ce précieux médicament. »

Ayant obtenu moi-même, dans la phthisie, d'excellents résultats par l'emploi du phosphate de chaux, je ne puis qu'approuver les conclusions du docteur Mouchot, mais je crois qu'il est nécessaire d'insister davantage sur le choix de la préparation. Le phosphate de chaux sec ou hydraté est peu soluble, comme le reconnaît notre confrère; aussi doit-on préférer les préparations dans lesquelles le médicament est dissous à la faveur d'un acide, et tout particulièrement le chlorhydrophosphate de chaux, en raison de la grande quantité de sel qu'on peut ainsi faire absorber, et aussi de l'action adjuvante toute spéciale de l'acide chlorhydrique.

Voici d'ailleurs, entre autres cas, une observation qui, quoique incomplète, me paraît de nature à démontrer d'une façon évidente les bons effets de ce médicament.

Mme L..., âgée de vingt-huit ans, est, depuis plusieurs années, sujette à s'enrhumer pendant l'hiver. Cependant ses bronchites n'ont pas été très-tenaces, et sa santé s'est montrée assez satisfaisante jusqu'en août 1873. — Notons qu'une de ses sœurs est morte phthisique.

Vers le mois de juin j'avais dû l'ausculter, et cet examen, peut-être un peu rapide, ne m'avait fait trouver dans les poumons aucune lésion caractérisée.

Vers le 20 août, bronchite sérieuse pour laquelle un médecin prescrit un vomitif.

Appelé à lui donner mes soins à partir du 30 août, je la trouve dans l'état suivant :

Toux fréquente, surtout la nuit, pénible, sèche, quinteuse ; fièvre assez vive, avec exacerbations le soir ; amaigrissement très-notable, faiblesse.

Au sommet droit, matité sous-claviculaire, expiration soufflante, craquements manifestes. — Mêmes phénomènes en arrière.

A gauche, murmure vésiculaire rude, expiration prolongée.

Le diagnostic est évident ; il s'agit d'une phthisie à marche rapide, franchement aiguë, même en ce moment.

Traitement : Pour arrêter la marche rapide des tubercules, vésicatoires répétés au sommet droit, en avant et en arrière ; teinture d'iode au sommet gauche ; calmants divers.

Les phénomènes aigus se calment bientôt, et j'institue le traitement suivant : huile de foie de morue, arsenic, balsamiques divers.

Ce traitement, exactement suivi, n'amène aucune amélioration. La maladie suit son cours : amaigrissement, faiblesse, sueurs nocturnes, perte de l'appétit et du sommeil, marche presque impossible, essoufflement. Et ces phénomènes augmentent chaque jour. — En octobre, la toux, plus fréquente encore, occasionne de nombreux vomissements.

Le 15 octobre, je la mets à l'usage de la solution de chlorhydrophosphate de chaux, qui, dans d'autres cas — un peu différents, il est vrai — m'avait déjà donné de très-heureux résultats.

Dès ce moment, l'amélioration commence et rapidement devient considérable. Le 22, l'appétit renaît ; il y a moins de toux, presque plus de sueurs ; seul, le sommeil continue à faire défaut.

15 novembre. Le mieux a continué et se fait sentir à l'auscultation.

Dans le courant du mois, sous l'influence d'un refroidissement, rechute, phénomènes aigus, douleurs sous-claviculaires calmées de nouveau par l'application de petits vésicatoires.

Puis le mieux reprend, et, aujourd'hui, 23 décembre, malgré les conditions atmosphériques défavorables, l'embonpoint est en partie revenu, et la malade a repris ses forces. — Les phénomènes stéthoscopiques existent bien encore, mais beaucoup moins accentués.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 24 mai 1873. — Présidence de M. Lunier

Lecture du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend : 1° *De la rétention d'urine et de la ponction vésicale*, par le docteur Thiry, professeur à l'université de Bruxelles ; — 2° *Des balles explosibles, réflexions et faits relatifs à ce sujet*, par M. le docteur Bédoin, membre correspondant ; — 3° *Association médicale de Loir-et-Cher.* — Juin, 1872 ; — 4° *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris* (année 1872); — *Étude physiologique sur les effets toxiques de l'inée* (poison des Pahoins, Gabon), par MM. Polaillon et Carville. Extrait des archives de physiologie ; — 6° *Des commotions politiques dans leurs rapports avec l'aliénation*, par M. Collineau ; — 7° *les Aliénés*, étude sur la loi du 30 juin 1838, par M. Demaze.

M. Reliquet présente un mémoire intitulé : *Des calculs urinaires développés dans des cavités anormales*, par le docteur Mélisson.

LECTURES

M. Abadie lit, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire de la société, un mémoire intitulé : *Des indications de la paracentèse de la chambre antérieure de l'œil.* Commission composée de MM. Blumenthal, A Martin, Giraud-Leulon, rapporteur.

M. Camuset lit, à l'appui de sa candidature, un mémoire intitulé : *De l'opération de la cataracte par le procédé français, en particulier chez les alcooliques.* Commission composée de MM. Reliquet, Leudel, de Saint-Germain, rapporteur.

RAPPORT

M. Peter fait le rapport suivant sur le mémoire de M. Polaillon relatif à la suture des tendons.

Messieurs, il y a, dans le travail si intéressant de M. Polaillon, des enseignements de plus d'un genre. On y trouve des particularités propres au fait observé et des conclusions générales applicables à des faits analogues.

Vous vous rappelez qu'il s'agit d'une plaie de la face dorsale de la main, avec section des tendons, des extenseurs des doigts index, médius et annulaire. Vous savez que la disposition des parties était de telle nature que le rapprochement des bouts tendineux coupés était impossible, et qu'en conséquence, séance tenante, M. Polaillon se décida à faire la suture des tendons ; qu'il la pratiqua à l'aide de fils d'argent très-fins, de préférence à des fils de chanvre ou de soie ; puis que la plaie longitudinale qu'il avait dû faire pour aller à la recherche du bout supérieur des tendons, rétractés par la contraction musculaire, fut elle-même suturée à l'aide de fils d'argent. Vous savez enfin que le succès le plus complet fut la récompense de cette judicieuse opération.

Mais un des éléments de cette heureuse terminaison me semble être l'application du *pansement ouaté compressif* à la suite de la ténorrhaphie.

En effet, pendant vingt-six jours, le premier appareil est placé, et à l'abri du contact de l'air s'effectue le premier travail de cicatrisation tendineuse. Un des trois fils métalliques peut être détaché à cette époque : un des tendons était déjà réuni. Après avoir extrait ce fil, M. Polaillon essaye de communiquer quelques mouvements aux parties déjà réunies, et, chose remarquable, les jours suivants le malade a de la fièvre, et tout indique le développement d'un travail inflammatoire, lequel s'accomplit sans désordres sous l'abri tutélaire de la cuirasse ouatée.

Ce n'est pas, je le crois, l'exposition du membre à l'air pendant l'intervalle des deux pansements, ni le refroidissement qui en serait résulté qui causèrent cette phlegmasie consécutive, ce furent plutôt les mouvements imprimés aux parties en voie de cicatrisation. Quoi qu'il en soit, lorsque, seize jours plus tard, on enlève le second appareil, on trouve qu'un phlegmon abcédé s'était formé le long des extenseurs, tandis que la plaie du poignet était cicatrisée. M. Polaillon ouvrit le foyer purulent, et tout fut dit. La réunion des tendons était effectuée.

De ces résultats, il faut rendre hommage au pansement ouaté de notre compatriote M. A. Guérin. Sans cet appareil, les désordres inflammatoires eussent été vraisemblement plus intenses et la réunion compromise. Allons ! la chirurgie française a du bon.

Une chose encore me semble devoir être signalée dans le fait de M. Polaillon, à savoir la lenteur avec laquelle se détachèrent les fils métalliques, ou, en d'autres termes, la lenteur avec laquelle s'ulcérèrent à leur contact les parties tendineuses qu'ils intéressaient, ce qui tient évidemment à la faible vitalité de ces tissus et au peu d'activité des mouvements organiques de composition ou de décomposition dont ils sont le siége. Ainsi le premier fil ne fut enlevé qu'au bout de vingt-six jours, le deuxième au bout de quarante-septjours : le quarante-deuxième jour il tenait encore, enfin le troisième fil ne fut détaché que le soixante-sixième jour.

Les conclusions générales qui ressortent du travail de M. Polaillon, c'est l'utilité de la ténorrhaphie. Seulement, cette opération doit être réservée aux cas où les bouts divisés ne peuvent être rapprochés. Elle est applicable aux tendons des fléchisseurs comme à ceux des extenseurs. Mais il faut distinguer suivant que la division a eu lieu dans la gouttière ostéo-fibreuse des tendons le long des doigts, et suivant qu'elle s'est effectuée en dehors de cette gouttière. Vous avez vu la facilité avec laquelle se développe l'inflammation sur la continuité des tendons et des muscles : la preuve s'en trouve dans cet abcès qui survint en dépit des plus sages précautions. Or on conçoit que, de même façon, un travail inflammatoire soit éveillé dans la gouttière ostéo-fibreuse et par le fait de la présence du corps étranger suturant. On sait, en effet, la facilité avec laquelle s'enflamment les membranes séreuses, et les gaînes synoviales ne font pas exception. Un des résultats presque nécessaires de leur phlogose est la production de fausses membranes et un travail d'adhésion consécutif, de sorte qu'en dernière analyse, au cas de suture dans la gaîne ostéo-fibreuse, la ténotomie aurait réussi à souder les bouts tendineux divisés, mais parfois au prix d'adhérence qui, en immobilisant le tendon réuni, enlevaient tout le bénéfice de l'opération.

C'est donc seulement en dehors de cette gaîne que l'opération me semble avoir le plus de chances de succès. L'observation de M. Polaillon l'a bien prouvé.

Messieurs, le travail de M. Polaillon démontrerait, s'il en était besoin, la valeur scientifique de notre confrère; si je rappelle ici qu'il est chirurgien des hôpitaux et professeur agrégé à la Faculté, c'est pour vous dire, par surcroît, que son élection comme membre de la Société de médecine de Paris sera une bonne fortune pour notre compagnie.

DISCUSSION

M. Forget considère les pansements ouatés comme des pansements par occlusion. Les pansements des plaies par occlusion ne sont pas nouveaux. M. Chassaignac les a employés il y a déjà longtemps. Les plaies des gaînes tendineuses sont graves, en raison des complications inflammatoires qu'elles peuvent entraîner; elles exigent une surveillance de tous les instants, que ne permettent pas les appareils ouatés. Dans l'observation de M. Polaillon, la plaie tendineuse s'est compliquée d'un abcès, qui aurait pu fuser et avoir des conséquences très-sérieuses, si l'appareil avait été retiré seulement quelques jours plus tard.

Dans les fractures elles-mêmes, les appareils inamovibles donnent des résultats moins satisfaisants que ceux qui permettent une surveillance continue; les cals vicieux sont plus communs avec les appareils inamovibles qu'avec l'appareil de Scultet.

M. de Ranse. Le pansement ouaté de M. Alphonse Guérin n'est pas identique aux pansements dits par occlusion. Les appareils de M. Chassaignac et de M. Jules Guérin soustraient complétement la plaie au contact de l'air : il n'en est pas de même de celui de M. Alphonse Guérin; il tamise en quelque sorte l'air, arrête les corps organisés qui y sont suspendus, et empêche leur contact avec la plaie.

M. Reliquet. Le malade de M. Polaillon a eu une fusée purulente, ou tout au moins un abcès, qui eût pu entraîner de graves conséquences. Chaque fois qu'une gaîne tendineuse est ouverte, on est exposé à voir survenir des fusées purulentes. M. de Saint-Germain, dans un mémoire qu'il a présenté à la société, a montré que l'occlusion n'était nullement nécessaire pour obtenir de bons résultats et qu'elle donnait même des résultats inférieurs à ceux que l'on obtient en pratiquant un pansement ordinaire, à l'air libre, mais avec des soins minutieux.

M. Antonin Martin considère les appareils inamovibles comme inférieurs aux appareils amovibles. Quand on emploie les premiers, le volume du membre diminue, l'appareil n'est plus appliqué exactement, et la contention devient imparfaite.

M. Delasiauve dit qu'au début de sa pratique médicale, il a soigné beaucoup de fractures, il donne la préférence aux appareils amovibles.

M. Lunier est frappé du long temps qu'il a fallu pour que les fils se détachassent; il se demande si le pansement n'y est pas pour quelque chose.

Pour répondre au reproche adressé aux appareils inamovibles, à savoir de ne plus exercer d'action contentive, lorsque le membre diminue de volume, M. Lunier fait observer que l'application de ces appareils ne doit être faite que lorsque le gonflement a disparu.

M. Forget ne fait pas la critique absolue des pansements par occlusion, ils peuvent répondre à certaines indications; mais si la nature de la lésion exige une surveillance continue, ils doivent être rejetés. C'est le cas, quand une gaîne tendineuse est ouverte.

Relativement au mode d'action de l'ouate, M. Forget pense qu'elle ne tamise pas seulement l'air, empêchant la pénétration des corps organiques, mais qu'il y a bien véritablement occlusion. Le pansement exige en effet une quantité considérable d'ouate maintenue par des tours de bande.

M. Peter a exprimé son opinion personnelle, en parlant des bons effets du pansement ouaté; il fait remarquer que l'appareil est resté vingt six jours en place, sans que le malade éprouvât la moindre souffrance. Puis le chirurgien, désireux de connaître le résultat de l'opération, retire son appareil, essaye de détacher les sutures, réussit à enlever une, enfin replace l'appareil. C'est seulement après cela qu'il se déclare de la fièvre et qu'il se forme un abcès. L'appareil n'avait-il pas été enlevé trop tôt? Assurément, si la perte de substance est étendue, M. Peter rejette l'occlusion; mais ici il n'y avait que deux plaies linéaires, l'une résultat de l'accident, l'autre produite par le chirurgien pour opérer sa suture. Quant à la lenteur avec laquelle se son détachés les fils, elle s'explique par le peu de vitalité du tissu tendineux.

Relativement au mode d'action de l'appareil, M. Peter pense qu'il produit l'occlusion complète, et qu'il ne se borne pas à tamiser l'air, — qu'il entretient une chaleur uniforme autour du membre; — enfin qu'il produit une compression douce et continue.

M. de Ranse. M. Alphonse Guérin s'est inspiré des expériences de M. Pasteur, faisant pénétrer de l'air dans deux ballons; pour pénétrer dans l'un deux, il traverse de l'ouate. La fermentation s'opère seulement dans le ballon où l'air a pénétré librement. — Au début, M. Alphonse Guérin a eu des insuccès, résultant de ce qu'il n'employait pas une épaisseur suffisante d'ouate. Aujourd'hui il a perfectionné les détails de son pansement, et il l'applique non pas dans les salles des malades, mais à l'amphithéâtre, infiniment moins chargé de produits organiques.

M. Peter ne nie pas que cette théorie n'ait été le point de départ de l'appareil de M. A. Guérin ; mais les résultats avantageux qu'il a donnés doivent être autrement interprétés. Il ne croit pas en particulier à la séparation des produits organiques, mais à l'occlusion complète.

LECTURE

M. Antonin Martin lit une observation d'angine gangréneuse en voie de guérison, chez une petite fille de cinq ans.

M. Peter demande si l'enfant n'a pas eu au début une scarlatine. On ne s'explique pas dans l'observation de M. Antonin Martin l'apparition d'un anasarque, qui n'est jamais la conséquence de l'albuminurie symptomatique d'une angine diphtéritique ou gangréneuse. Tout s'expliquerait, au contraire, dans l'hypothèse d'une scarlatine ouvrant la scène pathologique.

On sait qu'il est des scarlatines éphémères, n'ayant sur la peau

qu'une apparition de quelques heures, et pouvant être facilement méconnues. La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel : BLUMENTHAL.

VARIÉTÉS

Manuel de médecine opératoire, par Malgaigne; 8e édition par M. le professeur Le Fort (1).

Qui de nous n'a eu entre ses mains son Malgaigne? Mais, comme toutes choses scientifiques, ce Manuel recevait du temps des atteintes cruelles : il était nécessaire de le mettre au courant de la science. Personne ne pouvait à meilleur droit y mettre la main que M. Le Fort, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris. Les quelques lignes suivantes, extraites de la préface, diront mieux que toute analyse ce qu'est aujourd'hui l'excellent traité de Malgaigne.

« Je n'ai pas voulu que ce livre, qui avait été le compagnon d'études de plusieurs générations médicales, disparût des mains de la génération actuelle, et une simple réimpression n'était pas suffisante en raison des progrès incessants réalisés depuis douze ans en médecine opératoire. Bien que ce Manuel porte à un haut degré l'empreinte de Malgaigne, ce n'est pas une de ces œuvres essentiellement originales que le respect pour l'auteur empêche de modifier.

« J'ai cru, au contraire, que les liens qui m'unissent à lui m'imposaient comme un devoir filial envers la mémoire de celui qui fut aussi mon maître, l'obligation de ne pas laisser périr un livre qui ne peut vivre qu'en restant au courant de la science. »

Est-il bien besoin de dire que M. Le Fort a traité avec le plus grand soin cette œuvre, qu'il en a respecté le texte et placé entre crochets les additions et modifications qui lui sont personnelles. Ces changements et les illustrations ont assez changé l'aspect de ce livre pour qu'il ait été nécessaire d'en faire deux volumes : l'un, qui vient de paraître, renferme les opérations générales ; l'autre, qui comprendra les opérations spéciales, paraîtra ultérieurement.

Précis de percussion et d'auscultation, par le docteur Paul Niemeyer, traduit par A. Szerlecki fils, revu et annoté par l'auteur (2).

Ce précis est basé sur les lois de l'acoustique. La théorie de la veine fluide a permis à plusieurs de nos compatriotes : Chauveau, Bondes, Bergeon, d'expliquer d'une manière satisfaisante la production des bruits respiratoires. Le docteur Paul Niemeyer a cherché à étendre à tous les bruits physiologiques et pathologiques respiratoires et circulatoires les lois indiquées par ces savants. Dans les pages consacrées à la percussion, on remarquera une classification des sons de percussion un peu différente de celle de Skoda.

(1) In-12. — Première partie, 319 fig. — Prix : 7 fr. — Paris, Germer-Baillière.

(2) Un vol. in-18 de 130 pages avec figures. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, F. Savy.

Effets et influence de la musique sur la santé et la maladie, par le docteur H. Chomet (1).

Voulez-vous un livre très-curieux, intéressant et original, lisez le livre du docteur Chomet. L'influence de la musique sur la maladie est traitée de main de maître, je dirais presque en artiste. Il y a là des aperçus ingénieux qui méritent de ne pas tomber dans l'oubli. Si j'étais directeur d'un de nos grands théâtres de musique, je donnerais une entrée à vie à notre honoré confrère. Car, grâce à lui, la musique n'est pas seulement une de nos distractions les plus raffinées, mais un moyen thérapeutique à ne pas négliger.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de chirurgie tiendra sa séance annuelle le mercredi 14 janvier, à trois heures et demie.

Ordre du jour : Allocution de M. Trélat, président. — Compte rendu des travaux de l'année, par M. Tillaux, secrétaire annuel. — Éloge du professeur Denonvilliers, par M. Guyon, secrétaire général. — Proclamation des prix décernés par la société et indication des prix pour 1874.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — Par décret, en date du 30 décembre 1873, M. Chevreul, professeur de chimie, a été nommé directeur du Muséum pour une nouvelle période de cinq ans.

Par arrêté, en date du même jour, M. Henri Milne-Edwards, professeur de mammalogie, a été nommé, pour la même période de cinq ans, directeur suppléant du Muséum.

— *Facultés des sciences de Lyon.* — Par décret en date du 1er janvier 1874, M. Lortet, docteur ès sciences, est nommé professeur titulaire de la chaire de zoologie et de physiologie.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 14 janvier, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain l'Auxerrrois.

Ordre du jour : 1° Installation du bureau; — 2° De l'usage abusif des petites voitures chez les enfants du premier âge; par M. E. R. Perrin; — 3° Nouvelles propositions d'amélioration du service médical des bureaux de bienfaisance, par MM. Poignet et Lafont; — 4° Cas de déontologie médicale par M. Coqueret.

(1) In-8°. — Prix : 3 fr. — Paris, Germer-Baillière.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 5. — MARDI 13 JANVIER 1874. 47e ANNÉE. MARDI 13 JANVIER 1874. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

Paris, le 12 janvier 1874.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Si, dans ces comptes rendus hebdomadaires, nous devions nous borner à mentionner les sujets afférents à la médecine ou à la physiologie, notre mission, depuis un certain temps, serait une sinécure. Mais comme il n'est pas un progrès de la science en général qui n'intéresse à un certain degré la science de l'homme normal ou pathologique, nous croyons répondre au désir de nos lecteurs en les tenant au courant de ce qui se passe dans les autres sections de l'Académie.

La question des générations spontanées est encore pendante devant l'Institut. MM. Pasteur et Trécul prennent cure périodiquement de nous le faire constater. La note habituelle qui donne le ton aux discussions savantes de ces honorables adversaires varie de l'*aigre-doux* à l'acide acétique. Nous sommes en ce moment sur le ton de l'acide acétique anhydre. Écoutons, par exemple, M. Trécul : « M. Pasteur, dit-il, pense que ce n'est pas une communication académique que j'ai faite le 8 de ce mois, que c'est un réquisitoire. J'accepte le mot. C'est un réquisitoire contre l'erreur et pour la défense de la vérité. D'ailleurs, un réquisitoire doit avoir toutes les qualités d'un bon mémoire académique. La première qu'il soit obligé de présenter, c'est le respect de la vérité, et à cause de cela il suit toujours une enquête sérieuse. Comme pour le mémoire académique, ses autres qualités sont la clarté, la précision et enfin le respect des convenances, ce qui, dans cette enceinte, veut dire le respect de ses adversaires, de ses auditeurs et de soi-même. » Toutes ces aménités sont une réponse à d'autres aménités semblables exprimées dans la précédente séance par M. Pasteur. « La faiblesse des arguments de M. Trécul, avait-il dit, est telle que c'est uniquement parce qu'il s'agit de deux des sujets les plus élevés de la philosophie naturelle, la question des générations dites spontanées et celle de la transformation des espèces, que je prends de nouveau la parole. »

Ce n'est peut-être pas un mal que de vrais savants se passionnent à ce point pour les intérêts de la vérité. Quand il s'agit de faire de grands efforts pour mener à bonne fin des questions aussi difficiles, le stimulant passionné ne saurait être dédaigné. A ce point de vue, MM. Pasteur et Trécul ont été bien servis, et si la question des générations n'est pas encore résolue, les efforts du premier, pour démontrer l'existence d'un germe antérieur aux manifestations de la vie, les efforts du second, pour montrer que la vie puise quelquefois au hasard les conditions de son existence, ont fait faire de réels progrès à la science.

La panspermie et l'hétérogénie sont de pures hypothèses que les efforts les plus louables et les plus autorisés n'ont pu jusqu'à présent justifier. Mais, comme nous avons eu occasion de le dire maintes fois, ici et ailleurs, l'hypothèse est comme un bâton dans la main de l'aveugle; l'esprit humain ne saurait s'affranchir de son aide. Le bâton, entre les mains des savants, varie de nature et de solidité selon les besoins, et quand on est arrivé, grâce à lui, au but qu'on se proposait d'atteindre, on le jette et l'on en prend un autre.

Cette opération, répétée tant de fois depuis que l'homme pense, a discrédité quelque peu l'usage du bâton ; notre orgueil a fini par le considérer comme un soutien inutile; mais la nature le veut ainsi : alors même que nous crions le plus contre sa tyrannie, c'est alors surtout que nous nous appuyons sur lui. Il faut donc en prendre son parti, l'hypothèse s'imposera toujours et fatalement aux chercheurs de vérité; seulement, il faut la considérer comme un simple moyen et savoir l'abandonner à propos pour en prendre une autre quand celle-là a rendu les services qu'elle pouvait rendre. Ceci nous conduit à nous demander si les hypothèses panspermiste et hétérogéniste n'ont pas fait leur temps et s'il ne serait pas opportun de changer de bâton.

La *great attraction* qui a donné tant de retentissement aux discussions soulevées par ces deux hypothèses tient à ce que les deux partis qui prétendent posséder, chacun de leur côté, la connaissance des destinées générales ont pris fait et cause pour l'une ou l'autre de ces hypothèses : les spiritualistes se sont passionnés pour la panspermie, les matérialistes ont défendu à outrance l'hétérogénie. Cette intervention a introduit l'élément passionnel dans la discussion scientifique et, si, par elle-même, elle n'a projeté aucune lumière, elle a du moins encouragé, excité les lutteurs à la répandre. Ces joutes scientifiques ont été fécondes en expériences utiles, en travaux pleins d'originalité et de nouveauté ; mais la lutte pour l'existence des deux hypothèses se maintient toujours, et des hommes dont la compétence et l'autorité sont indiscutables soutiennent encore, M. Pasteur que tout être organisé vivant provient d'un germe, M. Trécul que des êtres organisés vivants peuvent se développer spontanément dans certains milieux. Placée sur ce terrain, la discussion peut s'éterniser. Notre avis est que le moment est venu de changer de bâton. Voici pourquoi.

De tous les travaux qui ont été provoqués par la discussion qui nous occupe, il ressort deux faits généraux et essentiellement lumineux : 1° que nous sommes encore bien ignorants sur le mode de génération des infiniment petits; 2° que chez les êtres tout à fait inférieurs, les conditions de la génération sont très-variables et, dans tous les cas, très-souvent différentes des conditions de la génération chez les animaux supérieurs (1). De sorte que, d'après ces données nouvelles, il ne s'agirait plus, désormais, de rechercher si, oui ou non, il y a des générations spontanées, mais bien de rechercher les conditions variables qui président à la naissance des êtres vivants. Quant aux conséquences possibles de ces recherches, elles n'intéressent à aucun point de vue ni la politique ni la religion. La tradition philosophique et religieuse n'a aucun motif de s'alarmer si l'on découvre un jour que les conditions qui président à la genèse des infiniment petits sont différentes de celles qui président à la naissance des animaux supérieurs, et la politique n'a que faire, surtout en ce moment, d'un candidat qui n'aurait d'autre titre dans son bagage qu'une profession de foi hétérogéniste ou panspermiste. C'était bon du temps des *Allemands;* mais ce temps, Dieu merci ! est déjà loin de nous.

— MM. Gosselin et A. Robin présentent à l'Académie un mémoire intitulé : *Recherches sur l'urine ammoniacale, ses dangers et les moyens de les prévenir.* « Dans les maladies des voies urinaires, disent les auteurs, l'urine devient quelquefois alcaline et ammoniacale par la formation du carbonate d'ammoniaque. Or, absorbée par une plaie de la vessie ou de l'urèthre, c'est-à-dire par d'autres capillaires que ceux du tube digestif, ce carbonate est-il toxique ? Pour résoudre ce problème, nous avons fait sur les lapins et les cochons d'Inde deux séries d'expériences. » Ces expériences ont été pratiquées en injectant sous la peau d'un grand nombre de lapins ou de cochons d'Inde soit une solution de carbonate d'ammoniaque, soit de l'urine ammoniacale provenant d'un malade, et elles ont conduit les auteurs aux conclusions suivantes :

1° L'absorption de l'urine alcaline ammoniacale est possible par les solutions de continuité de la vessie et de l'urèthre, et elle est dangereuse.

« 2° Il y aurait avantage pour les malades à supprimer ou à diminuer l'état ammoniacal.

« 3° L'acide benzoïque et peut-être d'autres acides végétaux peuvent conduire à ce résultat.

« 4° L'administration de l'acide benzoïque doit être conseillée pour les sujets atteints de cystite ammoniaco-purulente, et particulièrement pour ceux d'entre eux qui ont à subir des opérations sur les voies urinaires. »

Ajoutons pour tout dire que MM. Gosselin et A. Robin ont administré à des malades dont l'urine était ammoniacale de l'acide benzoïque à la dose d'un à deux grammes par jour, et qu'ils sont parvenus par ce moyen à ramener l'urine à l'état neutre.

A l'occasion de cette intéressante note, M. Pasteur fait observer qu'il y aurait une grande utilité à rechercher si, dans tous les cas ou dans des cas particuliers, la qualité ammoniacale de l'urine, par la présence du carbonate d'ammoniaque, n'est pas liée à l'existence d'un ferment organisé, notamment du ferment ammoniacal de l'urine, si bien étudié par M. Van Thieghem, ou de bactéridies, ferments dont les germes seraient apportés de l'extérieur par le canal de l'urèthre, ou par le sang qui aurait pu lui-même prendre ce germe dans quelque partie du corps, par exemple par une blessure quelconque en communication avec le canal intestinal ; enfin ce germe organisé vivant peut être apporté souvent par une sonde ou par un instrument chirurgical.

Il y aurait beaucoup à dire sur ce sujet, qui touche de très-près aux questions fondamentales dont l'avenir nous réserve la solution. Les membres de l'Institut ne laisseront point passer cette occasion d'entrer en lice sur le champ du progrès ; c'est ce que nous verrons à la prochaine séance.

(1) Voir sur ce point les observations très-concluantes de M. Balbiani.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BROUARDEL.

De l'érysipèle du pharynx.

(Leçon recueillie par M. le docteur A. BROCHIN)

Messieurs,

Au n° 11 de la salle Saint-Jean de Dieu, est couché un homme âgé de quarante-sept ans. Le diagnostic de l'affection dont il est atteint ne présente aucune difficulté ; il a un érysipèle de la face ; mais le début et la marche de la maladie ont offert quelques particularités assez rares ou mal connues, sur lesquelles je désire fixer votre attention. L'érysipèle est né dans le pharynx ; après avoir envahi une première fois une des moitiés de la face, il s'est éteint, puis a récidivé, commençant encore dans le pharynx et envahissant cette fois le côté opposé du visage.

Cet homme a été pris vers le 15 novembre d'un frisson suivi bientôt d'un gonflement de l'angle de la mâchoire, dont le malade décrit parfaitement les caractères. Comme la fièvre continuait, qu'il avait du délire pendant la nuit, il se fit recevoir à l'hôpital Saint-Antoine. Il se souvient très-nettement que l'on reconnut l'existence de l'érysipèle dans sa gorge, avant que la rougeur n'eût envahi la face. Celle-ci se montra d'abord à l'angle interne de l'œil, puis s'étendit sur tout le côté droit du visage, la joue, l'oreille du même côté. Huit jours après son entrée dans les salles de l'hôpital, tout était terminé. Le malade n'accuse comme symptôme particulier qu'un peu de délire nocturne, caractérisé par des rêvasseries dans lesquelles son travail habituel occupait la plus grande place. Il s'imaginait qu'il chauffait ses machines, et que rien ne marchait suivant ses souhaits. Bien que le malade nie tout antécédent alcoolique, il n'est pas difficile de lui faire avouer que ses fonctions de chauffeur l'excitent assez fréqnemment à satisfaire sa soif.

Cet homme sort donc de Saint-Antoine douze jours après le début des premiers accidents, ne conservant qu'un peu de gonflement des ganglions sous-maxillaires. Mais trois jours après être rentré chez lui, il est pris d'un nouveau frisson, il souffre de la gorge, l'oreille gauche se gonfle, il en est de même de la face du même côté, et le malade vient nous demander à entrer dans nos salles.

Le côté gauche de la face est le siége d'un érysipèle actuellement en évolution, la joue est bouffie, les paupières sont un peu tuméfiées, l'oreille est couverte de phlyctènes remplies de sérosité. La partie latérale gauche du cou est dure et gonflée, la palpation dénote au-dessous du bord du maxillaire inférieur des ganglions très-tuméfiés. La peau de la face contraste à droite avec l'aspect que nous venons de décrire. L'érysipèle qui a conduit cet homme à Saint-Antoine a laissé des traces, et l'épiderme est fendillé, soulevé en plaques minces; il en est de même pour l'oreille droite. Nous assistons aux dernières phases de la maladie, à la desquamation.

En faisant ouvrir la bouche au malade, on constate que le fond du pharynx est rouge, mais la coloration est surtout in-

tense à l'isthme du gosier, le pilier antérieur du voile du palais à gauche, la luette sont tuméfiés, et celle-ci est un peu déviée, portée sur le pilier antérieur droit. De plus, on remarque sur le bord du pilier antérieur des bulles irrégulières dont la plus grande a 0m 02 de longueur environ sur 0m 015 de largeur. Ainsi que l'a très-bien fait remarquer M. Cornil dans des cas analogues, les contours de ce soulèvement épithélial sont inégaux, la phlyctène suit le bord interne du pilier, mais en décrivant des festons très-prononcés. Le lendemain de son entrée, cette bulle avait disparu, elle était remplacée par une plaque blanchâtre, qu'au premier abord on eût prise pour un dépôt de muco-pus. Les autres phlyctènes ont passé par des phases analogues. Elles occupaient la partie postérieure de l'insertion du voile du palais. Les amygdales n'étaient pas gonflées.

La réaction, provoquée par cette nouvelle poussée érysipélateuse, est d'ailleurs des plus modérées, la température n'a pas dépassé 37, 5, le pouls ne s'est pas élevé à plus de 80, le malade n'a pas eu de délire, ni de vomissements. La langue a été un peu chargée, l'appétit nul pendant deux jours, et bien qu'aujourd'hui nous constations encore des phlyctènes sur l'oreille gauche et un certain empâtement des ganglions, rien dans l'état général du malade, ou dans des accidents viscéraux, ou dans la marche de l'érysipèle aujourd'hui arrêté, n'autoriserait à faire une simple réserve en portant un pronostic favorable.

Messieurs, pour être assez rarement observé, l'érysipèle du pharynx n'en est pas moins connu depuis longtemps. Hippocrate avait déjà écrit que « l'érysipèle du pharynx vient parfois se juger au visage ». Mais après lui nous pouvons passer sous silence tous les médecins qui ont écrit sur ce sujet jusqu'à nos jours. Au lieu d'observer l'érysipèle du pharynx, ils ont théorisé sur les érysipèles internes, et ont considéré les répercussions en général, englobant dans les mêmes observations l'érysipèle des muqueuses du poumon, celui des séreuses, des méninges, etc. Nous n'avons rien d'utile en clinique à tirer de ces raisonnements.

Les documents qui vont nous servir sont donc exclusivement empruntés aux médecins contemporains, et nous les trouvons dans les observations de MM. Gubler et Lailler, publiées dans la thèse de ce dernier en 1848, dans les travaux de Gull, Cornil, Lasègue, Peter, Schlumberger, etc.

Comme celui des autres régions, l'érysipèle du pharynx débute par des symptômes généraux que je ne fais que vous rappeler, ils n'ont ici rien de spécial. Le malade est pris d'un frisson plus ou moins intense, auquel succède un sentiment de malaise et de courbature. Bientôt surviennent des vomissements alimentaires, puis bilieux. La fièvre persiste avec des caractères sur lesquels nous reviendrons. Les symptômes locaux du début méritent de nous arrêter davantage. Ce sont d'abord les ganglions dont le gonflement se trahit par la tuméfaction de l'angle de la mâchoire, si apparente parfois qu'elle a été remarquée par notre malade avant son entrée à l'hôpital Saint-Antoine. Vous devez donc tout d'abord chercher par le palper, à défaut de la vue, à vous assurer de l'état des ganglions de la région. C'est un symptôme d'une importance capitale au point de vue du diagnostic. Chomel y insistait avec raison, la tuméfaction subite des ganglions avec frisson, fatigue, vomissement, permet, dès les premiers instants, d'annoncer un érysipèle qui tardera à se manifester peut-être encore pendant quarante-huit heures. Je n'ai pas ici à entrer dans une discussion théorique et à décider si la tuméfaction des ganglions précède en réalité l'érysipèle, ainsi que le pensait Chomel, ou si elle n'est que le signe d'un érysipèle de la muqueuse nasale qui existe deux ou trois jours avant de paraître à l'extérieur. C'était l'opinion de Velpeau, et je suis disposé à accepter cette interprétation. L'aboutissant des lymphatiques, le ganglion, ne fait en définitive que traduire l'inflammation de leurs origines muqueuses ou cutanées.

Quelle que soit la valeur théorique de ces explications, ce signe local apparaît le premier, pour l'érysipèle du pharynx comme pour ceux qui occupent les différents départements de la peau. Mais l'érysipèle du pharynx se décèle parfois encore par d'autres signes qui lui sont propres, le coryza et l'épistaxis. Vous savez, messieurs, que depuis Biett, on admet qu'une ulcération plus ou moins étendue sert toujours de point de départ à l'érysipèle. Lorsqu'on ne la trouve pas à la face, on admet qu'elle existe dans les fosses nasales. Sans discuter cette opinion, qui répond en pratique à l'immense majorité des cas, sinon à leur totalité, nous ferons remarquer avec l'auteur que nous venons de citer, que chez les enfants, surtout chez ceux qui sont lymphatiques, rien n'est plus fréquent qu'un eczéma scrofuleux de la muqueuse nasale. C'est de là que partent ces poussées qui envahissent la peau de la face, entraînent le gonflement du nez, déforment la lèvre supérieure, ou encore se propagent dans l'arrière-gorge au grand dommage de l'intégrité fonctionnelle de la muqueuse pharyngienne, de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne. C'est également chez les enfants que l'érysipèle s'annonce par des épistaxis abondantes, difficiles à arrêter à cause de la douleur que provoquent les injections ou le tamponnement. Cet accident est très-rare chez l'adulte et ne s'est pas présenté chez notre malade.

Ces phénomènes durent vingt-quatre heures, quelquefois trente-six et même quarante-huit heures, avant que l'examen de la face ou celui de l'arrière-gorge vienne mettre en évidence la nature de la maladie.

Signalons brièvement d'abord les accidents généraux qui n'ont rien de spécial au siége même de l'érysipèle. La fièvre débute brusquement, avons-nous dit, souvent par un frisson dont l'importance est bien connue des chirurgiens. Le pouls est fréquent : il bat 100, 120, 141 fois par minute. La température axillaire atteint parfois en moins de douze heures 40 degrés. Mais elle ne s'y maintient pas, elle baisse le matin et, dès le second jour, de 1 à 2 degrés. La fièvre n'est donc pas continue, et c'est là un fait important qui nous servira lorsque nous ferons le diagnostic de l'érysipèle du pharynx et de l'angine de la scarlatine. Enfin lorsque l'érysipèle n'est pas envahissant, lorsqu'il se limite dans les parties primitivement occupées, vers le sixième jour, la température baisse subitement et peut tomber de 39 à 36 degrés.

Les troubles gastriques n'ont rien de particulier ; ce sont : l'anorexie, l'inappétence, l'enduit blanchâtre de la langue, une légère constipation. Les vomissements et les nausées surviennent rarement aux premiers moments de la maladie. Tous ces phénomènes ont eu, chez notre malade, leur importance relative normale ; nous n'y insisterons pas.

Pendant l'évolution des deux érysipèles successifs qui se sont succédé chez cet homme, le premier a été marqué par un délire qui a fait défaut pendant le second. Mais ce symptôme n'a pas dépassé les bornes du délire professionnel dû probablement à des habitudes alcooliques d'ailleurs assez peu développées. Il n'en est pas toujours ainsi et les affections de l'arrière-gorge sont parfois l'occasion d'une forme spéciale du délire que je dois vous faire connaître parce qu'elle est mal connue et qu'elle vous exposerait à commettre une erreur pleine de gravité pour vous et votre malade. J'en ai été coupable une fois, et permet-

tez-moi de vous raconter le fait. L'histoire se gravera mieux en votre esprit qu'une longue dissertation.

Il s'agit non d'un érysipèle du pharynx, mais d'une angine catarrhale; comme l'interprétation du fait ne peut se trouver qu'en se rappelant les rapports intimes qui unissent la circulation de l'arrière-gorge et de l'encéphale, peu importe la nature spéciale de la maladie, tout dépend du siége anatomique du mal. J'avais été appelé, un jour, auprès d'un jeune homme de vingt-quatre ans, nouvellement marié, atteint d'une angine catarrhale simple accompagnée d'une fièvre peu notable. Je fis les prescriptions d'usage et ne songeais plus à mon malade lorsque, quarante-huit heures après, on vint me chercher en toute hâte. Au milieu de la nuit, sans délire préalable, le malade avait quitté son lit et, en se réveillant, sa femme constatait qu'il avait disparu de l'appartement, à peine vêtu, n'ayant qu'un caleçon, pas de chaussure. On était alors au mois de décembre. Quelques heures après, on apprenait que ce jeune homme était arrivé à quatre heures du matin à Montrouge, chez son beau-frère, déclarant qu'il était poursuivi par des voleurs, et qu'il avait parcouru ainsi le chemin qui séparait son domicile, rue du Bac, de celui de son parent. Lorsque je le vis, le malade était agité, sans fièvre, en proie à des hallucinations de l'ouïe et de la vue qui lui faisaient voir et entendre des ennemis cachés derrière son lit. Il n'avait pas d'ailleurs d'habitudes alcooliques. D'accord avec un de mes savants confrères, qui avait bien voulu, le lendemain, m'assister de ses avis et qui fut témoin, comme moi, de ce délire de persécution, nous fîmes un certificat qui, déclarant le malade dangereux pour lui et ses voisins, devait le conduire dans un asile d'aliénés. Huit jours après, n'ayant plus entendu parler de ce jeune homme, je fus tout surpris de le rencontrer dans la rue. Il me fit compliment sur la façon dont j'avais soigné son angine. J'étais fort humilié de ma mésaventure; j'en parlai à mon excellent maître, M. Lasègue, qui m'apprit que ce n'était pas là un fait sans exemple.

Rappelez-vous, messieurs, qu'ainsi que les otites, les angines peuvent s'accompagner de délire non fébrile, ressemblant à des accès de manie aiguë. Soyez en défiance, et, si vous vous trouvez dans les mêmes circonstances, que mon expérience vous soit utile.

Notons enfin que parfois les malades atteints d'érysipèle du pharynx sont plongés dans un état adynamique extrêmement grave. C'est l'exception, et nous verrons à l'occasion du pronostic quelles peuvent en être les causes.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 décembre. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance comprend : la *Gazette des Hôpitaux*, l'*Union médicale*, la *Gazette hebdomadaire*, les *Archives générales de médecine et de chirurgie*, le *Bulletin général de thérapeutique*, le *Progrès médical*, le *Mouvement médical*, la *France médicale*, la *Tribune médicale*, le *Bordeaux médical*, le *Marseille médical*, les *Bulletins de la société anatomique pour* 1871.

M. Bonnet offre à la bibliothèque son *Traité d'iodothérapie* et son *Traité des maladies de l'ovaire*.

M. Magitot offre, au nom de M. le docteur Legros et au sien, à la société, un mémoire sur *l'Origine et la formation du follicule dentaire* et, en son nom, un mémoire sur *les Hommes velus*.

M. Demarquay offre, de la part du docteur Harzé, un travail sur *l'Assistance des blessés et les hôpitaux*.

Mme Amédée Bonnet, de Lyon, offre à la société le portrait de Bonnet, de Lyon.

M. Dubrueil offre le premier fascicule de ses *Éléments de médecine opératoire*.

M. Larrey présente diverses pièces de pansement dont se sert M. Esmark, et que ce chirurgien lui a adressées.

Autoplastie périostique. — Périostéotomie dans les amputations. — M. Després. En faisant des recherches dans un livre qui a été adressé à la société, j'ai trouvé un document qui sera utile à consulter pour étudier la question de l'autoplastie périostique dans les amputations. Nos bulletins qui sont lus fourniront ainsi à nos lecteurs un renseignement à ajouter à ceux qu'a déjà fournis M. Houzé de Laulnoit, qui s'est occupé de cette question.

M. George Mac Gill, chirurgien assistant à l'hôpital de Washington, en 1862-1863, a conçu un travail sur ce sujet, et il reconnaisait lui-même que l'opération qu'il avait faite avait été exécutée déjà par un chirurgien américain, J. H. Lidell, et adoptée par W. H. Rulison. L'auteur rapporte un cas où il a fait cette opération, et il expose ainsi sa méthode :

« Avec un couteau court et fort, je taille un lambeau antérieur suffisamment long pour recouvrir la substance médullaire, le lambeau est disséqué et détaché de l'os avec un couteau à périoste. La section de l'os doit être faite ensuite de telle sorte qu'aucune pointe osseuse ne puisse blesser la surface interne du périoste. Il est à remarquer que le périoste se rétracte plus que la peau. Le lambeau périostal, dans le cas que rapporte l'auteur, s'était fortement rétracté. Le lambeau périostal ainsi formé retombe de lui-même sur l'os sectionné. Je n'ai jamais eu, dit M. Gill, recours à deux lambeaux, et je ne les fixe en aucune manière. »

Cette note n'a été publiée, que je sache, dans aucun journal, et elle se trouve dans *War departement. Reports of surgical cases in the army of United States.* Circular n° 3, Washington, 1871, p. 277. — (Extrait from reports suggesting a modification in the methods of amputation by preserving the periosteum to cover the ends of the bone, by G. M. Mc. Gill.

MM. Le Fort et Demarquay demandent que cette question « de la priorité des amputations dites sous-périostées » soit réservée.

RAPPORTS

M. Dolbeau fait un rapport verbal sur les travaux de M. le docteur Mourlon, médecin en chef de l'hôpital militaire de la Calle. Ces travaux sont les suivants :

Rupture musculaire sous-cutanée. — Luxation sous-conjonctivale du cristallin. — Observation de pustule maligne de l'avant-bras ayant nécessité la désarticulation de l'épaule. — Observation de désarticulation de l'épaule à la suite d'un coup de feu. — Amputation de la jambe. — Observation de coup de feu au talon avec fractures multiples. — Deux désarticulations scapulo-humérales et amputation de jambe. — Atrésie incomplète de la vulve. — Kyste multiloculaire du maxillaire inférieur. — Imperforation de l'anus avec ouverture de l'intestin dans le vagin.

M. le rapporteur insiste tout spécialement et sur une observation d'imperforation de l'anus et sur une autre observation de kyste multiloculaire de la mâchoire inférieure. — Il semble bien à M. Dolbeau que la théorie qui attribue ces kystes à une anomalie du follicule dentaire soit ici en défaut, et l'on conçoit, en effet, qu'il puisse y avoir dans les mâchoires des kystes indépendants de l'évolution dentaire. — M. Mourlon a adressé en outre à la société la statistique intégrale de ses opérations pratiquées de 1870 à 1873.

M. Dolbeau propose les conclusions suivantes :

1° Adresser à M. Mourlon une lettre de remercîments;

2° Déposer ses travaux dans les archives, en publiant toutefois au *Bulletin* les deux observations de kyste maxillaire et d'imperforation de l'anus;

3° Renvoyer la statistique à la commission de statistique.

Ces conclusions sont adoptées.

Contribution à l'histoire des kystes osseux. — Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 10 janvier 1873.

M. Magitot fait remarquer, à propos de l'observation relative à un kyste multiloculaire de la mâchoire inférieure que la relation du fait ne contient pas de renseignements touchant l'âge du malade et l'état du système dentaire. Il croit donc qu'il faut faire sur ce cas des réserves, et qu'il lui paraît impossible d'affirmer que ce kyste multiloculaire est étranger comme origine au système dentaire.

Observation d'imperforation de l'anus avec ouverture de l'extrémité inférieure de l'intestin dans le vagin. — Rétablissement de l'anus et oblitération de la fistule recto-vaginale. — Guérison. — Parmi les vices de conformation de l'anus et du rectum, les uns menacent la vie immédiatement, d'autres, sans être incompatibles avec l'exercice des fonctions essentielles, constituent une infirmité dégoûtante qui, dans le présent, tourmente la famille et, plus tard, empoisonne les jours de celui qui en est atteint. C'est un cas de cette dernière espèce que je vais rapporter, non pas que les observations en soient très-rares, mais parce que l'intervention chirurgicale a été couronnée d'un plein succès. Il s'agit d'une petite fille née sans anus avec ouverture du rectum à l'extrémité inférieure du vagin, dans des conditions semblables à celles dont parle M. Nélaton (*Pathologie externe*, page 34, t. V), et opérée de la même manière, mais en deux temps.

Au commencement d'août 1868, on me présenta une enfant de trois jours qui, depuis sa naissance, inspirait les plus grandes inquiétudes à ses parents. Elle n'avait pas d'anus. Pendant plusieurs heures, elle n'avait pas rendu de méconium, criant et s'agitant sans cesse ; enfin, un peu de matière apparut à la vulve et dévoila une fistule mettant le rectum en communication avec le vagin. Pour donner à l'enfant le temps de prendre un peu de force, je recommandai l'introduction d'une sonde, quelques injections pour délayer les matières et dissiper les premiers accidents. Mais la défécation se faisait avec douleur, la petite fille avait des coliques et se nourrissait mal. Le père, qui a déjà perdu d'autres enfants, désolé de cette infirmité, vint bientôt me supplier de faire quelque chose ; l'enfant avait douze jours quand je me décidai à intervenir.

Un examen minutieux me fit découvrir ce qui suit :

Le raphé périnéal s'étend sans interruption du coccyx à la fourchette; pas de sillon, pas de plis correspondant à l'anus. En déprimant avec les doigts au niveau de l'ouverture naturelle de l'intestin, on ne sent ni mollesse, ni fluctuation. La vulve est bien conformée ; si l'enfant crie, on voit poindre un grumeau de matière fécale en bas des grandes lèvres. Une sonde cannelée, introduite obliquement de haut en bas et d'avant en arrière en suivant le plan de la vulve, arrive dans le rectum à travers une ouverture étroite transversalement et longue d'environ 0m 012 à 0m 015 d'avant en arrière. En faisant exécuter un mouvement de bascule à l'extrémité de l'instrument, on ne déprime pas le périnée, mais le doigt appliqué à la place de l'anus perçoit très-bien que l'ampoule rectale repose sur le plancher du bassin et n'est pas loin de la peau. — L'hymen est percé d'une fente étroite; sa forme est celle d'un croissant dont les cornes se confondent sur les bords de la fistule. — L'émission des urines est normale. — L'extrémité inférieure de la fistule est à peu près à 0m 15 de la surface cutanée; la supérieure confine au cul-de-sac péritonéal.

J'eus un instant l'idée de faire l'opération qui réussit à M. Nélaton dans une circonstance semblable, mais je craignis que la dissection du rectum n'atteignît le péritoine et n'entraînât la mort. Je me décidai à rétablir le cours naturel des fèces, à rapprocher les deux extrémités de la fistule, puis à favoriser son occlusion par des cautérisations répétées.

Si cette opération n'appelle pas l'attention de mes collègues des hôpitaux d'enfants sur les rapports précis du périnée, du rectum, du péritoine et des organes génitaux dans le jeune âge, elle démontrera au moins que, le cas échéant, on pourrait utiliser le glissement facile de la muqueuse sur les autres tuniques intestinales pour fermer la fistule, après avoir préalablement paré aux dangers immédiats de l'imperforation anale.

Le 13 août, assisté de M. le docteur Alibran, médecin aide-major, je procédai à l'opération.

L'enfant est tenue sur les genoux de la sage-femme, les jambes relevées et écartées comme pour la taille. Je fais sur le raphé, au devant du coccyx, une incision de 0m025, de la peau d'abord, puis du tissu cellulaire, allant avec précaution à la recherche de l'ampoule rectale. Arrivé sur elle, je la traverse avec une anse de fil pour la fixer et disséquer sa paroi jusqu'à la fistule. Puis je l'attire en bas, j'incise entre les deux bouts de la ligature ; l'enfant crie et l'exonération alvine s'accomplit ; je lave la plaie et réunis l'intestin aux lèvres de la plaie cutanée par six points de suture entrecoupée. L'angle supérieur de la fistule s'est un peu rapproché de l'inférieur, grâce à la traction exercée pour obtenir un affrontement exact ; la fistule apparaît circulaire, ayant à peu près 0m01 de diamètre. Les efforts de la petite fille font suinter un peu de liquide par la vulve.

Le pansement consiste en une mèche mouillée de glycérine. Je recommande des lotions émollientes après chaque selle.

Le lendemain et le surlendemain, pas d'accident. L'enfant dort et tette bien. Le troisième jour, j'enlève les sutures. La réunion immédiate s'est faite en avant, a échoué en arrière. La plaie est belle ; pas de rougeur de la peau, pas de gonflement ; pansement à la glycérine.

Le dix-huitième jour, la cicatrisation est parfaite. L'enfant retient ses matières, mais il en sort toujours par la vulve, surtout quand elles sont liquides.

En dilatant avec une pince à pansements, je m'aperçois que la muqueuse rectale descend au devant, des deux tiers supérieurs de l'ouverture anormale ; en la tirant légèrement, elle obture complétement la fistule, formant une sorte de soupape, disposition qui me conduit à une opération complémentaire de la première.

Le 4 septembre, j'incise la muqueuse au niveau de l'angle supérieur et tout autour de la fistule ; en raison de sa mobilité, elle vient se mettre en contact de la portion vaginale avivée de l'angle inférieur auquel je la fixe par un point de suture. Une boulette de coton est introduite dans la vulve pour s'opposer au refoulement de la muqueuse pendant la défécation ; je place dans l'anus une mèche mouillée de glycérine, qu'on retirera chaque fois que l'enfant aura l'air de faire des efforts. Soins de propreté minutieux.

Le 5 et le 6, je change moi-même la boulette de coton. La muqueuse adhère à droite et en bas de l'ancienne fistule; il n'y a plus qu'un petit trou à gauche, de 0m002 de largeur. J'en cautérise les bords tous les deux jours avec le nitrate d'argent. La mère, me secondant avec sollicitude et intelligence, maintient les parties dans la plus grande propreté ; à la fin de septembre la fistule est enfin oblitérée.

1er novembre. — L'enfant est grosse et bien portante. Le sphincter, qui existait sur la peau, retient les matières ; la petite fille est radicalement guérie de son infirmité.

L'opération aurait été faite complétement dans la première séance si j'avais eu une notion exacte de la distance qui sépare le périnée du cul-de-sac recto-vaginal chez l'enfant; mais mes recherches dans les ouvrages dont je dispose ayant été infructueuses à ce point de vue : j'ai dû, par prudence, ouvrir d'abord une voie à la défécation en rétablissant l'anus ; puis la nutrition étant devenue possible, j'ai profité de la propulsion de la muqueuse pour la détacher et la réunir à l'angle inférieur de la fistule.

M. Magitot lit le rapport suivant sur un travail de M. Auguste Haas, intitulé : *Nécrose produite par l'action des vapeurs phosphorées.*

RAPPORT

M. Magitot. — Messieurs, rapporteur d'une commission où j'ai pour collègues MM. Lannelongue et Dubrueil, je viens vous rendre compte d'un travail qui vous a été adressé par M. le docteur Haas, médecin à Sarreguemines, et qui a pour titre : *Mémoire sur la nécrose produite par la vapeur du phosphore.*

L'auteur, qui exerce dans un pays où l'industrie des allumettes au phosphore blanc occupe plusieurs fabriques, a pu observer un certain nombre de faits et pratiquer diverses opérations. Son travail paraît même avoir pour but spécial de préconiser un certain procédé opératoire à l'exclusion de tout autre, la *résection prématurée* dans le cas de nécrose confirmée.

M. Haas, toutefois, ne se borne pas à l'exposé d'un procédé opératoire, et il aborde les différents points du problème de la nécrose phosphorée. A cet égard, son mémoire est donc une sorte de courte monographie.

Ainsi, après avoir rappelé les conditions bien étudiées et parfaitement connues aujourd'hui, dans lesquelles l'action des vapeurs phosphorées entraîne cette lésion spéciale et exclusive aux maxillaires, l'auteur étudie les différents phénomènes de la maladie.

Suivant lui, les accidents débutent par une douleur de dents ou odontalgie simple : « Tantôt, dit-il, les dents sont cariées, tantôt elles sont saines, mais s'ébranlent et tombent. »

Nous ferons remarquer tout d'abord que ce terme, *odontalgie*, est bien vague : il s'adresse à un certain nombre d'altérations des dents très-diverses et malheureusement trop souvent confondues. M. Haas ne s'explique pas sur ce point, ce qui est vraiment regrettable, car nous touchons ici au problème si obscur encore du mode de pénétration de l'agent altérant au sein des mâchoires.

Plusieurs opinions sont, comme on le sait, en présence : l'une admet que la seule voie ouverte à l'agent morbide est la *carie dentaire*. Elle a été indiquée dès 1845 par Diez, puis adoptée par Roussel Geist, MM. Larcher et Broca. Une seconde théorie fait pénétrer les vapeurs phosphorées par le *bord gingival* (à l'exclusion de toute autre voie). Elle a été émise pour la première fois par Strohl, et elle reste aujourd'hui résolûment défendue par M. Trélat.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire la doctrine de Lorinser, aujourd'hui abandonnée, et par laquelle une intoxication générale phosphorique aurait pour manifestation élective la nécrose des maxillaires. L'intoxication phosphorée, proprement dite, est un accident extrêmement rare dans les fabriques d'allumettes, et la seule circonstance qui ait pu prêter à cette interprétation est, sans doute, cette stéatose généralisée que présentent, aux périodes avancées de la nécrose, quelques malades épuisés et cachectiques.

On se rappelle les arguments invoqués de part et d'autre dans la défense des deux principales opinions : tantôt on affirme que les malades ont toujours présenté, au début, une carie dentaire, et nous devons convenir que ces cas sont de beaucoup plus nombreux ; tantôt on assure qu'aucune dent n'était atteinte, mais que les gencives étaient rouges et décollées du bord alvéolaire. Quelques faits auraient été rigoureusement observés. M. Trélat en rapporte quatre, et M. Halvenhoff en cite un de son côté.

Nous ne songeons pas, au moins pour le moment, à prendre parti dans un pareil débat dont l'importance n'échappe à aucun de nous, car il s'agit ici non-seulement du mécanisme de production de la nécrose phosphorée, mais encore de la prophylaxie et de l'hygiène publique. Nous demandons seulement à présenter quelques remarques : A ceux qui nient le rôle d'une carie dentaire primitive, nous dirons qu'il nous paraît bien difficile d'affirmer sur les souvenirs d'un malade ou d'après un examen le plus souvent superficiel, que le système dentaire ne présente point de carie, alors qu'il est parfois si laborieux dans une exploration attentive de discerner une altération de cette nature souvent cachée dans un interstice dentaire ou localisé à la face postérieure d'une dent au voisinage du bord gingival. D'autre part l'examen de séquestres qui portent souvent, il est vrai, des dents dépourvues de carie, ne saurait justifier une conclusion du même genre, car les dents entraînées avec les portions osseuses mortifiées sont bien rarement celles qui ont été le point de départ du mal, celles-ci ayant le plus souvent disparu au début de la maladie. Enfin nous dirons encore qu'il ne nous paraît pas suffisant de constater l'existence de carie dentaire quelconque chez un malade atteint de nécrose phosphorée pour conclure rigoureusement que la maladie a pénétré par cette voie. Toute carie dentaire n'est pas nécessairement perméable à des agents extérieurs liquides ou gazeux. Il est telle carie, même des plus avancées, ayant détruit une grande étendue de la couronne et qui, à aucune époque, n'a présenté de trajet pénétrable jusqu'au centre de l'alvéole, tandis qu'une autre, en apparence légère, a pu envahir rapidement le centre de l'organe et les canaux radiculaires qui sont devenus libres. Ces distinctions ont donc une grande importance.

D'autres considérations peuvent s'appliquer à l'hypothèse de la pénétration de l'organe malade par le bord gingival. Tantôt, en effet, les malades ont présenté une gingivite soit locale, soit générale, avec décollement plus ou moins marqué du bord libre. On a signalé dans certaines observations un état fongueux et purulent de la gencive au pourtour d'une dent ébranlée ; mais, dans cette dernière circonstance, il est facile de voir que déjà la nécrose est produite, et que la suppuration de l'alvéole est un accident secondaire et non primitif de la maladie.

Nous rappellerons encore l'argument tiré de l'intégrité des diverses parties osseuses de la face qui sont soumises, comme la bouche, à l'action des vapeurs phosphorées, mais que la nécrose n'atteint jamais, au moins primitivement. M. Trélat, il est vrai, a développé les raisons qui permettraient de penser que le tissu gingival est plus susceptible que les autres points de la muqueuse buccale de subir l'influence des vapeurs phosphorées.

Quoi qu'il en soit, la question de la pathogénie de la nécrose phosphorée reste extrêmement obscure, et si nous avons cru devoir nous arrêter un instant à cet examen critique des théories, c'est surtout dans le but de signaler la nécessité qui nous paraît évidente de nouvelles recherches et surtout de nouvelles expériences. Les tentatives déjà anciennes de Dibra et de Giest sont restées sans résultat, et M. Trélat les a d'ailleurs justement condamnées.

Il reste cependant, au point de vue pathogénique, un fait qui nous semble indiscutable : c'est que la nécrose débute invariablement par la portion alvéolaire des mâchoires (jamais une autre région des maxillaires n'en est primitivement le siége). L'alvéole est donc constamment la première atteinte. M. Lailler nous rappelait encore dernièrement cet exemple d'un séquestre borné exclusivement à la simple gaîne alvéolaire avec sa dent restée incluse ; la guérison suivit de près cette ablation.

Un second point aussi incontestable, selon nous, que le premier, c'est que le processus morbide commence par une *périostite alvéolaire*. Qu'on admette l'une quelconque des opinions que nous avons indiquées, l'existence de la périostite alvéolaire, comme phénomène initial de la nécrose phosphorée, ne paraît faire de doute pour personne. Or la *périostite*, quelle que soit son origine, est précisément l'affection de l'organe dentaire qui, par sa gravité primitive ou ses complications ultérieures, ouvre le plus souvent la voie aux lésions les plus graves qui puissent atteindre les maxillaires.

La périostite alvéolaire étant ainsi apparue par l'action directe des agents phosphorés, elle est rapidement suivie des phénomènes d'ostéite dont la plupart des séquestres présentent, comme on sait, la trace incontestable. Puis le périoste des maxillaires est atteint à son tour ; des épanchements se produisent à sa face profonde. Toutefois la lésion qu'il subit par envahissement ne lui enlève pas ordinairement sa fonction ostéogénique qui se traduit ultérieurement par la production des ostéophytes. Enfin l'os se mortifie et la série des accidents du début se reproduit de proche en proche pour envahir une étendue plus ou moins grande de la mâchoire.

On a admis depuis longtemps que la nécrose phosphorée présentait des caractères spéciaux qui seraient de nature à la différencier des nécroses d'autre origine. M. Haas partage cette opinion. Ces caractères seraient : d'une part, la tendance à l'envahissement ; d'autre part, la nature de la réparation osseuse, la nature des ostéophytes.

Si l'on met en parallèle les faits de nécrose d'origine phosphorée, avec ceux qui sont dus à d'autres causes générales ou locales et qui sont en si grand nombre, on ne parvient pas facilement, ce nous semble, à établir les distinctions signalées. Dans les diverses circonstances, les caractères prétendus spécifiques se retrouvent à un degré variable. Seule, une différence reste toutefois évidente, c'est la lenteur de la nécrose phosphorée, et cette particularité nous paraît même de nature à expliquer la tendance prétendue spécifique à la progression.

En effet, le premier point osseux mortifié occupant la portion alvéolaire de la mâchoire est ainsi situé au centre de l'os n'ayant pas de communication avec l'intérieur, car ce n'est ordinairement que plus tard qu'une ou plusieurs dents extraites ou tombées spontanément amènent la première ouverture du foyer. A cette circonstance, qui favorise grandement la progression, s'ajoute bientôt l'abondance de la suppuration qui, sans issue immédiate, chemine au sein du tissu osseux et mieux encore sous le périoste où elle ne rencontre aucun obstacle à sa marche.

C'est ainsi que la maladie peut durer plusieurs mois, souvent même plusieurs années, au bout desquelles les malades présentent parfois des phénomènes d'épuisement et de cachexie qui leur enlèvent leurs

ressources de résistance et deviennent de nouvelles raisons de progression du mal.

Quant à la formation particulière des ostéophytes, qui, sans être constant, est cependant assez fréquente, il nous semble qu'elle trouve son explication dans la lenteur même de la maladie qui peut laisser au périoste et à quelques régions osseuses restées saines la possibilité d'entrer en réaction contre l'envahissement.

Nous pensons donc, contrairement à l'opinion de l'auteur, que la nécrose phosphorée ne diffère au fond que par sa cause des autres formes de nécrose des mâchoires.

En ce qui concerne le mode d'action des vapeurs phosphorées, M. Hass ne s'explique pas à cet égard : il suppose que le phosphore, transformé en acide phosphorique, se dissout dans la salive, amène soit le ramollissement des gencives, soit la carie dentaire.

Ici encore, nous rencontrons un côté de la question qui, ce nous semble, n'a pas été suffisamment élucidé. Quelles sont, en effet, les vapeurs qui s'échappent de la pâte phosphorée ? Est-ce de l'acide phosphorique pur ? Est-il mélangé avec l'acide phosphoreux ou l'hydrogène phosphoré ? Est-ce de l'acide phosphatique, c'est-à-dire un mélange d'acide phosphoreux et d'acide phosphorique ! Ces diverses opinions ont été avancées. Ensuite quelle modification se produit au contact de la muqueuse buccale ou des matières organiques ? Quel est le rôle de l'ozone dont la présence, signalée par Bibra, n'est pas contestable ?

Telles sont encore, au point de vue plus spécialement chimique, les inconnues que présente le problème.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Éléments de médecine opératoire, par A. Dubrueil, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Paris (1).

Après avoir publié avec succès un *Manuel d'opérations chirurgicales*, M. le docteur Dubrueil poursuit la ligne qu'il semble s'être tracée dans la science, par le livre dont le premier fascicule vient de paraître.

Les *Éléments de médecine opératoire* s'ouvrent par quelques lignes où l'auteur établit la distinction entre les opérations réglées et connues, et qu'on peut décrire de la manière la plus nette et la plus didactique, et celles, qui, au contraire, dépendent de circonstances imprévues et exigent la valeur même du praticien. Le chirurgien ne doit pas ignorer les unes ; il peut ne pouvoir réussir les autres. Quoi qu'il en soit, M. Dubrueil étudie les opérations suivant les appareils qu'elles intéressent, et, avant toutes choses, il consacre un premier chapitre à l'anesthésie, et reproduit les appareils de Richardson, de Reynaud, de Charrière et de Demarquay. L'auteur a compris que l'illustration était de toute nécessité dans un livre de ce genre, et il a donné tous ses soins à cette partie du livre.

M. Dubrueil commence ses descriptions par les opérations qui se pratiquent sur l'appareil tégumentaire. Ce début est bon, car il permet à l'auteur d'exposer immédiatement les procédés de division ou de réunion des tissus : sans en faire l'objet de longs préambules. L'opérateur se trouve devant son sujet ; le bistouri en main, l'écraseur sur la table, les ligatures prêtes ; la galvano-caustie n'est pas oubliée. Faut-il réunir, voici les serres-fines et les diverses sutures. Abcès, anthrax, kystes, tumeurs solides, ongle incarné, anaplastie, cicatrices vicieuses et syndactylie passent tour à tour devant nos yeux.

De l'appareil tégumentaire, M. Dubrueil passe à l'appareil circulatoire. Les artères, leur ligature, les anévrysmes, et l'artériotomie ; puis les veines, la saignée, la transfusion, la cure des varices, les hémorrhoïdes ; enfin les tumeurs érectiles et la thoracentèse du péricarde complètent cette étude.

L'appareil locomoteur nous amène les amputations et leurs diverses méthodes ; les opérations qui se pratiquent sur les os, les articulations, les muscles, les tendons et les aponévroses.

Ce premier fascicule se termine enfin par les opérations qui se pratiquent sur la portion centrale du système nerveux.

Par cette énumération rapide on peut se rendre compte de la méthode excellente de l'auteur. Quant à son exposition simple, claire, lucide, elle a été et restera la cause véritable des succès de notre savant confrère.

(1) Petit in-8°. — 800 pages avec 300 grav. — Prix : 10 fr. — F. Savy.

M. le docteur Vérité commencera, le mardi 20 janvier 1874, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, son cours sur les affections syphilitiques. Ce cours sera continué les mardis et samedis suivants.

Recherches expérimentales relatives à la contractilité de la rate, à l'action du sulfate de quinine et de quelques autres substances sur cet organe, par le docteur Rochefontaine. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Valeur séméiologique de l'otorrhagie traumatique, par le docteur Le Bail. — In-8°. Prix : 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

DRAGÉES DOMINIQUE

Les sels arsenico-ferriques *naturels* de la Dominique offrent aux praticiens une innocuité toute particulière dans la médication arsenicale.

Chaque **Dragée Dominique** contient un demi-milligramme d'arséniate de fer, 5 centigrammes de composés ferrugineux.

Les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance dans les formes les plus variées de l'anémie, les névralgies, les maladies de la peau, les fièvres intermittentes, etc., etc.

Les **Dragées Dominique** sont fort agréables au goût.

Emploi : de deux à quatre dragées quelques instants avant les deux principaux repas.

Entrepôt général : Pharmacie Centrale de France, 7, rue de Jouy, à Paris.

Détail : Les principaux Pharmaciens.

PILULES HÉMATIQUES DUROY

(Extrait complet du sang frais de bœuf)

TOUS LES MATÉRIAUX DE L'ORGANISME. — RECONSTITUANT GÉNÉRAL.

Renfermant le *fer* retiré *des globules*, les phosphates, *tous les sels*, sans exception; *tous les extractifs azotés du sang.* — Dose moyenne : 4 pilules par jour. — 4 francs le flacon de 100 pilules dragéifiées inaltérables. — Dans toutes les pharmacies.

J. L. P. DUROY, Lauréat de l'Institut, 10, rue du Faubourg-Montmartre, Paris.

VIN DE QUINQUINA AU MALAGA D'ABBADIE

Rue Sainte-Apolline, 21 (Porte Saint-Denis), Paris

Ce vin qui, depuis 1814, est préparé avec le plus grand soin, **avec des quinquinas choisis et d'excellent vin,** se recommande à MM. les médecins qui veulent prescrire l'emploi d'une préparation sûre et toujours identique.

Ce vin, d'une saveur agréable, est parfaitement pris par les enfants, les vieillards les convalescents, et par toutes les personnes dont l'estomac est délicat. — *Dépôts dans toute la France.*

LIENTERIE et DYSPEPSIE — GASTRALGIE et ANOREXIE

PANCRÉATINE DEFRESNE

HUILE DE FOIE DE MORUE DEFRESNE ÉMULSIONNÉE PAR LA PANCRÉATINE

PILULES, VIN, ÉLIXIR, ÉMULSION PANCRÉATIQUE DEFRESNE

EMPLOYÉS DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

(Voir les Mémoires présentés à l'Académie de médecine et à l'Institut.)

La **Pancréatine Defresne** perd un tiers de sa force dans l'estomac, mais continue son action dans le duodénum en présence de la bile alcaline. Elle rend assimilable, 15 fois son poids de corps gras; elle digère 50 fois son poids de fibrine, 140 g. d'empois ou 8,90 d'amidon.

Pharmacie DEFRESNE, rue des Lombards, 2 et 4, et dans toutes les autres pharmacies.

PASTILLES DE DETHAN

AU SEL DE BERTHOLLET (CHLORATE DE POTASSE)

Contre les maladies de la gorge, de la voix et de la bouche

PHARMACIE **DETHAN**, Faubourg Saint-Denis, 90, à Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER

Préparation dosée, inaltérable, très-efficace contre les *hémorrhagies* (épistaxis, hémoptysies, métrorrhagies, hématurie, dysentérie, *purpura hemorrhagica, etc.*); *la leucorrhée, l'anémie et la chlorose, la diarrhée chronique, l'albuminurie, etc.*— Médicament tonique, analeptique, antilymphatique.

CARBONEL, Avignon, et rue Richelieu, 31, Paris.

ERGOTINE

DRAGÉES D'ERGOTINE DE BONJEAN

(Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.)

D'après les plus illustres médecins, les Dragées d'Ergotine sont employées avec le plus grand succès pour faciliter le travail de l'accouchement, contre les hémorrhagies utérines, les engorgements de l'utérus, les métrorrhagies, l'épistaxis, les dysenteries et diarrhées chroniques, etc., et la solution d'ergotine au 10e (Ergotine, 10 grammes; eau, 100 grammes) est un des précieux hémostatiques que possède la médecine.

Dépôt général : à la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

PAPETERIE DU CORPS MÉDICAL

L. CHAMOUIN

29, rue Bonaparte, PARIS

Registres spéciaux pour la comptabilité de MM. les Médecins

600	Comptes	8 fr.
800	—	10
1.000	—	12
1.200	—	14

Feuilles d'observations. — Feuilles de température.

Lettres d'honoraires. — Cartes de visite.

AGENDA MÉDICAL 1874.

PORTEFEUILLES, TROUSSES, ETC.

CLASSE-VALEURS BREVETÉ S. G. D. G.

ENVOI CONTRE MANDAT DE POSTE.

PAPIER RIGOLLOT

POUR SINAPISMES

Adopté par les Hôpitaux de Paris, les Ambulances et Hôpitaux militaires, et par les Marines française et anglaise.

26, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

EXPOSITION DE 1867

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. Felhing (de Stuttgart), Fritsche (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs*, sous forme de vin, Elixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie Hottot, 24, rue des Lombards, Paris.

GRANULES ANTIMONIAUX

Antimonio-ferreux et antimonio-ferreux au bismuth

Du DOCTEUR PAPILLAUD

Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris dans ses séances des 8, 15, 22 novembre et 6 décembre 1870.

Nouvelle médication à base d'arséniate d'antimoine.

Granules antimoniaux contre les maladies du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Granules antimonio-ferreux contre l'anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les maladies scrofuleuses.

Granules antimonio-ferreux au bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (dispepsies, etc.).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure) et dans toutes les pharmacies en France et à l'étranger. A Paris, aux pharmacies : 141, rue Montmartre; 86, rue du Bac; 1, rue des Tournelles; 1, rue Bourdaloue.

EAU ANTI-HÉMORRHAGIQUE

DE TISSERANT

Expérimentée avec succès par plusieurs célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par MM. Frémy et Monod, médecins des hôpitaux; par MM. les docteurs Portalès, Riégé, etc., etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (notamment les *hémoptysies*, les *métrorrhagies*, les *ménorrhagies*, etc.), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, etc.

MM. les médecins qui n'auraient pas encore expérimenté ce médicament, sont priés d'en faire prendre un flacon, qui leur sera délivré gratuitement à la Pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, à Paris.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO. PHTHISIES, *Anémie*, **Rachitisme**, DIABÈTE, *Diarrhée*, **Cachexies**, *Albuminurie*, *la* **Convalescence**, *l'épuisement.* (*Gros*), 8, r. *Neuve-Saint-Augustin, Paris.*

VIN MARIANI

à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques.

5 francs la bouteille.

Mariani, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

N° 6. — JEUDI 15 JANVIER 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 15 JANVIER 1874. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

Paris, le 14 janvier 1874.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été tout entière occupée par les réflexions de MM. Tardieu et Broca sur les deux jumelles fusionnées qu'on montre en ce moment au Cirque. Suivant le désir de M. Larrey et de plusieurs autres académiciens, l'autorité avait ordonné un examen médical, afin de s'assurer qu'il ne s'agissait pas d'une supercherie. Mais, une fois ce point éclairci, quand MM. Tardieu et Robin ont voulu compléter l'étude si intéressante de ce monstre double, ils ne purent surmonter l'obstacle que leur opposait un sentiment de pudeur très-développé, surtout chez l'une de ces jeunes filles. On en a donc été réduit, pour tout ce qui concerne les organes pelviens, à des descriptions déjà anciennes et aux renseignements fournis par une sage-femme allemande. C'est d'autant plus regrettable que là s'effectue l'union des deux corps. Or si, à certains points de vue, cette union paraît comparable à celle des jumelles hongroises, Hélène et Judith, qui, nées en 1701, moururent en 1723, et dont l'autopsie est relatée avec détails dans les ouvrages du temps, sous d'autres rapports elle devrait être beaucoup plus intime pour expliquer divers détails ainsi connus indirectement.

En effet, bien qu'Hélène et Judith eussent à elles deux un anus unique, une vulve unique, bien que leurs aortes et leurs veines caves se confondissent également à leurs extrémités inférieures, cependant elles n'étaient pas réglées en même temps comme Millie et Christine ; en outre, le besoin d'uriner se faisait sentir séparément chez chacune d'elles, et il n'a jamais été dit que l'une d'elles éprouvât la moindre sensation lorsqu'on venait à pincer et toucher les jambes de l'autre.

En admettant donc la sincérité absolue des témoignages, on se trouve en présence de problèmes très-importants.

D'abord si l'utérus, avec toutes ses annexes, est double chez le sujet actuellement exhibé, comme il l'était chez Hélène et Judith (et c'est l'opinion assez probable que M. Broca a soutenue contre M. Tardieu), la simultanéité absolue des époques menstruelles chez Millie et Christine serait un fait très-remarquable.

On serait conduit à l'hypothèse d'une union se faisant assez haut entre les systèmes circulatoires des deux jumelles, de telle sorte que la congestion des appareils ovario-utérins devînt commune.

On sait déjà que cette congestion, entretenue par la seule habitude, après une double ovariotomie, a suffi chez certaines femmes pour produire chaque mois, pendant un certain temps, un écoulement sanguin semblable à celui des règles.

D'une autre part, il est des femmes qui n'ont jamais été réglées et qui sont devenues enceintes : l'ovulation se faisait isolément chez elle sans aucun écoulement sanguin, de même que l'écoulement sanguin avait pu avoir lieu chez d'autres sans ovulation.

Aussi, bien qu'il soit aujourd'hui parfaitement établi que l'acte ovarien est la cause finale des règles, on en est encore à se demander jusqu'à quel point il les provoque uniquement et directement, s'il est dans tous les cas complétement spontané, et s'il n'est pas lui-même dans une certaine mesure provoqué par la congestion de tout le système utérin : l'ovule étant mûr, la rupture de la vésicule de Graaf pourrait être plutôt un effet qu'une cause par rapport à cette congestion et à l'écoulement menstruel.

On voit combien il serait utile d'étudier scientifiquement le cas de Millie et Christine à ce point de vue.

Une autre question non moins délicate et non moins digne d'attention est celle que soulève la sensibilité manifestée par l'une alors que l'on touche, ou pince, ou chatouille, les membres inférieurs de l'autre.

Comme l'a très-bien fait remarquer M. Broca, cette sensibilité est très-obtuse, très-incomplète : c'est une notion vague, qui reste toujours la même dans les circonstances les plus différentes, qui n'est donc en rien comparable à la sensation très-précise éprouvée par l'être touché ; mais, enfin, il n'y en a pas moins transmission d'une sensation d'une sœur à l'autre.

Cette transmission doit-elle être attribuée à un entrecroisement de fibres nerveuses ? Cela paraît bien peu probable, car, en général, lorsqu'il y a purement et simplement entrecroisement de fibres, la sensibilité ne change pas de caractère dans les fibres entrecroisées.

Mais les colonnes postérieures de la moelle ne sont pas, comme les colonnes antérieures, surtout formées par des fibres juxtaposées qui se continuent jusqu'à l'encéphale. Elles ont les rapports les plus intimes avec la substance grise, et cette substance grise, par ses cellules multipolaires, établit un large système d'anastomoses.

On pourrait donc songer chez Millie et Christine à la même hypothèse qu'on avait formulée à propos des expériences si curieuses de Brown-Sequard. Si les moelles épinières des

deux sœurs se trouvent communiquer vers leurs extrémités inférieures, ce doit être au moyen de la substance grise, comme communiquent les deux moitiés latérales d'une même moelle.

Or, quand Brown-Sequard coupait en travers une de ces moitiés latérales de la moelle sur un animal, la sensibilité, au lieu d'être abolie comme le mouvement dans toutes les parties situées plus bas de ce côté, prenait un caractère essentiellement hyperalgésique : l'animal criait énergiquement quand on pinçait légèrement le membre paralysé.

Cette hyperalgésie, suivant une hypothèse alors émise, paraissait être due à ce que le courant nerveux mis en mouvement, se trouvait arrêté dans son trajet le plus direct par la section d'une moitié de la moelle et était obligé de chercher sa voie anormalement par les anastomoses des cellules multipolaires.

Chez Millie et Christine, il suivrait en très-grande partie la voie directe par la moelle épinière du sujet touché, et le peu qui pourrait passer dans les cellules juxtaposées de l'autre sujet, serait trop faible pour causer une vraie douleur.

Nous aurions trop à dire si nous voulions montrer tout ce que pourrait apprendre une observation approfondie de ce monstre double, du moins si les médecins qui l'ont vu n'ont pas été trompés par lui et par l'entourage.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BROUARDEL.

De l'érysipèle du pharynx (1).

(Leçon recueillie par M. le docteur A. BROCHIN)

Les signes locaux ont pour le diagnostic une autre importance. Nous le ferons en prenant pour type l'érysipèle qui débute par le pharynx et qui n'a pas encore paru au visage.

Le malade se plaint d'abord d'une sensation pharyngée douloureuse qu'il compare à celle d'une brûlure. Le fond du pharynx, l'isthme du gosier, sont le siége d'une rougeur pourprée. Les surfaces sont luisantes, elles semblent couvertes, ainsi que M. Cornil l'a remarqué, d'une couche de vernis. Parfois toute l'arrière-gorge est envahie, souvent il n'y a qu'une plaque, et vous avez vu chez notre malade qu'un seul côté était envahi. Nous avons inutilement cherché sur la muqueuse le liséré qui limite l'érysipèle à la peau. Les amygdales sont rouges, mais non tuméfiées, elles ne font pas saillie hors de leur loge, ainsi qu'on le voit dans l'amygdalite. La langue est parfois tuméfiée. Les sécrétions de la bouche et du pharynx sont troublées, diminuées ou augmentées, du muco-pus épais adhérent rend quelquefois difficile l'exploration des parties profondes; ajoutez encore que le gonflement de la langue et la tuméfaction douloureuse des ganglions sous-maxillaires peuvent empêcher le malade d'ouvrir largement la bouche, et vous concevrez facilement que, dans certains cas, le diagnostic soit rendu incertain.

Tels sont les signes locaux d'une des formes de l'érysipèle pharyngé; mais, de même que sur la peau, on peut voir se développer des phlyctènes : vous en avez constaté sur le pilier antérieur gauche de notre malade. Si l'érysipèle phlycténoïde du pharynx a son analogue à la peau, la différence du siége, celle du recouvrement épithélial entraînent des différences que vous devez connaître et qui ont été bien décrites par M. Cornil. Ces phlyctènes sont globuleuses, contiennent un liquide séreux parfois séro-sanguinolent. Leurs bords sont irréguliers et forment des lignes sinueuses. Elles occupent surtout les piliers du voile du palais et la luette. La couche épithéliale soulevée d'abord, transparente le jour où notre malade est entré à l'hôpital, était le lendemain grisâtre opaque, et avait l'apparence d'une plaque de papier gris ramolli par l'humidité. La durée de ces phlyctènes est moindre qu'à la peau. Ainsi, tandis que sur les oreilles les phlyctènes ont persisté sans se rompre, trois et quatre jours, celles du pilier étaient vides après vingt-quatre heures. Vous avez vu alors leur membrane épithéliale affaissée, appliquée sur la muqueuse rouge, ainsi que le serait une fausse membrane. Si l'on enlève un lambeau, un autre le remplace, et il s'en reproduit ainsi pendant plusieurs jours. Cette desquamation épithéliale est l'analogue de la production épidermique qui forme les croûtes sur la surface cutanée. Elle a la même marche. Ses caractères seuls sont un peu modifiés.

Après être resté confiné trois ou quatre jours, quelquefois moins, sur la muqueuse du pharynx, l'érysipèle paraît au visage. Il peut sortir par la bouche, le nez, le canal lacrymal, l'oreille, s'il existe une perforation du tympan. Vous avez vu que chez notre malade il est apparu vers la fin du quatrième jour au niveau de la commissure interne des paupières.

La maladie dure depuis son début jusqu'à sa terminaison, huit à dix jours; elle peut, surtout chez les enfants scrofuleux, ainsi que l'a signalé M. Lasègue, subir toute son évolution dans le pharynx seul. Lorsque la guérison survient, la défervescence se fait en quelques heures, dix à vingt-quatre. Enfin, mais rarement, bien que nous en ayons un exemple sous les yeux, l'érysipèle se reproduit après avoir disparu une première fois. Notons cependant que, chez cet homme, l'érysipèle a limité chaque fois son développement à une moitié du pharynx et à la moitié correspondante du visage.

Les signes que je viens de vous exposer en détail ont mérité de nous arrêter parce que le diagnostic de l'érysipèle du pharynx lorsqu'il n'a pas encore envahi le visage est délicat, et que l'erreur serait grave pour le malade, et permettez-moi d'ajouter grave pour le médecin, son erreur devenant éclatante aux yeux de tous quand l'érysipèle envahit la face.

L'érysipèle du pharynx présente des symptômes qui pourraient, considérés isolément, faire établir une confusion avec les angines caractérisées par de la rougeur et des ulcérations ou de fausses membranes, dont les phlyctènes rompues peuvent simuler l'aspect.

Messieurs, je laisse de côté, immédiatement, toutes les ulcérations syphilitiques, scrofuleuses, etc., qui siégent dans le pharynx ou sur les replis du voile du palais. Leur marche, l'absence des signes qui accompagnent l'érysipèle du pharynx suffisent pour que nous les écartions. Il en est de même des bulles régulières du pemphygus et de l'hydroa (Bazin), elles ont leurs analogues sur la peau, et il faudrait une singulière légèreté pour commettre une confusion. Il en est encore ainsi pour l'angine de la rougeole et celle de la variole; sachez seulement que cette dernière peut, dans certains cas, s'accompagner ou être suivie d'érysipèle du pharynx.

L'erreur est plus facile à commettre avec l'angine scarlatineuse, catarrhale, et même avec l'angine phlegmoneuse, herpétique ou diphthéritique.

L'*angine de la scarlatine* a dans ses débuts quelques rapports avec l'angine érysipélateuse. La fièvre éclate brusquement, la température peut atteindre, *en quelques heures*, 39, 40 degrés, comme dans l'érysipèle. Parfois, dès le commencement de

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 janvier.

l'éruption angineuse, lors même qu'elle sera réduite à un érythème de moyenne intensité, les ganglions sous-maxillaires se tuméfient, voici donc deux signes importants presque semblables. Ajoutez que, dans la scarlatine, la rougeur peut ne pas avoir envahi toute la gorge, qu'elle peut être limitée à la luette, ou à une partie du voile du palais. Mais, ainsi que M. Lasègue l'a parfaitement indiqué dans le traité des angines, le plus souvent la cavité buccale dans la scarlatine est envahie. L'intérieur des joues est d'un rouge presque aussi ardent que le pharynx, et surtout, ce n'est pas l'enfant qui attire l'attention du médecin sur l'état de la gorge, à peine accuse-t-il de la sècheresse, lorsqu'on le presse, mais il ne se plaint pas de douleur, la déglutition est facile ; il n'en est pas de même, vous le savez, dans l'érysipèle du pharynx : le malade accuse une sensation de brûlure, il avale difficilement. Enfin la fièvre qui, dans la scarlatine, se maintient sans rémission à une haute température, baisse chez le malade atteint d'érysipèle, dès les premières heures, pour se relever ensuite. Ainsi les caractères de la rougeur, de la douleur et la marche de la température, voilà les éléments importants du diagnostic. Le lendemain les difficultés ont disparu, et je ne vous parle pas ici des caractères des éruptions pultacées de la scarlatine, on ne saurait les confondre avec les pellicules épithéliales de l'érysipèle, l'éruption a envahi la peau, le doute ou l'erreur n'est plus permis.

L'*angine catarrhale* (pharyngite érythémateuse) diffère de l'angine érysipélateuse par sa douleur moins brûlante, par une coloration moins vive, non vernissée et par l'absence d'engorgement ganglionnaire. Elle n'a pas de symptômes généraux aussi violents, la température n'atteint jamais un degré aussi élevé que dans l'érysipèle du pharynx.

L'*angine inflammatoire, phlegmoneuse*, semble se rapprocher de l'angine érysipélateuse par la production de matière crèmeuse, blanchâtre à la surface des amygdales ; elle s'en éloigne par son siége de prédilection sur les amygdales, qui sont tuméfiées, quelquefois énormes, et menacent le malade d'asphyxie. Enfin elle tend à la suppuration et les ganglions sous-maxillaires ne sont en général que très-peu tuméfiés.

L'*angine herpétique*, si vous n'assistez pas à ses débuts, vous sera plus difficile à reconnaître. A un moment, en effet, vous trouverez à un point de l'isthme du gosier une ulcération superficielle recouverte d'une production couenneuse, la muqueuse qui l'entoure se recouvre de productions analogues. Le malade vous dira que les accidents ont débuté par un accès de fièvre violent. Vous devrez alors chercher si la plaque est entourée de la rougeur particulière à l'érysipèle, s'il existe sur les lèvres quelque bouton d'herpès, quelle est la part que les ganglions de la région ont prise aux manifestations morbides. Enfin, dans l'herpès du pharynx, si la fièvre est violente au début, elle cesse bientôt, et, je vous l'ai dit, la confusion n'est possible que si vous n'avez pas assisté aux premiers accidents. Vous vous rappellerez alors qu'au troisième ou quatrième jour d'un érysipèle, la rougeur est déjà étendue, que la maladie est dans toute son expansion, tandis que les lésions de l'angine herpétique restent toujours limitées.

Si les lambeaux d'épithélium qui succèdent à la rupture des phlyctènes peuvent faire songer à des fausses membranes, il suffira pour écarter l'idée d'une *angine diphthéritique*, de se souvenir que celle-ci débute lentement, sans frisson, sans élévation brusque de la température, que les fausses membranes diphthéritiques sont épaisses, résistantes, stratifiées, tachées de sang, que leur évolution est presque indolente.

Le pronostic de l'érysipèle du pharynx est en général bénin, il en est ainsi de celui qui atteint les enfants lymphatiques, et vous avez vu que notre malade du n° 11 ne nous a jamais inspiré d'inquiétude. L'érysipèle qui débute dans le pharynx et qui n'envahit la face que secondairement se termine le plus souvent d'une manière favorable. Mais il n'en est pas toujours ainsi, deux circonstances sont à considérer et peuvent aggraver le pronostic.

L'une d'elles a été bien déterminée par M. Cornil, l'érysipèle qui rentre est beaucoup plus grave que celui qui sort. Dans le premier cas, en effet, l'extension se fait du côté des muqueuses qui tapissent le larynx, l'oreille. MM. Lailler, Gubler nous ont fait connaître la possibilité du développement de l'œdème du larynx. L'otite, la perforation du tympan succèdent à l'envahissement de la muqueuse de la trompe d'Eustache, des accidents méningés, le délire, la carie du rocher peuvent en être les conséquences.

Devons-nous accepter que l'extension puisse se faire jusque dans les ramifications bronchiques ? M. Campenon, interne de M. Dujardin Beaumetz, a publié une observation accompagnée de planche et dans laquelle on voit l'érysipèle du larynx et de la trachée se caractériser par une rougeur intense, on conçoit que rien ne s'oppose à la propagation dans les diverses ramifications bronchiques. M. Peter a publié un cas de bronchite capillaire consécutive à un érysipèle du pharynx; Trousseau, Guéneau de Mussy acceptent l'existence de la pneumonie érysipélateuse. Le diagnostic de cet accident est encore entouré de trop d'incertitude pour que je doive ici vous en décrire les caractères présumés.

Chose singulière, jusqu'ici nous ne connaissons pas d'exemple d'abcès rétropharyngiens survenus après un érysipèle du pharynx. Vous n'ignorez pourtant ni la fréquence des suppurations sons-cutanées dans le décours de l'érysipèle, ni la facilité avec laquelle l'inflammation phlegmoneuse envahit chez les enfants le tissu cellulaire rétropharyngien. C'est donc là un élément heureux du pronostic.

Si l'érysipèle qui rentre est plus grave que celui qui sort, nous devons encore vous arrêter sur un autre élément de pronostic tout aussi important. Quel est le lieu où le malade a pris son érysipèle, dans quel état de santé se trouvait-il lui-même au moment où les accidents sont survenus ? Nous savons que les érysipèles qui naissent dans les salles où règnent la fièvre puerpérale ou l'infection purulente ont une tout autre gravité que ceux qui se produisent en ville, loin de l'hôpital ou de malade infectieux. L'érysipèle tire sa gravité également du malade lui-même, et les érysipèles secondaires, ceux qui surviennent dans le décours d'une fièvre typhoïde, d'une variole, etc., comportent un mauvais pronostic. C'est dans ces cas que l'on a noté la gangrène de la muqueuse du larynx, le délire et la mort au milieu des accidents de l'adynamie la plus grave.

Je vous ai indiqué, en passant, la bénignité des érysipèles des enfants scrofuleux, qui ont des poussées successives revenant tous les mois ou plus rarement sans que jamais la mort en soit l'issue redoutée.

Ainsi, pour l'érysipèle né en dehors de toute condition d'infection, pour celui qui ne dépasse pas la partie inférieure du pharynx, le pronostic est bénin; à moins que vous n'ayez la mauvaise pensée d'intervenir par une médication débilitante, sangsues, saignées, ou par une médication révulsive propre à préparer des nouvelles surfaces cutanées pour de nouvelles poussées d'érysipèles. Je ne saurais dire mieux que Trousseau : « Quant à moi, professait notre ancien maître, lorsqu'un malade affecté d'érysipèle se met entre mes mains, je m'abstiens de toute espèce de traitement; je prescrirai un lavement à celui

qui ne va pas à la garde-robe, je donnerai dix à quinze grammes d'huile de ricin, si la constipation ne cède pas ; telle est ma manière d'agir depuis vingt-huit ans, et, grâce à elle, je n'ai pas souvenance d'avoir perdu plus de trois érysipélateux. L'expectation, voilà donc ma médecine dans l'érysipèle de la face. Je tiens mes malades au lit; car avant toute chose il faut éviter qu'ils ne prennent froid, et cela non-seulement pendant la période aiguë des accidents, mais encore dans la convalescence, le froid amenant des rechutes. Mais, messieurs, j'alimente, j'alimente alors même qu'il y a de la fièvre, alors même qu'il y a du délire. » Natalis Guillot lui-même craignait d'affaiblir ses malades atteints d'érysipèle et leur prodiguait le vin de Bagnols. C'est aussi le traitement de M. Jaccoud, qui donne la préférence au vin de quinquina. Je l'accepte sans réserve et ne fais à ce dernier auteur qu'un reproche, c'est d'avoir oublié qu'il n'a pas marché le premier dans cette voie, qu'il y a été précédé par ses maîtres et les miens. C'est en l'adoptant, messieurs, que vous pourrez donner des statistiques aussi satisfaisantes que celle de Trousseau : De 1831 à 1835, sur cinquante-sept malades un seul mourut, et que celle de M. Jaccoud, de 1867 à 1872, soixante-sept cas d'érysipèle donnant un seul décès.

CLINIQUE DE LA VILLE

Traitement du phimosis au moyen de la galvano-caustique.

Par le docteur A. Amussat.

Le phimosis congénital ou accidentel occasionne des troubles fonctionnels très-variés, des accidents et même des lésions qui ont de tout temps fixé l'attention des pathologistes, et qui méritent à juste titre qu'on s'en occupe et qu'on y porte remède. Il suffit, en effet, de parcourir les annales de la science pour y trouver un grand nombre de faits témoignant de l'importance que peut avoir l'étroitesse de l'orifice prépucial. Il est alors facile de se convaincre qu'en guérissant le phimosis on fait disparaître des troubles nerveux tels que de l'hypocondrie, de la gastralgie, des palpitations, des accès hystériformes, des troubles de la miction, etc, dont on ne soupçonnait pas la cause. Je rapporte plus loin l'observation d'un enfant tourmenté par des envies fréquentes d'uriner, qui ont disparu avec le phimosis dont il était affecté.

Le plus ordinairement les lésions que l'on observe se rattachent aux organes génitaux, tels que réduction du volume de la verge et des testicules, sensibilité exagérée et rougeur de la muqueuse du gland, coït douloureux, éjaculation incomplète, difficile, souvent accompagnée d'une vive douleur périnéale ; d'autrefois ce sont des troubles fonctionnels du sens génital tels que des érections continuelles, des désirs vénériens immodérés et, par suite, la masturbation; des pertes séminales involontaires, quelquefois l'anaphrodisie, etc., phénomènes qui s'expliquent facilement quand on se rappelle les relations existant entre le gland et la prostate.

On a rencontré aussi des concrétions calcaires produites par le séjour d'urines phosphatiques dans la poche prépuciale.

J'ai donné les observations de deux jeunes mariés n'ayant eu d'enfants que lorsque je les eus guéris d'un phimosis congénital. Hey et Ward ont établi que la majorité des malades atteints de cancer de la verge avaient un phimosis.

Si l'on réfléchit à la grande variété de ces accidents à des degrés différents, on comprendra combien il est important d'examiner les organes génitaux des malades qui les présentent, et dont on cherche vainement l'étiologie, car on trouvera souvent une cause que l'on ne soupçonnait pas.

Pour y remédier on a pratiqué, surtout depuis le commencement de ce siècle, des opérations variées, ayant pour but de permettre aux malades de découvrir facilement le gland, où de l'avoir constamment découvert.

Au début de ma pratique, je me suis servi du bistouri pour faire l'opération du phimosis, mais j'y ai renoncé plus tard, pour ne plus employer que le caustique (1) ou l'électricité. La simplicité de l'opération et l'absence d'accidents me permettent d'espérer que mes procédés de cautérisation pourront entrer dans la pratique, et les observations qui suivent, mettront le lecteur en mesure de bien comprendre les différents manuels opératoires.

Obs. I. — *Phimosis avec adhérence partielle du prépuce au gland; section du prépuce au moyen de la galvano caustique thermique; déchirure des adhérences; guérison.*

Au commencement du mois de décembre 1871, Mme J... me consulta pour son enfant âgé de vingt et un mois, qui avait des envies fréquentes d'uriner. En l'examinant, je trouvais un phimosis complet très-étroit, et des adhérences entre le prépuce et le gland. Pensant que le phimosis pouvait jouer un certain rôle dans les troubles de la miction, je proposai à la mère la section du prépuce au moyen de la galvanocaustique, et elle fut acceptée.

Le 17, l'enfant ayant été soumis aux inhalations de vapeurs de chloroforme par M. le docteur Lecointe, j'introduisis entre le prépuce et la face dorsale du gland, dans la direction de l'axe de la verge, un petit gorgeret en buis, puis je glissai dans sa rainure une aiguille courbe portant un fil de platine assez fin, et je traversai le prépuce; j'enlevai l'aiguille, et je confiai le petit gorgeret à M. le docteur Quertier, qui en même temps maintint la verge dans une position fixe. Saisissant alors les chefs du fil avec deux pinces



montées sur les réophores d'une pile chirurgicale, je fis la section du prépuce sans écoulement sanguin. Je décollai lentement la portion du prépuce adhérente au gland, et la verge fut enveloppée avec un linge mouillé.

Le soir, M. le docteur Quertier fit remplacer le linge mouillé par un autre imbibé d'huile d'amandes douces. Ce pansement fut continuée jusqu'à la fin du mois, en ayant soin de baigner souvent la verge dans de l'eau de guimauve tiède.

Au commencement de janvier 1872, on remplaça l'huile d'amandes douces par de la pommade au ratanhia, et le 7 de ce mois le prépuce était cicatrisé. La plaie du gland produite par la déchirure des adhérences était encore recouverte d'une petite croûte, qui fut enlevée plusieurs fois, ce qui en retarda un peu la cicatrisation.

Quelque temps après, j'appris que la miction était redevenue normale.

Obs. II. — *Phimosis; section du prépuce et du frein au moyen de la galvanocaustique thermique ; guérison.*

M. V... âgé de trente-cinq ans, vint au mois de décembre 1871, me consulter pour une balanoposthite qu'il ne parvenait pas à guérir au moyen de lotions et d'injections appropriées. En l'examinant, je trouvai un phimosis congénital qui ne lui permettait pas de se traiter

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1866.

convenablement. Je lui proposai de faire disparaître le phimosis par une opération ne l'obligeant pas d'interrompre son service.

Le 31 décembre, M. V... vint chez moi, et assisté par M. le docteur Jaubert, je fis la section du prépuce à sa partie postérieure, ainsi que celle du frein sans écoulement sanguin, au moyen de la galvanocaustique thermique. L'opération terminée, je plaçai quatre serres-fines sur les deux lèvres de la plaie, pour en maintenir les bords rapprochés, et j'entourai la verge d'un linge imbibé d'eau froide. J'engageai le malade à le mouiller de temps en temps, et il retourna chez lui en voiture.

Le 2 janvier 1872, M. V... vint me voir en se rendant à son administration. Une serre-fine s'étant détachée, je la réappliquai, et je fis remplacer le linge mouillé par de la ouate de coton, que je recommandai au malade de changer tous les soirs.

Le 4, une autre serre-fine se détacha et ne fut pas remplacée; continuer le pansement ouaté.

Le 8, il ne restait plus que deux serres-fines; même pansement.

Les jours suivants elles se détachèrent et le malade continua à faire son pansement ouaté.

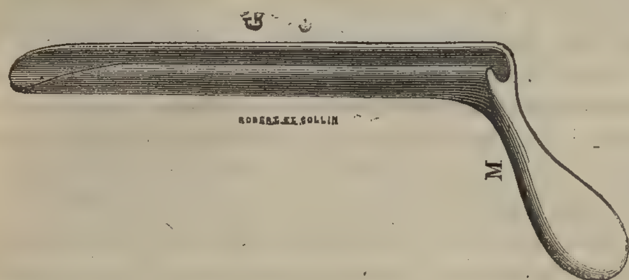
Le 22, la plaie étant presque entièrement cicatrisée, je l'engageai à ne plus faire de pansement.

Le 27, les deux lèvres de la plaie étaient cicatrisées, et le mois suivant il était complètement guéri.

Obs. III. — *Phimosis congénital; section du prépuce vis-à-vis la face dorsale du gland, en employant le sécateur galvanique; guérison.*

Dans les premiers jours du mois d'août 1872, M. C..., ouvrier gaînier, âgé de dix-huit ans, vint à mon dispensaire me consulter pour un phimosis congénital, dont il désirait être débarrassé avant d'avoir des relations sexuelles, afin d'éviter la gêne qu'occasionnerait l'étroitesse du prépuce.

Le 9 août, je fis asseoir M. C... sur un fauteuil et j'introduisis entre le prépuce et la face dorsale du gland un gorgeret en bois, dans la cannelure duquel je fis glisser un trocart explorateur; je perçai le



prépuce au niveau de la couronne du gland, puis je substituai au poinçon un fil de platine, et je retirai la canule du trocart. J'introduisis les chefs du fil dans la canule double du sécateur galvanique, et je serrai modérément la portion de prépuce à sectionner. Faisant toujours maintenir le gorgeret de bois dans la position indiquée plus haut, de manière à isoler le gland de l'anse métallique, je mis le sécateur en rapport avec une pile chirurgicale, et je fis la section sans écoulement sanguin. J'enveloppai la verge d'une compresse trempée dans de l'eau froide, et j'engageai M. C... à l'arroser fréquemment.

Le 17, je fis remplacer l'eau simple par de l'eau phéniquée.

Le 24, l'œdème prépucial ayant diminué, je fis panser la plaie linéaire résultant de l'opération avec un linge enduit de pommade au ratanhia.

Le 10 septembre, la cicatrisation était complète.

Obs. IV. — *Phimosis congénital; tumeurs épithéliales développées à la partie interne du prépuce; circoncision au moyen de la galvanocaustique thermique; guérison.*

Au mois de janvier 1873, M. le docteur Bastin, d'Asnières, m'adressa un vieillard, âgé de soixante-quinze ans, ayant un phimosis congénital et se plaignant de douleurs très-vives à la partie interne du prépuce. D'une belle constitution, M. F... avait toujours joui d'une bonne santé; marié à trente-six ans, il avait eu deux enfants. Il m'assura n'avoir jamais eu d'affection vénérienne. En l'examinant, je trouvai un phimosis complet, et sur les côtés du gland un épaississement du prépuce que je considérai comme produit par des tumeurs épithéliales développées du côté de la muqueuse. La première condition pour établir un diagnostic complet étant de pouvoir mettre le gland à découvert, je lui proposai le débridement dorsal, qui fut accepté.

Le 2 février, M. F... étant assis sur un fauteuil, je plaçai un gorgeret en bois sous le prépuce, vis-à-vis la face dorsale du gland, et je le confiai à mon confrère; puis, en faisant parcourir la rainure par un trocart explorateur, je perçai le prépuce au niveau de la couronne du gland, je substituai le fil de platine au poinçon, et je retirai la canule. Tout étant ainsi disposé et le gland bien protégé par le gorgeret, je saisis les chefs du fil métallique avec deux pinces en cuivre en rapport avec une pile Trouvé, et je fis une section linéaire du prépuce sans écoulement sanguin.

Le gland étant alors mis à découvert, il nous fut facile de vérifier le diagnostic, en constatant la présence de deux tumeurs épithéliales de plus de 0m 01 de long développées à la face interne du prépuce à droite et à gauche du gland. Il fut convenu que j'enlèverais toute la couronne du prépuce, mais l'opération fut ajournée, M. F... désirant être chloroformé. Je pratiquai seulement une section linéaire du prépuce du côté du frein.

Le 20, M. F... fut soumis aux inhalations de vapeurs de chloroforme par mon confrère, et lorsque l'insensibilité fut complète, je passai le fil de platine au-dessous de la tumeur épithéliale de gauche, et je le plaçai dans le sécateur galvanique. L'instrument mis en rapport avec la pile, je fis une section du prépuce le long de la couronne du gland, sans écoulement sanguin. Je saisis ensuite la portie supérieure du prépuce dans l'anse métallique, et j'en fis l'ablation en opérant de la même manière. Toute la portion gauche du prépuce était enlevée, ainsi que la tumeur épithéliale qu'elle portait. J'opérai de même du côté droit. L'opération terminée, la verge fut entourée d'un linge trempé dans de l'eau à la température de l'appartement, et j'engageai le malade à le renouveler fréquemment.

La fièvre traumatique fut légère et de courte durée.

Les jours suivants, M. F... dut tremper le linge entourant la verge dans de l'eau phéniquée au millième et la baigner dans de l'eau additionnée d'eau de Cologne après chaque mixtion. La cicatrisation marcha régulièrement et fut complète dans les premiers jours d'avril.

(*A suivre.*)

DES PARALYSIES LIÉES A LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE

par M. le docteur H. Rendu, ancien interne (médaille d'or) des hôpitaux de Paris (1).

Conclusions. I. Les paralysies qui surviennent dans le cours de la méningite tuberculeuse sont presque toujours des accidents tardifs de la deuxième période, et souvent des complic[illegible] ultimes. Au point de vue clinique, on peut les diviser [illegible] passagères et en paralysies permanentes.

II. Les paralysies passagères sont presque constamment précédées par des convulsions fortes : leur siége, leur marche, leur durée ne suivent aucune règle précise.

III. Les paralysies permanentes, au contraire, complètes ou incomplètes (ces dernières sont les plus communes), surviennent tantôt à la suite de petites secousses convulsives, en général peu intenses, tantôt graduellement au milieu d'un coma progressif. Elles siégent de préférence sur l'un des côtés du corps, peuvent être générales ou partielles, envahir à la fois les membres et plusieurs nerfs crâniens. Il existe des relations fréquentes de succession et de coïncidence entre ces paralysies et d'autres troubles de la motilité, tels que convulsions et contractures.

IV. Presque toujours la sensibilité est simultanément atteinte,

(1) In-8°. — Prix : 3 fr. — Paris, Adr. Delahaye.

rarement sous forme d'hyperesthésie, ordinairement sous forme d'une anesthésie plus ou moins absolue. Mais les altérations de la sensibilité ne correspondent pas exactement à celles du mouvement, et la sensibilité réflexe est très-peu modifiée.

V. L'examen nécroscopique ne montre de lésions constantes que pour le cas où la paralysie a été permanente ; les paralysies passagères et les paralysies ultimes ne se caractérisent par aucune altération spéciale.

VI. Ni la présence de granulations disséminées dans les méninges, ni l'existence d'un épanchement liquide dans les ventricules, ne suffisent à déterminer la paralysie.

VII. Il y a au contraire une relation constante entre la paralysie et l'abondance des exsudats qui siégent à la base de l'encéphale, surtout vers l'origine des scissures de Sylvius ; mais, à eux seuls, ils ne sauraient le provoquer directement.

VIII. On trouve presque toujours dans les centres nerveux des sujets paralytiques, soit des foyers de ramollissement et d'apoplexie capillaire, soit des tubercules cérébraux. Ces lésions ne siégent pas indifféremment dans toutes les régions de l'encéphale, mais elles se groupent particulièrement au niveau des corps striés, des couches optiques et des pédoncules cérébraux.

IX. Les foyers de ramollissement sont eux-mêmes la conséquence de l'oblitération des vaisseaux artériels par les exsudats fibrineux. Ils présentent plûtôt les caractères de la nécrobiose que ceux de l'encéphalite : ils semblent donc se rapprocher des foyers de ramollissement blanc consécutifs à l'athérome artériel.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 janvier 1874. — Présidence de M. DEVERGIE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'intérieur adresse à l'Académie un ouvrage en trois volumes, intitulé : *la Kabylie et les Coutumes kabyles*, par MM. Rousseau et Letourneur.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet une demande en exploitation d'une nouvelle source d'eau minérale sise dans la commune de Desaignes, Ardèche. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON-OFFICIELLE

La correspondance non-officielle comprend :

1° Une lettre de MM. les docteurs Paul Delmas et Larauza, annonçant l'inauguration d'une saison d'hiver à l'établissement thermal de Dax. (Commission des eaux minérales.)

2° Une lettre de M. le docteur Goubaux, accompagnant l'envoi d'une brochure sur une *variété nouvelle de monstre double parasitaire*.

3° D'une lettre de M. le docteur Calderon, accompagnant l'envoi d'une collection de la revue scientifique de l'association mexicaine *Medica pedro escobedo*.

4° Une lettre de M. Hardou, informant l'Académie de la découverte de boutons qui paraissant vaccinaux sur les pis de deux vaches appartenant à un fermier de Bonneuil. (Seine-et-Oise.)

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente le premier numéro du *Journal de Thérapeutique*, publié par M. Gubler, avec la collaboration de MM. les docteurs Bordier et Labbée.

M. GIRALDES offre en hommage, an nom de M. le docteur Bornes de Netty (États-Unis d'Amérique), un ouvrage intilulé : *Hygiène pratique*.

M. CHATIN dépose sur le bureau une brochure de M. Félix Achard sur la *résino thérapie chirurgicale*.

M. LARREY présente : 1° Au nom de trois médecins belges un rapport adressé à M. le ministre de l'intérieur sur la situation de l'enseignement de la gymnastique en Hollande, en Allemagne et dans les pays du Nord;

2° Au nom de M. le docteur Longet, médecin-major, une brochure intitulée : *Observations de plusieurs cas de laryngite pseudo-membraneuse*.

M. JULES GUÉRIN présente : 1° Au nom de M. le docteur Lefebvre, professeur à l'université de Louvain, une brochure intitulée : *Du choléra — Étiologie et prophylaxie*;

2° De la part de M. Germond de Lavigne le dixième volume de la *Gazette des Eaux*.

M. GUÉRARD dépose sur le bureau la relation de l'épidémie de fièvre rémittente typhoïde qui a sévi sur la garnison de la Fère en 1873, par M. le docteur Moizet, médecin à Paris.

M. TARDIEU présente, au nom de M. le docteur P. Bloc, une brochure intitulée : *Étude toxicologique et médicale* sur l'œnanthe safranée (Ænonthe crocata).

M. GUÉRARD présente, au nom de M. le docteur Guipon, une brochure intitulée : *le Siphon vésical dans le traitement des fistules urinaires*.

M. LABOULBÈNE, à propos du procès-verbal, dit avoir assisté aux expériences de Schiff, dont il a été fait mention dans la dernière séance, et avoir constaté comme M. Broca que les tendons des péroniers latéraux ne se luxaient pas alors qu'un bruit était produit par la contraction de ces muscles.

COMMUNICATION.

M. TARDIEU. Je viens entretenir l'Académie du monstre double qu'on montre en ce moment au Cirque et au sujet duquel plusieurs membres, entre autres M. le baron Larrey, avaient émis des doutes et demandé une enquête. M. Robin et moi, nous avons été désignés par M. le préfet de police pour procéder à cette enquête et, samedi dernier, à une heure, nous nous sommes rendus au Cirque, accompagnés d'un chef de division de la préfecture de police.

Nous n'avons pas pu obtenir de voir les deux sœurs entièrement nues ; par un sentiment de pudeur très-respectable, elles se sont refusées à se découvrir la partie inférieure de l'abdomen et à nous laisser examiner les organes pelviens.

Mais nous avons pu constater, par nous-mêmes, qu'elles étaient bien réellement unies, non-seulement par la peau qui se réfléchissait en passant de l'une à l'autre à la partie inférieure du dos, mais par une partie osseuse commune, appartenant à un double sacrum.

Du reste ces deux sœurs, mulâtresses à l'œil vif, sont très-différentes l'une de l'autre par la physionomie, par l'expression, par le mouvement : elles forment donc en réalité deux êtres avec deux cerveaux, deux intelligences, deux thorax, deux cœurs, etc. Les deux cœurs ne battent point d'une manière isochrone, nous l'avons constaté par l'auscultation directe et simultanée de l'une et de l'autre.

Jusqu'au point d'union, dans toute la moitié supérieure du corps, Millie et Christine ont, chacune, une circulation bien distincte, le pouls de Millie bat un peu plus vite que celui de sa sœur ; l'une ne sent pas quand on touche les bras, la tête ou la poitrine de l'autre. Mais les choses changent quand il s'agit des membres inférieurs ; bien que ces membres soient au nombre de quatre, deux pour chacune des deux sœurs, bien que chacune ait seule le pouvoir de mouvoir les siens, l'autre sent pourtant quand on les touche, et nous avons toujours trouvé le synchronisme le plus parfait dans les battements du système artériel de ces quatre membres. Ainsi les aortes doivent communiquer à leurs parties inférieures.

Accolées primitivement dos à dos, les deux sœurs ont fini par prendre une situation qui leur permet de se voir. Elles y sont parvenues en incurvant leur colonne vertébrale, l'une à droite, l'autre à gauche, ce qui raccourcit leur taille, et de cette manière le monstre double a pour ainsi dire une face antérieure et une face postérieure.

Une sage-femme allemande qui les accompagne nous a donné quelques détails sur les points que nous ne pouvons pas constater par nous-mêmes. Suivant son récit, les deux sœurs auraient un seul anus et une seule vulve, composée de deux demi-vulves fondues ensemble. Elles n'ont aussi probablement qu'un seul utérus, car elles sont toujours réglées en même temps. Elles éprouvent en même temps le besoin de la défécation et même celui de la miction, bien que les urèthres soient séparés, et probablement aussi les vessies. Ceci n'empêche pas que ce soient deux êtres dont l'un pourrait survivre à l'autre.

M. BROCA. J'ai eu, comme M. Tardieu et à un autre titre, l'occasion de voir Millie et Christine, et je désire ajouter quelques mots à la description qu'il en a donnée. La société d'anthropologie avait été invitée tout entière à une séance spéciale, et d'abord, au point de vue de la race, nous avons constaté que cet être double tenait beaucoup plus du nègre que du mulâtre, au moins en ce qui touche les caractères essentiels de la face : les lèvres sont retournées, la bouche repoussante; pourtant la couleur et les cheveux s'éloignent un peu du type nègre : on ne doit pas s'en étonner, car si la mère était mulâtresse, le père était Indien, ce qui constitue la race croisée nommée *zambo*.

Le point le plus curieux qui se fasse remarquer chez ce monstre, c'est bien sans doute la sensibilité commune des membres inférieurs; il semble qu'il y ait quelque chose de commun dans la partie inférieure de la moelle épinière, mais je ferai remarquer que, quand on touche la jambe de Christine, la sensibilité qu'on éveille chez Millie est peu précise, et *vice versa*. Jamais l'une ne peut dire sur quelle partie de la jambe ou du pied on a pincé, piqué, chatouillé l'autre; jamais non plus elle ne peut dire avec netteté quelle sorte d'impression on lui a fait ressentir; jamais elle ne se plaint d'une douleur proprement dite en pareil cas.

Ce n'est donc pas là une sensibilité commune réelle et complète : chacune ne sent bien que ce qui se passe de son côté.

Autre remarque : les membres inférieurs ne paraissent pas être égaux, mais aller par paires, pour ainsi dire, comme chez les frères siamois. En admettant pour ce monstre double une face antérieure, celle du côté de laquelle les deux têtes regardent, et une face postérieure, il paraît que les membres qui correspondent à la face antérieure sont de $0^m 04$ environ plus courts que les deux autres. Ces membres sont situés plus en dedans et les deux autres se placent plus en dehors quand le monstre double veut marcher ou danser à la fois avec ses quatre jambes. Mais il peut aussi soulever les deux antérieures et se servir uniquement des deux plus longues; la marche, dans ce cas, paraît encore facile et régulière.

Quant aux organes pelviens, que nous n'avons pas pu examiner, pas plus que M. Tardieu, on peut du moins avoir une idée de la disposition de leurs parties externes d'après des descriptions faites en Amérique lorsque les jeunes filles avaient quatre ou cinq ans, et d'après des détails fournis par le chirurgien anglais Bankroft, qui fut chargé de leur ouvrir un abcès dans cette région. L'anus unique est situé assez près de la face antérieure du monstre, la vulve transversale se tendant entre les deux paires de membres, se termine de chaque côté par un orifice uréthral et un clitoris.

Quand M. Bankroft a examiné ces deux jeunes filles, elles avaient deux hymens; par conséquent il doit y avoir deux vagins et deux utérus; le cadre seul de la vulve est commun, les grandes lèvres de chaque côté s'étant fusionnées.

Il ne faut pas s'étonner que les besoins de défécation et de miction soient simultanés. D'abord c'est affaire d'habitude; puis ces jeunes filles mangeant toujours en même temps, leur digestion doit être terminée en même temps. Ainsi cela ne prouve pas que la fusion du gros intestin doive s'étendre bien haut.

Nous avons remarqué, comme M. Tardieu, que les battements des artères des jambes étaient simultanés, tandis que ceux des radiales et des cœurs ne l'étaient pas.

M. MAREY. Une chose m'étonne dans les récits concordants de MM. Broca et Tardieu, c'est le synchronisme parfait des battements artériels dans les jambes des deux jumelles. Il devrait y avoir des différences, dues aux différences remarquées dans les contractions des deux cœurs; malgré les communications qui peuvent exister entre les aortes, les deux ondes primitives devraient rester distinctes.

M. BOUILLAUD. C'est exactement ce que j'allais dire : il ne me paraît pas possible de comprendre comment les deux cœurs, qui sont les deux moteurs, battant différemment, l'effet peut être le même dans les artères des jambes.

A cinq heures moins le quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Dolbeau sur les titres des candidats à une place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

Par décret en date du 10 janvier 1874, ont été promus au grade d'officier dans la Légion d'honneur : MM. Bain, chirurgien-major en retraite, et Fabre, médecin de la grande chancellerie.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Cancer de l'estomac.

Dans ses dernières leçons de décembre et dans sa première de janvier, M. le professeur Béhier a entretenu son auditoire de plusieurs cas de cancer de l'estomac qui se sont trouvés simultanément dans son service. L'objet principal de ces leçons a été de discuter et d'établir le diagnostic pour chacun de ces cas, de signaler les difficultés de ce diagnostic au début, et de montrer, par leur rapprochement et leur comparaison, combien les faits cliniques de même nature diffèrent souvent entre eux et diffèrent surtout du type abstrait des descriptions classiques.

Ainsi, sur les trois premiers malades dont M. Béhier a entretenu ses auditeurs, deux présentaient la plupart des symptômes rationnels d'un cancer de l'estomac, l'un avec une tumeur douteuse, l'autre sans aucune tumeur épigastrique appréciable, mais avec une tumeur abdominale suspecte et à siége insolite; entré à l'hôpital pour une *phlegmatia alba dolens*, avec quelques symptômes de nature à faire suspecter une tuberculose, mais n'ayant présenté jusque-là aucun des signes habituels du cancer de l'estomac, n'ayant eu ni vomissements ni troubles gastriques, l'exploration fit découvrir dans la région épigastrique l'existence d'une tumeur dont les progrès ultérieurs ont révélé, d'une manière non douteuse, la nature maligne.

Deux autres cas nouveaux se sont montrés depuis et qui n'offrent pas moins d'intérêt par quelques particularités qui les distinguent encore des trois cas précédents ; ce sont ceux qui ont fait le sujet de la dernière leçon. Ces leçons devant être prochainement publiées, nous nous abstenons d'insister davantage en ce moment sur ces faits. Mais, en nous bornant à les mentionner, nous ne voulons pas laisser échapper l'occasion de signaler, en passant, la circonstance particulière qui distingue l'un d'entre eux, l'existence d'un carcinome généralisé.

Carcinomes généralisés.

L'un de ces malades est un homme âgé de cinquante-huit ans, forgeron, entré le 22 décembre et couché au n° 25 de la salle Sainte-Jeanne; cet homme, à la suite des privations nombreuses qu'il a subies pendant le siége, jointes sans doute aux excès de boissons alcooliques, éprouva pour la première fois, à cette époque, les premiers troubles gastriques, sensation de malaise vague dans la région de l'estomac, avec diminution et irrégularité de l'appétit. Ces premiers symptômes s'accentuant de plus en plus, il s'y joignit bientôt des vomissements glaireux, les forces ne tardèrent pas à décliner. Enfin, au mois d'août dernier, il fut pris de vomissements noirs abondants et de selles noires. A dater de ce moment il tomba dans un état de dépérissement profond; les vomissements devinrent de plus en plus fréquents, presque continus et accompagnés de douleurs violentes et d'insomnie persistante.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, le malade est dans le degré le plus extrême d'émaciation et de cachexie, moins toutefois la teinte caractéristique de la face remplacée par la teinte simplement anémique; il vomit par régurgitation tous les aliments solides ou liquides, sitôt ingérés ; et l'on constate à la palpation, au niveau du creux épigastrique et sous le rebord des fausses côtes gauches une induration en plaque avec son mat à la percussion.

On constate, enfin, et c'est là surtout ce que nous tenons à signaler pour le moment, l'existence, sur les parois du ventre et de la poitrine, d'un grand nombre de petites tumeurs dures, non douloureuses à la pression, sans changement de couleur à la peau, d'une forme assez régulièrement sphérique, variables par leur volume et ressemblant au premier aspect à ces petites tumeurs cutanées connues sous le nom de molluscum; étiquette sous laquelle on a confondu des tumeurs de nature fort diverse, y compris même le carcinome, et qui en réalité ne sont autre chose qu'une multitude de petits carcimones, ainsi que l'a démontré d'ailleurs l'examen microscopique que M. Liouville a fait de l'une d'elles et qu'il a bien voulu nous permettre de vérifier.

C'est surtout sur le ventre qu'elles sont les plus nombreuses et qu'elles ont acquis le volume le plus considérable. Elles y sont presque confluentes. La plus grosse, située près de l'ombilic, a bien le volume d'une grosse noisette. C'est là le foyer principal d'où elles semblent s'être irradiées ensuite sur les autres parties du corps. Elles sont plus disséminées et généralement plus petites sur les parois de la poitrine. Les plus grosses ne dépassent pas le volume d'une lentille. On en voit quelques-unes, mais beaucoup plus clair-semées encore et très-petites, sur le cuir chevelu, sur la face et sur la peau du bras et de la face antérieure des cuisses. La peau glisse et se déplace aisément sur ces tumeurs, qui ne paraissent pas adhérer davantage sur les plans aponévrotiques des muscles, ce qui leur fait assigner naturellement pour siége le tissu cellulaire sous-cutané. Aucun phénomène spécial appréciable n'a accompagné

le développement de ces tumeurs; elles ne gênent en rien le malade, qui semble en être plutôt intrigué qu'inquiété. Les ganglions inguinaux des deux côtés sont durs et légèrement augmentés de volume. Ceux de l'aisselle, du cou et de la région sous-occipitale sont sains. Rien dans les poumons.

Par une de ces coïncidences bizarres et toutes fortuites, que que nous avons eu souvent l'occasion de constater pour les cas réputés rares, un malade est entré le 31 décembre dans le service de M. le professeur Richet, présentantant une lésion tout à fait semblable. C'est un ouvrier maçon qui paraît avoir subi de longues privations. Depuis cinq mois environ, cet homme éprouva, surtout avant le repas, un sentiment de brûlure intérieure accompagné de sortes de palpitations. Ces douleurs ont été suivies de vomissements de matières filantes, sans mélange de sang, quelquefois de vomissements alimentaires. Il a eu en outre, dit-il, du mal à avaler. Ces douleurs semblent s'être un peu calmées dans ces derniers temps.

L'examen extérieur a fait reconnaître chez ce malade l'existence d'une tumeur du scrotum, du côté gauche, tumeur assez volumineuse, résistante et paraissant adhérer à la branche ilio-pubienne du bassin. Tout porte à faire présumer que cette tumeur est constituée par la dégénérescence carcinomateuse du sac d'une ancienne hernie. Le malade rappelle qu'il avait, en effet, autrefois, une hernie qui, depuis quelque temps, ne sortait plus. Les ganglions inguinaux sont augmentés de volume, surtout du côté gauche, et les veines saphènes forment des cordons durs et résistants à la surface interne des cuisses.

Cet homme présente, en outre, sur la face et sur la partie antérieure du tronc, un grand nombre de petites tumeurs mamelonnées, très-dures, indolentes, ne se laissant point déprimer sous le doigt, et paraissant adhérer intimement à la face profonde du derme. Quelques-unes ont une coloration rougeâtre non inflammatoires; la plupart ne tranchent pas sur la couleur de la peau. Les plus volumineuses ont environ 40 millimètres de diamètre; les plus petites n'ont que de 3 à 4 millimètres. Il en existe deux à la région temporale gauche, quatre placées à peu près symétriquement par paires de deux côtés du thorax; les autres sont inégalement réparties sur les parois de l'abdomen, au nombre de dix-huit à vingt environ.

Le point de départ probable de ce carcinome généralisé est dans une affection viscérale présumable ou tout au moins dans la tumeur maligne intra-scrotale.

Ce malade n'ayant fait qu'un très-court séjour dans les salles de M. Richet, nous n'avons pas eu le loisir de l'examiner.

L'intérêt principal de ce fait est dans son rapprochement avec le fait précédent et dans la coïncidence de ces deux spécimens d'une affection rare; pas assez rare, cependant, pour que nous n'ayons le souvenir de quelques cas semblables, notamment d'un cas extrêmement curieux dont nous avons été témoin, dans le temps, à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay, et que nous avons rapporté dans la revue clinique du 9 avril 1859. C'est celui d'une femme de cinquante-deux ans qui portait cent trente-deux tumeurs cancéreuses de divers volume, réparties dans les diverses régions du corps.

Un fait semblable, observé dans le service de M. Chassaignac à l'hôpital Lariboisière, a été publié également dans la *Gazette des Hôpitaux* (numéro du 27 octobre 1863).

Nouveaux exemples de sclérodermie

Nous avons entretenu plusieurs fois nos lecteurs, dans le courant de l'année dernière, de cette altération spéciale des téguments désignée sous le nom de sclérodermie, paraissant dépendre d'une lésion des centres nerveux trophiques. M. le docteur Liouville, au nom de M. le docteur Ball et au sien propre, a communiqué à la Société de biologie, dans une de ses dernières séances, la relation d'un nouvel exemple de ces troubles trophiques multiples de la périphérie du corps, observé récemment à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Béhier.

Il s'agit d'une femme de quarante et un ans, qui présentait différentes modifications de la peau et du squelette, plus ou moins profondes, suivant certains points, aux mains, aux coudes, à l'épaule, aux pieds, au niveau des plis articulaires, dans le sens de l'extension surtout, et à la face.

Elle avait perdu une portion d'un doigt de la main gauche, presque toutes les articulations de la main droite étaient le siége d'arthropathies. Le début de cette affection paraissait remonter, suivant la malade, à plusieurs années.

Ce qui a frappé surtout l'attention de ces deux observateurs chez cette femme, c'est le contraste qui semblait exister entre ces délabrements périphériques profonds et nombreux, cette sorte de cachexie périphérique, et l'état général, qui paraissait assez bon et qui semblait n'indiquer aucune lésion, aucun trouble notable dans les principaux organes.

Cependant le système nerveux ne paraissait pas être resté intact. A diverses reprises, on avait constaté quelques troubles des sens. De plus, le malade accusait depuis quelque temps une susceptibilité extrême au refroidissment des extrémités et une prédisposition toute particulière aux engelures.

Cette affection, quelque traitement que l'on ait employé, a toujours suivi une marche lentement, mais incessamment progressive.

M. Liouville a eu, en outre, de M. Demange, interne à Saint-Louis, communication d'un autre fait du même genre observé à la même époque dans le service de M. le docteur Vidal.

Une femme de trente-trois ans, ayant eu à supporter de grandes misères et des surexcitations nerveuses considérables, présente des lésions tout à fait semblables à celles de la malade précédente, et portant également sur différents points du corps.

Ces faits devant être publiés plus tard avec détails, nous y rechercherons ce qu'ils pourront nous apprendre de nouveau ou d'intéressant sur cette affection actuellement à l'étude.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Duplay.

Bec de lièvre unilatéral, compliqué de division de la voûte palatine et du voile du palais, avec saillie considérable en avant de la moitié droite de la division osseuse. Procédé opératoire spécial (1).

Au mois d'août de cette année est entré dans mon service de l'hôpital Saint-Antoine, un enfant de dix mois, atteint d'un bec de lièvre complexe et qui présente les particularités suivantes : la lèvre est divisée dans toute sa hauteur, depuis la narine gauche jusqu'au bord libre. Outre un écartement de 0^m01, les bords de la fissure sont inégaux et situés sur un plan différent; le bord droit proémine fortement en avant, ce qui tient à la disposition des parties osseuses sous-jacentes. En effet, la fissure alvéolaire présente un écartement correspondant, et le bord qui la limite à droite est projeté en avant et forme, par rapport au bord gauche, situé en arrière, une saillie d'environ 0^m01. La narine gauche est considérablement aplatie et la cloison des fosses nasales fortement déviée à droite. En-

(1) Lu à la société de chirurgie, séance du 3 décembre.

fin mentionnant l'extension de la fissure labio-alvéolaire à la voûte palatine et au voile du palais.

La disposition toute particulière des bords de la fissure alvéolaire rendait inutile toute tentative de restauration ; les deux parties de la lèvre ne pouvaient être réunies à cause de la saillie du bord droit de la division osseuse, et avant de songer à une réparation des parties molles, il fallait faire disparaître cette saillie. Je songeai à atteindre ce but sans rien sacrifier, et même en utilisant la partie saillante pour combler un hiatus du bord alvéolaire. Voici le procédé auquel j'eus recours.

Après avoir avivé dans toute leur hauteur les deux bords de la fissure osseuse et détaché les deux parties de la lèvre unies à la face antérieure du maxillaire, j'incisai la muqueuse gingivale verticalement et dans toute la hauteur de la face antérieure du maxillaire, à droite de la ligne médiane et à une distance correspondant à peu près à l'union de l'os incisif avec le maxillaire droit. Cela fait, le tranchant d'un ciseau fut porté directement d'avant en arrière au niveau de l'incision et, par quelques coups de marteau je fracturai l'os et j'essayai de faire basculer la portion ainsi détachée et de la refouler en arrière. Mais le fragment osseux était encore retenu par la cloison fortement déviée à droite, et je dus en faire la section.

Dès lors, la mobilisation du fragment devint facile, je le fis basculer d'avant en arrière et j'obtins sans difficulté la coaptation des bords droit et gauche de la fissure qui avaient été préalablement avivés, comme on l'a dit : deux points de suture métallique, dont l'un passait à travers les os, servirent à maintenir cette coaptation. Il est inutile d'ajouter que, sauf la plaie existant au niveau de la fracture artificielle, la portion osseuse déplacée était entourée de tous côtés par les parties molles et que la muqueuse palatine, en particulier, avait été soigneusement ménagée, condition qui devait assurer la vitalité de ce fragment.

Par ce procédé, la saillie osseuse avait complétement disparu, en même temps que l'énorme hiatus du bord antérieur du maxillaire; l'arcade alvéolaire était régulière, et la réparation de la lèvre devenue possible fut pratiquée d'après le procédé de Giraldès.

Le résultat de cette opération fut des plus satisfaisants. La lèvre se réunit bien et le fragment osseux, d'abord assez mobile, ne tarda pas à se consolider. Au vingtième jour je dus enlever les fils de la suture osseuse parce que les parents de l'enfant voulaient absolument partir. A cette époque la consolidation du fragment était presque complète et c'est à peine si l'on pouvait lui imprimer de très-légers mouvements. J'ai appris depuis que la consolidation s'était entièrement achevée. J'ajouterai, pour rassurer ceux qui pourraient avoir des craintes sur l'influence fâcheuse de cette opération sur les follicules dentaires, que cinq jours après l'opération, une incisive médiane a fait son apparition et a été suivie, dix jours après, d'une seconde dont l'évolution s'est faite rapidement.

HOTEL-DIEU DE NANTES. — M. Letenneur.

Kyste multiloculaire de la mâchoire inférieure (1).

Le 21 mars 1861, j'ai adressé à la Société de chirurgie une observation de kyste multiloculaire du maxillaire inférieur que j'avais opéré le 7 janvier 1857. Lorsque je fis cette communication, le malade me paraissait radicalement guéri. Cette guérison s'est maintenue jusqu'en 1869, c'est-à-dire pendant douze ans.

A cette époque, je dus pratiquer une seconde opération, qui ne procura qu'un soulagement momentané, puisque je viens d'être obligé dernièrement (20 juin 1873) de faire l'ablation complète de toute la moitié malade du maxillaire.

Je crois de mon devoir de faire connaître à la Société de chirurgie le complément de cette curieuse observation, insérée dans les Bulletins de 1861, page 476.

Lorsque j'opérai le malade pour la première fois, le kyste, ou plutôt la tumeur kystique, offrait le volume des deux poings. Une incision faite à la lèvre inférieure et prolongée le long du bord de la mâchoire me permit de découvrir cette énorme masse ; je l'enlevai entièrement en laissant entre les parties saines du corps et de la branche de l'os une bande osseuse dont la face supérieure fut, par prudence, cautérisée énergiquement avec le fer rouge.

Le visage avait repris une telle régularité, la cicatrice était si linéaire, qu'il était difficile de comprendre la gravité de l'opération qui avait été pratiquée. Je dois ajouter que les portions de périoste conservées avaient contribué à augmenter l'épaisseur de la bande osseuse que j'avais eu soin de conserver. En ce point, la mâchoire ressemblait, au bout d'un an ou deux, à la mâchoire des vieillards, lorsqu'après la chute des dents les alvéoles ont disparu.

Tout permettait donc de croire à une guérison durable, lorsqu'en 1869, Herbreteau (c'est le nom du malade) constata l'existence, dans l'angle formé par le corps et la branche du maxillaire, d'une tumeur qui acquit bientôt le volume d'une orange mandarine.

Cette tumeur offrait tous les caractères d'un kyste osseux, et je me hâtai de l'opérer.

Ce kyste avait des parois osseuses très-résistantes, excepté dans sa partie la plus saillante, où la coque osseuse était remplacée par des tissus fibreux. La membrane muqueuse était saine sur tous les points.

Une ouverture faite au kyste avec le bistouri me permit, au moyen de longs et forts ciseaux courbes et de pinces de Liston, d'enlever toute la tumeur, dont le fond inégal et cloisonné fut cautérisé avec le fer rouge. Cette opération put être pratiquée par la bouche, sans qu'il ait été nécessaire de faire des incisions au visage.

Une hémorrhagie abondante, qui se déclara dans la soirée qui suivit l'opération, nécessita l'emploi de divers astringents et enfin du fer rouge, dont il fallut faire plusieurs applications pour se rendre maître du sang. Il est probable que l'artère dentaire inférieure a été la source de l'hémorrhagie.

Les accidents se reproduisirent pendant trois jours plusieurs fois dans la journée, et nécessitèrent l'usage répété du cautère actuel et du tamponnement avec des boulettes de charpie imprégnées de perchlorure de fer.

J'espérais que ces cautérisations nombreuses seraient une garantie contre une nouvelle récidive de la maladie. Il n'en fut rien.

Un an après, le corps et la branche de la mâchoire avaient acquis un volume assez considérable, et il devenait évident que le mal envahissait toute la moitié droite de l'os.

Au mois de septembre 1872, la tumeur bosselée, très-volumineuse, repoussait la langue, soulevait la joue et déprimait le plancher de la bouche. En avant, elle avait pour limite la dent canine, dont la racine plongeait dans une partie déjà manifestement malade.

Le bord de la mâchoire n'existait plus, il était remplacé par une large surface osseuse qui fournit la paroi inférieure de la tumeur. Toute la branche de l'os était envahie et offrait une épaisseur considérable.

Il n'était plus possible de songer à une résection partielle, il fallait désarticuler la mâchoire. Le malade hésita et retourna chez lui.

Dans le courant de l'hiver 1872-1873, le mal fit des progrès dans toutes les directions et atteignit le voisinage de la symphise du menton.

Pendant ce temps, il survint des douleurs très-vives accompagnées de gonflement que le malade comparaît à une fluxion dentaire. Ces poussées inflammatoires se renouvelèrent souvent et finirent par constituer un état permanent.

Dans l'espoir de calmer des douleurs devenues intolérables, Herbreteau fit, dans la partie la moins résistante de la tumeur, une ponction avec une aiguille à tricoter. Il s'écoula du sang et une matière visqueuse. Un léger soulagement engagea le malade à multiplier ces ponctions, mais bientôt les petites ouvertures donnèrent issue à du pus ; il s'établit de véritables fistules sur la surface muqueuse de la tumeur, et la bouche était sans cesse souillée par du pus souvent fétide.

Cet état s'aggravant de jour en jour, le malade se décida enfin à venir me voir et à me demander son admission à l'Hôtel-Dieu comme pensionnaire.

Alors (15 mai 1873), je trouvai la joue extrêmement tuméfiée, rouge, douloureuse au toucher, avec un empâtement qui faisait pré-

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 24 décembre 1873.

sager une suppuration profonde. Dès le lendemain, la rougeur s'étendit sur tout le côté droit du visage et à l'oreille, qui se couvrit de phlyctènes. J'étais donc en présence d'un érysipèle avec une périostite aiguë. Cette dernière maladie s'étendant très-haut vers le condyle, je fis au bord de la mâchoire une incision de 0m04 à 0m05, en ayant soin de comprendre le périoste dans l'incision. En outre, avec une spatule, je décollai le périoste dans une hauteur de 0m02 ; je mis à nu un orifice osseux communiquant avec le kyste purulent et pouvant permettre à une partie du pus de s'écouler au dehors. Cette opération soulagea le malade, mais n'eut aucune influence sur la marche de l'érysipèle, qui passa bientôt au côté gauche de la face et envahit le cuir chevelu. Il y eut du délire qui disparut après l'administration de 0gr 05 d'émétique en lavage.

Le malade resta très-affaibli après cet érysipèle, et j'attendis jusqu'au jeudi, 5 juin, pour faire l'ablation de la moitié du maxillaire.

La tumeur faisait saillie surtout en bas et en dedans ; elle repoussait la base de la langue à gauche, repoussait le muscle sterno-mastoïdien, repoussait l'os hyoïde et semblait comprimer les gros vaisseaux du cou.

Opération. — L'incision suivit la cicatrice de la première opération, le lambeau fut détaché avec la spatule et avec les doigts ; l'os fut scié à gauche de la symphise au moyen de la scie à chaîne, et les parties molles qui étaient fixées à sa face interne furent décollées de la même manière qu'à la face externe. Les inégalités nombreuses que présentaient les surfaces osseuses rendirent assez difficile l'isolement de l'os. Le tendon du temporal fut coupé avec de longs ciseaux courbes, après quoi la désarticulation se fit sans effort.

L'artère faciale, oblitérée par suite de la première opération, ne donna pas de sang, et, après un quart d'heure d'attente, je procédai à la suture entortillée sans avoir eu à faire une seule ligature.

Trois heures après l'opération, il se fit par la bouche un écoulement de sang assez abondant pour effrayer le malade.

On dut alors enlever quelques épingles pour lier trois artérioles; après quoi l'hémorrhagie s'arrêta.

Les suites de l'opération furent très-simples; mais, au bout de huit jours, nous remarquâmes un gonflement notable de la région temporale, où un abcès allait évidemment se former.

Cet abcès s'écoula par la bouche, sous l'influence de pressions répétées faites par le malade lui-même, et la région temporale ne tarda pas à reprendre son aspect normal.

Vingt jours après l'opération, Herbreteau retourna chez lui. Il revint nous voir deux fois dans les trois mois qui suivirent son opération. Son état était excellent, mais le côté droit du visage était encore plus volumineux que le côté sain. La sensibilité de la peau de ce côté est très-faible, mais non abolie. La mastication se fait sans difficulté, et les aliments les plus durs sont broyés comme autrefois. Cette énergie des muscles élevateurs contraste singulièrement avec la mobilité de la mâchoire dans le sens latéral, puisqu'elle obéit à la pesanteur lorsque le malade se couche sur l'un ou l'autre côté.

Cette troisième opération pratiquée à Herbreteau sera-t-elle la dernière? Nous devons l'espérer, car il n'est pas probable que la dégénérescence kystique se propage dans la partie gauche du maxillaire, en franchissant la symphise.

La moitié du maxillaire enlevée dans cette opération est complétement déformée. Elle est creusée dans toutes ses parties, le condyle excepté, de dépressions nombreuses et de cloaques analogues à ceux qu'on observe dans l'étui osseux entourant les séquestres. Sur la surface de section faite par la scie, une vacuole osseuse, ou kyste rudimentaire, a été ouverte ; une petite portion des parois de ce kyste est donc restée sur la portion saine du maxillaire, mais cette circonstance ne m'a pas paru avoir d'importance au point de vue de la récidive.

En comparant la pièce anatomique à ce que j'avais constaté un an auparavant, c'est-à-dire avant les périostites successives et l'inflammation suppurative de la membrane interne des kystes, je suis porté à croire que des portions considérables de la coque osseuse ont été détruites ou résorbées.

Alors, en effet, le toucher faisait reconnaître, presque partout, une surface osseuse résistante, facile à constater sous la membrane muqueuse saine et mobile.

Au moment de l'opération, au contraire, la tumeur était formée, dans une partie de son étendue, par les parties molles indurées, au milieu desquelles on retrouvait, çà et là seulement, des portions de la forte coque que j'avais reconnue l'année précédente.

C'est dans la branche du maxillaire et dans la bandelette osseuse conservée, entre la branche et le corps de l'os, dans la première opération, que la maladie s'est reproduite.

Le condyle et une partie de son corps sont intacts.

L'apophyse coronoïde a la forme d'une pyramide quadrangulaire creusée à sa base d'une cavité de 0m 01 de diamètre. A partir de là jusqu'au point de section près de la symphyse, le maxillaire est réduit à une lame irrégulière trouée en divers points et offrant à sa face interne des saillies et des dépressions nombreuses. C'est de là que partent les membranes ostéo-fibreuses constituant des kystes de diverses grandeurs.

Les plus volumineux communiquent entre eux et contenaient, avant l'opération, une grande quantité de pus.

Les kystes de moindre volume formés en dernier lieu, et les plus rapprochés de la ligne médiane, étaient remplis par des fongosités développées sur leurs parois enflammées.

Il ne reste pas la moindre trace du canal dentaire inférieur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 décembre (1). — Présidence de M. TRÉLAT.

M. MAGITOT continue en ces termes sa communication :

L'étiologie et la pathogénie de la nécrose phosphorée sont donc, comme on voit, l'objet de dissidences nombreuses, ce qui signifie qu'elles restent entourées d'une grande obscurité.

En est-il de même de la thérapeutique ?

Plusieurs méthodes ont été proposées; on peut les résumer en deux principales.

L'une consiste à n'intervenir qu'après la mobilisation complète du séquestre. C'est l'opinion émise par Lorinser et adoptée par MM. Lailler et Trélat.

L'autre a pour principe d'opérer avant la mobilisation du séquestre et aussitôt que la mortification a été exactement reconnue. Elle a été mise en pratique par Langenbeck, Billroth et Haltenhoff. En France, plusieurs chirurgiens s'y sont ralliés : MM. Dolbeau, Maisonneuve et Guérin, par exemple.

On a reproché au premier procédé de laisser la nécrose abandonnée sans résistance à sa tendance à la progression, et l'on sait que des os maxillaires elle peut passer à ceux de la face et du crâne. Elle atteint ainsi parfois, comme nous l'avons vu récemment chez un malade de M. Verneuil, jusqu'au sphénoïde et à l'apophyse basilaire. De plus, les malades sont livrés à une suppuration abondante qui amène rapidement l'état cachectique. Enfin, ainsi que le rappelait dernièrement M. Guérin, elle expose les malades à la nécrose secondaire des ostéophytes, ce qui les prive des bénéfices de la régénération partielle de l'os.

A la méthode de l'intervention précoce, on objecte qu'elle expose les malades aux inconvénients et aux dangers d'une opération qui, n'ayant pas pour résultat de les débarrasser entièrement de la partie altérée, leur laisse toutes les chances de retour ultérieur.

Entre ces deux méthodes se placent plusieurs opinions intermédiaires, celle de M. Verneuil, par exemple, qui, pour éviter les lenteurs de la mobilisation spontanée, l'empoisonnement pyohémique des malades et les douleurs vives qui les torturent parfois, propose, soit au travers des orifices fistuleux, soit par quelque débridement, de pratiquer la segmentation des séquestres. Enfin celle de M. Chassaignac, qui rappelle très-justement les services que peuvent rendre les pratiques destinées à provoquer l'écoulement des liquides et à favoriser la limitation du mal, l'irrigation et le drainage, par exemple.

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 janvier 1874.

Sans prétendre juger cette question chirurgicale, (nous n'avons ni l'expérience, ni l'autorité suffisante pour cela), il nous semble que les dissidences qui séparent les chirurgiens ne sont pas telles qu'elles ne puissent s'effacer devant les indications plus ou moins impérieuses de chaque cas particulier. Le choix de la méthode opératoire est alors soumis aux circonstances; il s'impose même parfois au chirurgien. Nous l'avons vu récemment dans le fait présenté par M. Tillaux, où, dans un cas d'invagination du séquestre, il avait résolu de pratiquer l'ablation totale du maxillaire inférieur.

Toutefois, nous ne pensons pas que la société puisse admettre un procédé qui aurait pour principe de pratiquer prématurément, au début de la nécrose, l'ablation totale du maxillaire atteint, c'est-à-dire la résection dans le vif au-delà des portions nécrosées.

Telle serait pourtant la méthode préconisée par M. Haas, suivant en cela une idée déjà formulée par Billroth.

Six observations terminent son travail :

La première est relative à la résection totale de la moitié gauche d'un maxillaire inférieur chez un malade atteint depuis environ six mois seulement d'une nécrose phosphorée ayant débuté à la suite de la carie d'une dernière molaire. La section de l'os fut faite à la symphyse et le condyle désarticulé. A l'examen de la pièce, M. Haas constata que la seule portion mortifiée était la région de la branche horizontale correspondant à la molaire en question. Les portions voisines de l'os présentaient, dans une étendue limitée, quelques phénomènes qui peuvent se rattacher, ce nous semble, à l'ostéite à forme condensante.

La seconde nécrose est encore relative à une nécrose du maxillaire inférieur. La résection de toute la moitié gauche de l'os fut pratiquée comme dans le cas précédent, et l'examen de la pièce montra que la lésion ne s'étendait que de la ligne médiane à la seconde petite molaire inclusivement.

Dans une troisième observation, M. Haas n'eut qu'à pratiquer l'ablation pure et simple d'un maxillaire inférieur totalement nécrosé et mobile.

L'observation est relative à une femme affectée de nécrose du maxillaire supérieur gauche. L'os fut réséqué en totalité; l'opération fut longue et laborieuse. M. Haas la décrit minutieusement et la justifie par les douleurs intolérables qu'éprouvait la malade. L'examen de la pièce montra que le tiers seulement du maxillaire était nécrosé; le reste était sain.

L'observation V, qui porte sur l'ablation d'un maxillaire supérieur droit, n'est pas complète. La pièce n'a pas été décrite, nous ne pouvons donc en tenir compte.

L'observation VI et dernière est relative à un cas de propagation de la nécrose du maxillaire supérieur droit aux os propres du nez à l'arcade sous-orbitaire et jusqu'au temporal. La malade mourut sans être guérie.

En résumé, des six observations de l'auteur, trois seulement portent sur des nécroses partielles traitées par l'ablation totale des maxillaires correspondants? L'un des trois malades mourut de tuberculose aiguë; les deux autres n'ont pas été revus, ou du moins M. Haas ne mentionne pas leur état ultérieur. Enfin, les pièces décrites ont montré que l'opération avait de beaucoup dépassé les limites du mal.

Nous laisserons à la Société le soin de juger la valeur du procédé opératoire, mais il nous semble difficile de ne pas conclure que la pratique de M. Haas n'est pas en vérité suffisamment justifiée par le fait qu'il a porté à notre connaissance.

En résumé, nous avons l'honneur de vous proposer :

1° De remercier M. Haas de sa communication;

2° De renvoyer son travail au comité de publication. — Adopté.

M. DOLBEAU. M. le rapporteur m'a rangé, ce me semble, parmi les partisans des résections hâtives dans les nécroses phosphorées. Ce n'est pas exact. Lorsque la santé générale du sujet est fortement ébranlée, je suis d'avis d'accélérer les éliminations des séquestres et de réséquer partiellement, mais seulement lorsque l'état général l'exige. Je pense, en outre, que la nécrose phosphorée se comporte à part la lenteur dans la marche et la cause qui la produit absolument comme toutes les autres nécroses et qu'elle n'offre rien de spécifique.

M. VERNEUIL. Je ne comprends pas que l'on parle des résections quand il s'agit de nécrose. — Lorsqu'il y a des séquestres, il faut les enlever. On discute pour savoir si l'opération sera précoce prématurée, tardive; — mais qu'entend-on par une opération précoce? Est-ce une opération faite trop tôt ou de bonne heure. J'ai déjà formulé mon opinion plusieurs fois ici sur ce sujet. Aussitôt qu'un séquestre est isolé, j'ai soin de ne pas dire mobilisé, il faut en pratiquer l'extraction. Les séquestres s'isolent-ils plus tardivement dans la nécrose phosphorée que dans les autres nécroses? C'est à M. le rapporteur de nous fixer à cet égard; nous savons seulement en effet que dans les nécroses ordinaires le séquestre est isolé vers le troisième mois après le début de la maladie. Il me paraît important de ne pas attendre pour opérer dans la nécrose phosphorée que la cachexie survienne, car on se trouve alors en présence de lésions viscérales profondes.

M. MAGITOT. La Société a remarqué avec quelles réserves je me suis exprimé dans le rapport au sujet des deux principales questions que soulève la nécrose phosphorée : la pathogénie et la médecine opératoire. Pour la première de ces questions, j'ai dit que l'obscurité restait complète, et qu'il fallait de nouvelles études, de nouvelles expériences. Pour la seconde, j'ajouterai, en réponse à M. Verneuil, qu'étant convaincu que la nécrose phosphorée n'est pas distincte des autres nécroses, le traitement ordinaire de cette lésion doit lui être appliqué, sauf à tenir compte de quelques particularités dépendantes du siége et de la marche de l'altération phosphorée. Enfin, en blâmant la méthode des résections dans le vif, méthode d'origine allemande, je crois avoir exprimé par avance le sentiment de la Société.

La suite de cette discussion est renvoyée à la prochaine séance.

M. TILLAUX fait un rapport verbal qui résume le travail suivant de M. Charles Périer :

Étranglement interne simulant une hernie ombilicale étranglée. — Opération le huitième jour. — Guérison. — Chargé de la consultation chirurgicale à la maison de retraite des ménages, à Issy, je fus appelé le 18 août 1873, par M. Bernard, médecin de l'établissement, auprès d'un pensionnaire nommé V.... Cet homme, âgé de soixante-quatorze ans, d'une constitution athlétique, et d'une excellente santé habituelle, avait depuis quelques années, au niveau de l'ombilic, une petite tumeur dont il ne s'était jamais inquiété, il avait remarqué que de temps à autre elle disparaissait en produisant un bruit de glouglou.

Le 14 août, sans cause appréciable, il avait été pris de coliques et de nausées, le ventre était devenu un peu sensible, mais la sensibilité était localisée en un point situé au-dessus et à droite de la tumeur ombilicale. Celle-ci, au contraire, était indolente, mais, en même temps, elle était irréductible, et dure; son volume ne dépassait pas celui d'une noix. Des cataplasmes laudanisés et des boissons froides n'empêchèrent pas les vomissements d'apparaître dans la soirée. D'abord alimentaires, puis muqueux, ils devinrent bilieux, et dans la nuit on leur reconnut le caractère fécaloïde.

Le 15. Le malade entra à l'infirmerie. L'administration d'un lavement purgatif parut faire cesser les vomissements. Les boissons et du bouillon furent tolérées.

Le 16. L'état général paraissait satisfaisant, la douleur péri-ombilicale avait diminué, mais il y avait une tympanite assez prononcée, que l'on crut devoir combattre par un nouveau lavement purgatif. Il y eut évacuation d'une certaine quantité de scybales, mais les nausées réapparurent, toutefois sans vomissement. Le pouls était à 80.

Le 17. Les vomissements se montrèrent de nouveau avec le caractère fécaloïde. M. Bernard, devant l'absence d'accidents locaux, au niveau même de la hernie, qui le quatrième jour était identiquement ce qu'elle était le premier, pencha vers l'idée d'un étranglement interne. Un nouveau lavement purgatif était resté sans effet, il prescrivit une pilule contenant une goutte d'huile de croton. En très-peu de temps le malade vomit deux litres environ de matières fécaloïdes, et fut tourmenté le reste du jour par des renvois fréquents de gaz fétides. — Ces accidents cessèrent dans la nuit, et lorsque j'arrivai le 18, à quatre heures du soir, le malade n'avait pas vomi depuis quinze à seize heures; il avait même pu conserver la valeur d'un grand bol et demi de bouillon froid qu'il avait bu à petites doses. Le faciès était anxieux, la voix éteinte, l'affaiblissement notable, il n'y avait pas de fièvre, le pouls assez déprimé ne dépassait pas 80.

L'état du ventre ne répondait pas à cet état général. Les parois abdominales étaient très-souples, il n'y avait pas de ballonnement, la pression n'éveillait de sensibilité qu'au niveau de la région épigastrique.

La dépression ombilicale, très-profonde en raison de l'obésité du malade, affectait extérieurement la forme d'un croissant à concavité en haut, et contournait ainsi la partie inférieure de la tumeur, laquelle était visible seulement à ce niveau, où la peau présentait une teinte lie-de-vin un peu claire. Dans le reste de son étendue, la tumeur, perdue dans le tissu adipeux, n'était appréciable qu'au toucher; du volume d'une noix, elle était dure, élastique, irréductible, indolente à la pression, et semblait adhérer profondément à l'aponévrose abdominale par une portion rétrécie. En la percutant, on ne percevait aucune sonorité. La hernie, qui avait été intestinale, à en juger par les commémoratifs, était-elle épiploïque actuellement, hypothèse dans laquelle les accidents auraient été purement réflexes? Cela était possible, mais me paraissait peu probable, car la hernie épiploïque, lorsqu'elle donne lieu à de semblables accidents, devient ordinairement chaude, douloureuse à la pression, et augmente notablement de volume; la tumeur qu'elle forme présente aussi des caractères particuliers, elle est plus ou moins pâteuse. Je penchai donc vers l'idée d'une entérocèle; mais, comme nous étions au cinquième jour, je crus devoir m'abstenir d'un taxis prolongé; et comme, d'autre part, les signes d'étranglement avaient cessé depuis plus de quinze heures, je jugeai l'intervention chirurgicale inopportune, me mettant à la disposition de M. Bernard en cas de retour des accidents.

Le 19, les vomissements reparurent.

Le 20, septième jour depuis le début, je revis le malade, qui semblait s'affaisser rapidement. Ma première idée fut de recourir d'abord à l'aspiration; l'appareil Dieulafoy mis à ma disposition étant défectueux, je ne pus songer qu'à la kélotonie.

Au moment où, prêt à pratiquer l'incision, je tendais fortement la peau, j'entendis un bruit de gargouillement qui se renouvela lorsque je comprimai la tumeur. Celle-ci diminua lentement, puis se réduisit.

Au fond de la dépression ombilicale, je sentis nettement l'orifice fibreux, mais il était trop étroit pour que mon doigt put y pénétrer. Cependant je reconnus que, derrière la paroi abdominale, il existait une masse dure, arrondie, dont le volume me paraissait médiocre, bien qu'il me fût impossible d'en délimiter les contours.

J'étais bien certain de n'avoir pas réduit en masse le sac et son contenu, car le péritoine était bien évidemment adhérent à la peau au niveau du sommet de la tumeur. D'autre part, la réduction s'étant opérée graduellement et avec bruit, il me semblait difficile d'admettre que j'avais réduit une anse intestinale étranglée par une bride épiploïque avec persistance de l'étranglement. Je fus donc peu rassuré sur le pronostic de cette réduction, et je pensai, comme M. Bernard, qu'il pouvait bien y avoir un étranglement interne; mais il était, à coup sûr, situé au voisinage de l'anneau, et par conséquent on pouvait l'atteindre.

Les accidents reparurent dans la nuit avec intensité, et le lendemain, 21, dans la matinée, je pratiquai l'opération.

La hernie s'était reproduite, mais elle était peu distendue; je n'essayai point de la réduire, afin d'arriver plus facilement sur le sac et aussi d'avoir sous les yeux l'intestin hernié.

Je fis une incision de 0m07 à 0m08 à gauche de la ligne médiane, et, parallèlement à cette ligne, assez loin du point où je pouvais supposer le péritoine adhérent à la peau. J'atteignis obliquement le sac près de son pédicule à travers une couche très-épaisse de tissu adipeux. Je fis une petite ouverture en dédolant, il s'écoula quelques grammes de sérosité rougeâtre, j'insisai sur la soude cannelée, et je mis à nu une petite anse intestinale assez fortement congestionnée, à parois épaissies, d'une coloration uniformément rouge, sans trace de perforation ou de gangrène; elle avait l'aspect que présente l'intestin grêle au-dessus d'un étranglement. Je ne pus réduire qu'après avoir débridé l'anneau en haut et à gauche. Après réduction, mon doigt ne pouvant encore pénétrer librement, je renouvelai le débridement dans le même sens. L'ouverture, ainsi rendue pratiquable, je sentis qu'une masse en continuité avec le paquet intestinal adhérait solidement à la paroi abdominale antérieure, à droite de la ligne médiane et au-dessus de l'orifice herniaire. Je cherchai à me rendre compte, et au moment où, le doigt courbé en crochet, je contournais la partie supérieure des adhérences, je les sentis céder. Les parties tendues sur lesquelles pressait mon doigt se détachèrent pour se perdre dans la masse intestinale, au milieu de laquelle je ne sentis plus rien d'anormal. Explorant alors la face péritonéale de la paroi abdominale, j'engageai le bout de l'index dans une cavité que je puis comparer, pour la forme, à un dé à coudre à orifice un peu étroit. Cette cavité, dont l'axe était transversal et parallèle au plan de la paroi abdominale, me semblait située entièrement à droite du ligament suspenseur du foie et s'ouvrir sur la face gauche du ligament. Je distinguais très-nettement avec le doigt le bord tranchant du ligament faléiforme, partant de l'ombilic et se portant vers la profondeur à droite. L'étranglement interne paraissait donc ici reconnaître pour cause une hernie intra-abdominale. Je ne connais pas de fait semblable, et M. Faucon, dans son récent mémoire sur cette variété d'étranglement, n'en a pas signalé d'analogue.

Mon exploration avait été rapide, il me parut prudent de ne point chercher à en savoir davantage.

Je nettoyai la plaie, qui n'avait donné écoulement qu'à une quantité de sang tout à fait insignifiante.

Je réunis par deux points de suture à la partie supérieure, laissant libre la partie inférieure vers laquelle j'avais dirigé les lambeaux du sac herniaire. Les fils de la suture n'avaient aucun contact avec le péritoine, suffisamment garanti, d'ailleurs, par l'obliquité de la plaie, relativement au plan de la paroi abdominale; grâce encore à cette disposition. des liquides épanchés dans le péritoine auraient pu trouver un écoulement facile au dehors. La plaie fut pansée à l'eau froide.

Trois heures après l'opération, le malade eut plusieurs évacuations alvines très-abondantes; les envies de vomir cessèrent rapidement; plusieurs bouillons furent très-bien supportés. Le lendemain, 22, et le surlendemain, 23, l'état général et l'état local sont aussi satisfaisants que possible, l'alimentation se fait très-bien et en quantités graduellement croissantes.

La voix a repris son timbre normal.

Le 24, on enlève les fils.

Les progrès sont tellement rapides que le 4 septembre, quinze jours après l'opération, le malade descendait au jardin. Il n'y eut qu'un très-léger mouvement fébrile le 25 août, en coïncidence avec une légère éruption furuculeuse.

Depuis, j'ai revu le malade toutes les semaines. Il a repris son train de vie ordinaire.

COMMUNICATION

M. DUPLAY fait la communication suivante :

Bec de lièvre unilatéral, compliqué de division de la voûte palatine et du voile du palais, avec saillie considérable en avant de la moitié droite de la division osseuse. Procédé opératoire spécial (Voir plus haut).

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. LE DOCTEUR LAUNAY présente un enfant atteint d'un vice de conformation : sept doigts à chaque main et six orteils à chaque pied.

Renvoyé à une commission composée de MM. Duplay, Tillaux et Demarquay.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. LE DOCTEUR PÉRIER présente une anomalie rare de l'œsophage.

La pièce est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Guéniot, Després et Dubreuil.

ÉLECTION

La Société procède à l'élection de la commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place de correspondant national.

Cette commission est composée de MM. Marjolin, Paulet, Duplay, Chassaignac, Panas.

Le secrétaire, TILLAUX.

SOUSCRIPTION

en faveur de la veuve et des quatre enfants d'un confrère.

(9e liste.)

Un étudiant	2	francs.
Dr Bossard au Vallon	3	—
Dr A Tahere, à Tilly-sur-Seine	5	—
Dr Fleury, à Langon	5	—
Dr Provansal, à Laragne	5	—
Dr Rabasse, à Serres	5	—
Dr Calixte Rougé, à Limoux	5	—
Dr Geoffroy, à Mouans	5	—
Dr Baubonne, médecin de la compagnie des Messageries maritimes	5	—
Dr Brun, à Saint-Céré	7	—
T. X.	7	—
Dr Moziman, à Fougères	10	—
Dr F	10	—
Dr Perrin, à Roanne	20	—
Dr Alph. Devergie, président de l'Académie de médecine	50	—
Dr Beltz, médecin major au 114e de ligne	5	—
Listes précédentes	1387	—
Total	1536	francs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 10 janvier 1874, sont nommés :

1° *Médecins aides-majors de 1re classe :* MM. Charvot, Redier, Pasquier, Rigal, Grosjean, Beline, Bailly, Boucher, Lucotte, Moty, Roch, Moine, Eude, Quivogne, Forgemol, Delorme, Gerboin, Febvre, Mengin, Dupont, Gouell, Barois, Fluteau, Julié, Mussat, Cazalas, Kablé, Aubry, Dubois, Blot, Grandmougin, Roberdeau, Brisset, Bienvenue, Cluzant, Pilet, Sauzède, Dardignac, Lauzies, Willigens, Muller, Sauveroche, Bonnefon, Petitgand, Dupuy, Carette, Autellet, Antoine, Thiébault, Gigon, Gamon, Barthé, Donion, Bourdon, Lartigue, Trifaud, Mestrude et Durand.

2° *Pharmaciens aides-majors de 1re classe :* MM. Demandre, Ribollet, Roman, Hirtzmann, Brenac, Weil, Andt, Bousson, Dauphin, Baillon, Lieutard, Bréant, Breuil et Lecerf.

— Par divers décrets sont nommés médecins aides-majors de deuxième classe :

MM. Radouan, Gasmann, Renauld, Bréau et Chaudol.

— *Faculté des sciences de Grenoble.* — M. Violle (Louis-Jules-Gabriel), docteur ès sciences, est nommé professeur titulaire de la chaire de physique à la faculté des sciences de Grenoble.

— *École de médecine de Lyon.* — M. Bergeron, docteur en médecine, est nommé suppléant pour la chaire de thérapeutique et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.

— M. le docteur Morat est nommé, pour trois ans, chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.

— M. le docteur Besnier est nommé médecin du collége Rollin, en remplacement de M. le docteur Lorain, démissionnaire.

— M. le docteur Jame, médecin à Lisieux (Calvados), est nommé officier d'académie.

La Pathologie cellulaire, basée sur l'étude physiologique et pathologique des tissus, par Rudolf. Virchow, professeur à la faculté de Berlin. Quatrième édition, revue, corrigée, complétée, en conformité avec la troisième édition allemande, par le docteur I. Straus, chef de clinique de la faculté de médecine de Paris. Paris, 1874.— 1 vol. in-8° de 584 pages avec 157 figures. Prix : 9 fr. — Paris, J. B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 8. — MARDI 20 JANVIER 1874. 47e ANNÉE. MARDI 20 JANVIER 1874. — N° 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

Paris, le 19 janvier 1874.

M. le professeur Bouillaud, en sa qualité de membre de l'Institut, nous adresse une lettre qui est un puissant encouragement à suivre la voie que nous nous sommes tracée.

En remerciant vivement notre éminent maître de ses paroles bienveillantes, il ne nous reste aujourd'hui qu'à nous effacer et à donner à nos lecteurs la bonne fortune d'une communication de celui dont le nom appartient à jamais à la science.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire avec un vif intérêt l'article consacré, en tête de votre journal, sur la grave et grosse question des *générations*. Il m'a semblé que le savant auteur de cet article, s'écartant heureusement de la route battue, l'avait posée de la manière à la fois la plus philosophique et la plus pratique.

Je pense avec lui que, d'*après les données nouvelles* qu'il a formulées, le moment est venu de rechercher, sans parti pris à l'avance, de rechercher, avec toute l'exactitude requise, les conditions variables qui président à la naissance des êtres vivants, à partir des degrés les plus élevés de leur échelle jusqu'aux plus inférieurs (1).

A cette grande question, vous le savez mieux que moi, Monsieur le rédacteur, se rattache de la manière la plus intime, la plus *naturelle*, celle des fermentations en général et de la fermentation putride ou septique en particulier.

Or c'est à cette dernière espèce de fermentation qu'il faut rapporter l'*état ammoniacal* de l'urine, dont il a été question dans l'article de votre journal qui m'a fourni l'occasion de cette lettre.

A la séance de l'Académie des sciences où fut présentée par M. Bouley, la note de MM. Gosselin et A. Robin, à la suite des savantes considérations de M. Pasteur, j'avais présenté quelques remarques cliniques sur les principales maladies de la vessie ou des reins, dans lesquelles les urines sont ammoniacales au moment de leur émission. Et, comme l'ordre du jour de cette séance ne me permettait pas de plus longs développements, j'avais cru pouvoir demander la parole pour compléter brièvement mes remarques à la séance suivante. L'importance des matières à l'ordre du jour, de cette autre séance, ne m'a pas encore permis de communiquer la note assez courte que j'avais préparée sur le sujet. Comme cette note contient quelques données, encore peu répandues, sur l'*alcalinité des urines* au moment de leur émission, dans certains états généraux de l'économie, et spécialement dans la période *septicémique* de la fièvre typhoïde, j'ai l'honneur de vous l'adresser, afin que vous en faissiez tel usage que bon vous semblera.

Votre bien dévoué confrère,

BOUILLAUD.

(1) Il importerait aussi de ne pas confondre, à l'exemple de quelques-uns, la formation d'une simple cellule avec un être vivant tout entier.

RÉFLEXIONS SUR L'ÉTAT AMMONIACAL DE L'URINE

AU SUJET DE LA NOTE DE MM. GOSSELIN ET A. ROBIN

Par M. le professeur Bouillaud

La présentation, par M. Bouley, d'une note de MM. Gosselin et A. Robin sur l'urine ammoniacale a été l'objet de quelques importantes remarques de la part de M. Pasteur, fondateur d'une nouvelle théorie de la fermentation, théorie tellement nouvelle, en effet, qu'elle mérite le nom de *révolution* dans la partie des sciences physiologiques sur laquelle elle roule.

En faisant à la production de l'urine ammoniacale l'application de sa théorie, notre éminent confrère a exprimé le regret de n'être pas suffisamment initié dans les matières chirurgicales, pour bien connaître les cas de maladie propres à donner naissance à l'urine ammoniacale. Il y aurait, a-t-il dit, « une grande utilité à rechercher si la qualité ammoniacale, dans ces cas, n'est pas liée à l'existence d'un ferment organisé, notamment du ferment ammoniacal de l'urine, si bien étudié par M. Van Thiegem, ou de bactéridies, ferments dont les germes seraient apportés de l'extérieur par le canal de l'urèthre ou par le sang, qui aurait pu lui-même prendre ce germe dans quelque partie du corps, par exemple par une blessure quelconque, ou communication avec le canal intestinal ; germe organisé vivant qui pourrait aussi être apporté souvent par une sonde ou par un instrument chirurgical. »

A défaut d'une voix plus autorisée que la mienne, je me suis permis de prononcer quelques paroles sur une question qui intéresse, à un si haut degré, la section de médecine et de chirurgie établie dans cette assemblée. Après avoir signalé les principaux cas de maladie des reins et de la vessie, dans lesquels les cliniciens constataient l'*alcalinité* de l'urine, qui, à son état normal, est acide, et notamment l'alcalinité due à la présence du carbonate d'ammoniaque, j'ai ajouté que c'était là, pour eux, le signe par excellence d'une décomposition ou *fermentation putride* de l'urine. Ils n'ignorent pas, en effet, que ce liquide, abandonné à lui-même au libre contact de l'air, ne tarde pas à *ramener au bleu* le papier de tournesol rougi par un acide, au lieu de le *rougir*, comme il arrive à l'état normal, et que, si l'on verse dans le verre qui le contient quelques gouttes d'acide azotique, il petille et mousse comme du vin de Champagne.

Je me suis contenté, dans la dernière séance de l'Académie, d'indiquer les principales maladies *locales*, soit des reins, soit de vessie, dans lesquelles l'urine passe de l'état acide à l'état alcalin. Je crois devoir ajouter qu'il est certaines maladies *générales* dans lesquelles on rencontre aussi ce caractère anormale. Je ne citerai, parmi ces dernières, que la fièvre dite *typhoïde*, *putride*, *adynamique*, dans laquelle je n'ai jamais manqué d'examiner l'urine pendant une longue série

d'années d'enseignement clinique. Or j'ai constaté de la manière la plus certaine et la plus constante l'*alcalinité* des urines au moment même de leur émission et leur prompte putréfaction après cette émission. Cet état survient dans la période de cette maladie compliquée, où prédominent sur tous les autres les phénomènes propres à déceler une tendance générale des solides et des liquides de l'économie à une décomposition putride, qui porte d'une manière spéciale sur le sang, d'où est tiré le nom de *septicémie*, qu'on détourne quelquefois aujourd'hui du sens indiqué ici et qui lui est propre. (1)

Que si, revenant maintenant à la *théorie* de M. Pasteur dans les cas dont il a été question dans la dernière séance, et à l'itinéraire suivi, selon lui, par le ferment organisé qui aurait pu produire la présence du carbonate d'ammoniaque dans l'urine, c'est une grosse et grave question pour la solution de laquelle tout le monde ici, comme ailleurs, déclinerait aussitôt ma compétence, si je ne commençais par la décliner moi-même, et bien hautement. Mais je crois qu'il m'est peut-être permis de dire que je suis au nombre de ceux qui souhaitent le plus ardemment cette solution de l'un des plus grands et des plus importants problèmes des sciences naturelles, et qui ne restent indifférents à aucune des recherches propres à l'éclairer.

(1) J'ai longuement décrit les phénomènes de l'état septique en général, et celui du sang en particulier (*septicémie*), dans ma *Nosographie médicale*.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Desnos

Note sur un cas remarquable d'anorchidie

par M. L. Urdy, interne des hôpitaux.

Si les cas de monorchidie et de cryptorchidie ne sont pas rares, ceux d'anorchidie, c'est-à-dire d'absence congénitale des deux testicules, le sont bien davantage. A ce titre, on lira avec intérêt la relation du fait suivant observé, il y a quelques mois, à l'hôpital de la Pitié dans le service de notre maître M. le docteur Desnos.

François C..., né à Anvers, est un homme de cinquante ans, entré dans le service pour s'y faire soigner d'une légère bronchite fébrile.

C'est un garçon robuste, d'une bonne constitution, mais très-excitable. Son système musculaire est peu développé pour un homme de sa taille (1 m 75). On ne trouve nulle part de saillies musculaires bien prononcées; tout au contraire, les membres sont potelés, arrondis, chargés de graisse, en un mot, absolument semblables à ceux d'un individu du sexe féminin. Les mains sont remarquablement petites, et leurs attaches aux avant-bras très-déliées. Les pieds n'offrent rien de particulier.

D'une manière générale, la figure est tout à fait semblable à celle d'une femme. Bien qu'âgé de cinquante ans, on n'y remarque pas la plus petite ride, M. C... est remarquablement conservé et paraît avoir tout au plus une trentaine d'années. Le front est découvert, les yeux sont noirs, très-fendus, exprimant la douceur et la crainte. Les joues sont absolument glabres; on remarque, cependant, un léger duvet au niveau de la région zygomatique, ainsi que quelques poils, rudes et noirs, très-clair-semés, sur la lèvre supérieure. Il est digne de remarque que ces derniers ne commencèrent à pousser qu'à l'âge de quarante-six ans, époque à laquelle les symptômes congestifs qu'il éprouvait périodiquement du côté des organes génitaux et au côté des mamelles cessèrent entièrement. Nous dirons tout à l'heure en quoi consistaient ces symptômes. Les cheveux sont noirs, très-fins.

La poitrine est large, la peau est fine et dépourvue de poils. Les mamelles offrent le volume d'une *grosse orange*. Elles sont pyriformes, et il est facile de voir, par la palpation, que ce volume ne tient pas au développement du tissu adipeux de la région, mais bien au développement de la glande elle-même. Le mamelon est petit, bien conformé; l'aréole est rose, de la grandeur d'une pièce de 1 franc. La voix est grêle et d'un timbre assez élevé.

Le ventre est arrondi, ses parois sont chargées de graisse. Le pubis est couvert de poils, et le tissu cellulaire à ce niveau très-épais. Ce qui donne au mont de Vénus l'apparence que l'on remarque chez une femme chargée d'embonpoint. Le bassin est large, il mesure :

D'une épine iliaque antéro-supérieure à celle du côté opposé, 0m 32
D'une épine — — au pubis. 0 20

Examen du ventre et des organes génitaux. — La verge est normale, voire même un peu volumineuse. La bourse du côté droit est aplatie, réduite à un simple pli cutané; il est impossible de sentir quelque chose qui rappelle la présence du testicule et d'un cordon. Celle du côté gauche est un peu plus développée: elle renferme un petit corps dur, douloureux à la pression, comparable comme volume et comme configuration à une amande dépouillée de son périsperme. Ce corps représente évidemment un testicule, mais un testicule toutefois à l'état rudimentaire, le cordon existe, mais se distingue à peine par la palpation; les ouvertures externes des anneaux inguinaux ne peuvent se délimiter, tout au plus perçoit-on la sensation d'une simple dépression à leur niveau. Le toucher rectal dénote manifestement la présence de la prostate.

L'érection se fait facilement et complétement. M. C... avoue même être « très-porté vers les femmes ». Toutefois le coït, bien qu'accompagné de sensations voluptueuses, ne donne lieu à rien qui ressemble à l'éjaculation. Aujourd'hui encore, malgré son âge, le sujet de cette observation est en proie à des désirs érotiques violents, qui le tourmentent pendant son sommeil. Assez souvent, il éprouve des érections suivies de l'écoulement, par le canal, d'un liquide visqueux, mais n'ayant, à ce qu'il raconte, nullement l'odeur du sperme; (il nous a été impossible de nous procurer de ce liquide pour en faire l'examen microscopique).

J'ai interrogé avec soin M. C... pour savoir s'il éprouvait quelque chose de comparable aux symptômes subjectifs qui, chez la femme, caractérise la menstruation. Voici ce qu'il m'apprit à ce sujet.

Jusqu'à l'âge de dix-sept ans, il n'a rien remarqué qui ne fût propre à son âge et à son sexe. Mais, à cette époque, à mesure que, par le fait de la puberté, les organes génitaux prenaient du développement, il remarqua, non sans étonnement, que ses mamelles grossissaient; à dix-huit ans, elles avaient acquis le volume d'une tête de fœtus. En même temps, elles devinrent le siége d'une sécrétion lactée *très-abondante*: ses chemises étaient constamment tachées par le lait qui s'en écoulait; de plus il était facile d'exprimer le liquide sous forme de jet. Cette sécrétion dura, sans interruption, jusqu'à l'âge de vingt ans; puis elle devint irrégulière; elle avait lieu périodiquement tous les deux ou trois mois et durait, chaque fois, de dix à quinze jours. Cette période était, en outre, marquée par de la céphalalgie, des coliques et quelquefois de la diarrhée. Jamais d'écoulement sanguin, ni par l'urèthre ni par l'anus. Jamais d'épistaxis.

A l'âge de trente-cinq ans, les mamelles commencèrent à diminuer de volume, et à quarante ans, elles n'offrirent plus que celui qu'elles possèdent encore aujourd'hui; la sécrétion lactée disparut aussi à cette époque; mais cette disparition ne se fit pas sans occasionner quelques accidents comparables à ceux qui, chez les femmes, accompagnent la ménopause. C'est ainsi que la céphalalgie devint plus vive, qu'il était sujet à des éblouissements, à des vertiges *assez forts pour qu'il fût forcé d'interrompre son travail*. A côté de ces symptômes témoignant d'une congestion du côté de l'encéphale, venaient de temps en temps s'ajouter des palpitations et quelques autres phénomènes nerveux.

Les années suivantes cet état s'améliora progressivement et, à l'âge de quarante-six ans, sa santé se rétablit complétement. Depuis, il s'est toujours bien porté et n'a cessé de travailler que depuis quelques jours, à la suite de la légère bronchite qui l'a forcé à venir se faire soigner à l'hôpital.

Cette observation nous offre deux particularités qu'il importe de faire ressortir en quelques mots.

L'eunuque, cet anorchide artificiel, devait nous offrir et nous offre, en effet, plusieurs des caractères observés chez M. C... La voix, avons-nous dit, était grêle et d'un timbre enfantin. Nous avons également fait remarquer l'air de jeunesse répandu sur toute sa personne. Or qui ne sait que ces singularités de la voix et de la physionomie sont celles sur les-

quelles les voyageurs orientaux insistent le plus dans la description qu'ils font des malheureux préposés à la garde des harems?

En second lieu, la présence de mamelles parfaitement développées, la sécrétion lactée et les remarquables modifications, mais surtout l'aspect du bassin et des extrémités rapprochent le sujet de cette observation des hermaphrodites les plus parfaits.

CLINIQUE DE LA VILLE

Traitement du phimosis au moyen de la galvano-caustique (1).

Par le docteur A. Amussat.

Obs. V. — *Phimosis incomplet; incision avec le bistouri galvanique; guérison.*

M. D..., âgé de soixante et un ans, d'une belle constitution, a toujours joui d'une excellente santé. Il dit n'avoir jamais eu d'autres accidents vénériens qu'une blennorrhagie et une adénite inguinale qui a suppuré. Marié à vingt-sept ans, ayant toujours eu depuis lors une vie très-réglée, il est père de deux enfants bien portants. A la fin de l'année 1872, il me fut adressé par M. le docteur Bartin pour un rétrécissement de l'urèthre que j'ai traité par la dilatation graduée. Pendant le cours de ce traitement, il manifesta le désir d'être débarrassé d'un phimosis incomplet. Il fut convenu que j'agrandirais l'orifice prépucial en employant la galvano-caustique thermique.

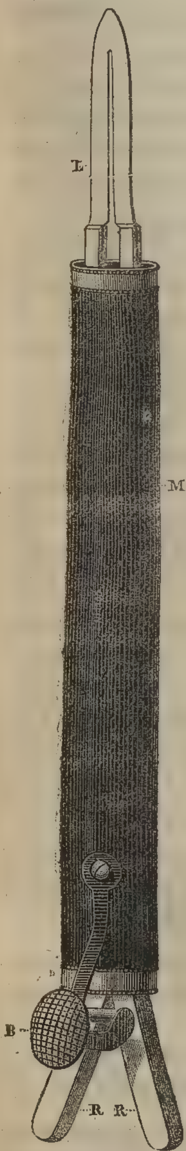


Fig. 3.

Le 23 avril 1873, je fis asseoir M. D... sur un fauteuil, et j'introduisis entre le prépuce et la face dorsale du gland un gorgeret en buis (fig. 2) que je confiai à mon confrère; tenant la verge de la main gauche et de la main droite mon petit bistouri galvanique mis en rapport avec une pile au bi-chromate de potasse, je traversai le prépuce au niveau de la couronne du gland, et en dirigeant lentement le bistouri vers l'orifice prépucial, je fis une section complète du prépuce sans écoulement sanguin.

L'opération terminée, la verge fut enveloppée dans un linge imbibé d'eau à la température de l'appartement, et remplacé plus tard par des cataplasmes de fécule de pomme de terre. Je conseillai à M. D... de continuer pendant le jour les pansements humides, et la nuit les cataplasmes.

Le 26, il existait de l'œdème du prépuce. J'engageai le malade à remplacer le pansement humide le jour par de la ouate de coton.

Le 8 mai, la plaie était en très-bon état; même pansement.

A la fin du mois je revis M. D.., et je constatai que la cicatrisation était complète.

Phimosis; cautérisation linéaire du prépuce vis-à-vis la face dorsale du gland au moyen de la galvanocaustique chimique; guérison.

R..., charcutier à Vières, canton de Melun, âgé de vingt-huit ans, me fut adressé le 30 mars 1869, pour être opéré d'un phimosis congénital qui gênait les rapports sexuels. L'ayant fait asseoir sur un fauteuil, je saisis le prépuce vis-à-vis la face dorsale du gland entre les branches de ma pince électrocaustique, et j'en mis la partie A en rapport avec le pôle négatif d'une pile composée de seize petits éléments de Bunsen chargés avec la solution de bi-chromate de potasse et l'eau additionnée d'acide sulfurique. J'appliquai l'autre électrode sur la cuisse gauche, et je le confiai au docteur Ledillot, de Paris, qui voulut bien m'assister. Je fis agir l'appareil pendant dix minutes environ; puis, l'opération terminée, je fis tremper la verge dans de l'eau froide pendant un quart d'heure. Une escharre linéaire brunâtre occupant toute l'épaisseur du prépuce vis-à-vis la face dorsale du gland marquait l'étendue de la section qui résulterait de la chute de la portion cautérisée. R... repartit le jour même pour Vières.

(1) Fin. — Voir le numéro du 15 janvier 1874.

Le 7 avril, je revis mon opéré; l'escharre étant presque complétement détachée, je pus examiner le gland et constater une légère cautérisation de cette partie, faite en travers du cylindre d'ivoire. J'engageai R... à entourer la verge d'un linge cérату, et à le changer deux fois par jour.

Le 18, les bords de la plaie étaient en partie cicatrisés; même pansement.



Fig. 4.

Le 16 mai, R... vint me voir pour la dernière fois, et je constatai que la cicatrisation était complète. Le gland, entièrement découvert, permettait de voir qu'il existait un hypospadias.

Comme on le voit dans la figure 4, ma pince électrocaustique est à pression continue. Elle se compose d'une armature ordinaire faisant ressort M, terminée par deux tiges d'acier recouvertes d'un cylindre complet en platine P, et d'une gouttière isolante I. Les gouttières en ivoire n'ayant pas isolé complétement les cylindres de platine, je les ai fait remplacer par des gouttières en caoutchouc durci.

J'aurais pu donner un plus grand nombre de faits, qui eussent étendu ce travail sans avantage; ceux qui précèdent ayant été choisis de manière à bien faire comprendre les différents manuels opératoires. Ainsi section supérieure, section inférieure du prépuce avec le fil de platine, section avec le sécateur, section avec le bistouri galvanique, circoncision, et, enfin, section par la galvanocaustique chimique, tels sont les documents fournis par les observations. J'ajouterai, pour être complet, que j'ai opéré un pharmacien en faisant deux sections latérales, une à droite et une autre à gauche du gland; que, dans un cas où l'incision supérieure n'était pas assez étendue pour permettre de découvrir le gland facilement, j'ai dû compléter l'opération par une incision inférieure. Chez un malade qui me fut adressé par le docteur Morpain, pour une spermatorrhée entretenue par un phimosis très-étroit avec un prépuce assez court, j'ai fait trois sections.

La comparaison des résultats obtenus par mes différentes opérations m'a permis de me convaincre que la section supérieure faite vis-à-vis la face dorsale du gland, est celle qui convient le mieux en général. Quand la cicatrisation est achevée, le gland reste constamment découvert, et il semble que l'on ait fait une section ovalaire à la face supérieure du prépuce, les angles de la section galvanique disparaissant par la rétraction des tissus.

Pour pratiquer cette opération, je fais asseoir le malade sur un fauteuil, et quand c'est un enfant, on le couche sur un lit, puis on le soumet aux inhalations de vapeurs de chloroforme. J'introduis entre le prépuce et le gland, vis-à-vis sa face dorsale et juqu'à la couronne, un gorgeret en buis de dimensions convenables, et je fais maintenir le prépuce de manière à bien l'y appliquer. Je glisse alors un trocart explorateur dans la rainure du gorgeret, et je perce le prépuce au niveau de la couronne du gland; au poinçon je substitue un fil de platine d'un volume convenable, et je retire la canule. Un aide fixant la verge et le gorgeret, de manière à bien isoler le gland du fil, j'en saisis les deux chefs avec deux pinces montées sur les réophores d'une pile chirurgicale, et le maintenant à une température rouge, je sectionne lentement le prépuce. La manœuvre est la même quand

on pratique la section sur les côtés ou vis-à-vis le frein, qu'il est avantageux de couper également.

Si, au lieu du fil de platine, j'emploie le bistouri galvanique, l'aide fixant bien le gorgeret, je saisis la verge de la main gauche et je la maintiens dans une position invariable; puis, tenant dans la main droite le bistouri mis en rapport avec une pile chirurgicale, je pique le prépuce au niveau de la couronne du gland, et j'enfonce la pointe dans la rainure du gorgeret, puis je sectionne en descendant vers l'orifice.

Les sections faites convenablement avec le fil ou avec le bistouri galvanique sont complétement exsangues, et une escharre suffisante recouvre les deux lèvres de l'incision. Je fais immédiatement envelopper la verge d'un linge trempé dans l'eau, que l'on remplace plus tard par un cataplasme de farine de riz ou de fécule de pomme de terre. Comme on a pu le voir dans les observations qui précèdent, les pansements faits les jours suivants ont été assez variés; tantôt j'ai fait entourer la verge d'un linge enduit d'un corps gras changé soir et matin; d'autres fois, j'ai fait appliquer sur la plaie une légère couche de coton que l'on remplaçait le soir par un cataplasme de farine de riz, en ayant soin de lotionner chaque fois avec de l'eau alcoolisée ou phéniquée, etc. Ces différents genres de pansements m'ont donné des résultats également satisfaisants. Il se produit, les jours qui suivent l'opération, un œdème du prépuce qui disparaît ensuite graduellement, et la guérison est complète dans un laps de temps qui varie de trois à cinq semaines, suivant l'âge des malades.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 14 juin 1873. — Présidence de M. Lunier.

Lecture du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

1° *Guide médical des malades à l'établissement thermal d'Enghien*, par M. Gillebert d'Hercourt.

2° *Gangrène sèche; asphyxie locale et glycohémie*, par le docteur Hameau, membre correspondant.

3° *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, par M. Gallard.

4° Mémoire de M. Chéron.

M. Lolliot lit un rapport sur le travail de M. Chéron, et il conclut .

1° A inscrire M. Chéron sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la société;

2° De renvoyer son travail au comité de publication.

De la circulation cérébrale et des modifications que peuvent lui imprimer les courants électriques

Les conditions de la circulation intra-crânienne, les modifications qu'elles peuvent subir pendant le sommeil, dans l'anesthésie, dans l'asphyxie, quoique assez nettement déterminées depuis quelques années, ne sont cependant point assez répandues et assez acceptées des physiologistes et des médecins pour qu'il soit permis de considérer comme inutile de rappeler ces dernières conquêtes de la science, en tête d'un travail dont le but est l'exposé de recherches sur les modifications que les courants électriques peuvent imprimer à la circulation cérébrale.

Jusqu'à notre époque, la quantité de sang renfermée dans le cerveau dans l'état de santé comme dans l'état de maladie, pendant la vie comme après la mort, était regardée comme invariable. Kellie s'était chargé de démontrer ce fait par une série d'expériences restées célèbres, mais assez mal instituées pour qu'on pût leur faire dire le contraire de ce qu'elles signifiaient. Abercrombie, Rochoux, M. Foville défendirent cette manière de voir, et ce dernier alla même jusqu'à affirmer que le cerveau est hyperémié chez les animaux qu'on tue par hémorrhagie; Burrows répéta les expériences de Kellie avec les plus grandes précautions, c'est-à-dire en prenant soin de placer au cou de ces animaux des ligatures très-serrées dans le but d'empêcher, après la mort, l'arrivée du sang dans les vaisseaux cérébraux.

Grâce à ces précautions, Burrows démontra que le cerveau des animaux qui périssent d'hémorrhagie est absolument exsangue, et, d'une autre part, que la pesanteur a l'action la plus manifeste, après la mort, sur la quantité de sang contenu dans le cerveau.

Quant aux alternatives de turgescence et de dépression des vaisseaux du cerveau pendant la vie, elle a été établie de la façon la plus irréfutable par Bertin et Donders.

Ces observateurs, après avoir enlevé une portion du crâne à des animaux et l'avoir remplacée par un verre transparent, ont vu le calibre de certains vaisseaux passer, durant une forte expiration, de 0m004 de diamètre à 0m014. Pendant une hémorrhagie, ils en ont vu d'autres descendre de 0m041 à 0m029. Cette observation des plus concluantes ne permet point de douter que le cerveau soit susceptible de s'anémier et de s'hyperémier.

Ultérieurement, c'est-à-dire en 1860, M. Durham publia un mémoire sur l'état du cerveau observé pendant le sommeil et pendant les inhalations de chloroforme. Pour faire ses observations, il employa le procédé de Donders, c'est-à-dire la trépanation du crâne et le verre transparent. Pendant l'état de veille, Durham vit le cerveau jouissant d'une circulation très-active, et cet organe immobile affleurant les parois du crâne. Pendant le sommeil, au contraire, le cerveau devenait pâle, et si l'on enlevait le verre transparent, il s'affaissait dans la boîte crânienne, en subissant les mouvements d'affaissement et de soulèvement que l'on observe toutes les fois qu'une ouverture est pratiquée à son enveloppe osseuse.

Durham conclut de ces expériences qu'il existe dans le cerveau deux sortes de circulation, l'une qui existe dans le sommeil, circulation de nutrition, l'une qui s'ajoute à celle-ci pendant l'état de veille, circulation de fonction.

Quoi qu'il en soit de cette interprétation, il n'en restait pas moins prouvé que la circulation cérébrale est susceptible de modifications importantes, que le cerveau est susceptible de s'anémier et de s'hyperémier, et enfin que le sommeil concorde avec un état d'*anémie* de cet organe et non avec un état d'hyperémie, comme on l'avait pensé jusqu'alors.

Pour compléter ces remarquables recherches, Durham fit une série d'observations sur la circulation cérébrale d'animaux soumis à des inhalations de chloroforme, et il constata l'état d'anémie qui survient pendant le sommeil naturel, qui en est la conséquence.

Quelques années plus tard, le docteur Hammond, de New-York, répétait ces mêmes recherches et arrivait aux mêmes résultats.

La pathologie, qui souvent se charge de préparer de véritables expériences, avait offert, dès 1854, au docteur Hammond, l'occasion de voir, chez un individu victime d'un accident de chemin de fer, une perte considérable de substance à la boîte crânienne. Ce blessé fut plusieurs fois observé pendant ses attaques épileptiformes; après les convulsions, le cerveau venait faire hernie dans l'ouverture crânienne; mais bientôt il s'affaissait pendant la période de sommeil, pour faire saillie de nouveau lorsque le malade s'éveillait.

Blumenbach, ayant observé un malade à peu près dans les mêmes conditions, n'avait point compris toute la valeur d'une semblable observation.

Dans ces dernières années, les travaux du professeur Tardieu ont démontré que, dans l'asphyxie par pendaison, suffocation ou strangulation, le cerveau n'est point hyperémié, comme on l'avait cru jusqu'à ce jour, mais bien presque exsangue, et que cette anémie, dans la pendaison surtout, est la première cause de la mort.

En somme, de tous ces travaux, il résulte que la quantité de sang en circulation dans le cerveau n'est point toujours la même; c'est la masse, et non le volume de cet organe, comme l'a dit Longet, qui est susceptible de modification.

Analysons maintenant les conditions qui permettent à la quantité de sang contenue dans la boîte crânienne de diminuer ou d'augmenter.

Si la quantité de sang en circulation dans le cerveau peut varier, ce n'est qu'à la condition que ces variations soient compensées par un autre liquide.

On a fait jouer un rôle capital au liquide céphalo-rachidien. Il est certain que ce liquide, en affluant dans le crâne, permet à la quantité de sang contenue dans les vaisseaux de diminuer; mais cette dimi-

nution se fait toujours dans des limites bien restreintes, puisque toute la quantité du liquide céphalo-rachidien dépasse à peine 100 grammes.

Au moment de l'inspiration, les veines du rachis et celles du crâne tendent à se vider; mais celles du rachis seules s'affaissent, tandis que les sinus crâniens conservent leur volume; le fluide céphalo-rachidien afflue donc dans la cavité rachidienne pour remplir le vide qui s'est formé.

Dans la période d'expiration, au contraire, les sinus de la cavité rachidienne se dilatent, et le liquide céphalo-rachidien est de ce fait repoussé dans le crâne.

Le diverticulum du sang, chassé de la cavité crânienne, serait représenté, au dire de Schrader Van der Kolk, par les artères thyroïdiennes inférieures et supérieures. A ce sujet il fait remarquer que la première prend son origine près des vertébrales et la seconde près de la bifurcation des carotides. D'après ces considérations, la glande thyroïde serait le diverticulum de la circulation cérébrale.

L'augmentation du volume du cou pendant le sommeil, fait constaté par ceux qui se sont endormis avec une cravate ou un col modérément serré et qui les gêne au réveil, est une bonne preuve à l'appui de cette manière de voir.

La découverte que le professeur Ch. Robin fit, en 1859, de la disposition fort importante du système capillaire de l'encéphale, va nous permettre de donner un exposé du mécanisme de la circulation cérébrale plus explicite que celui qui repose sur la simple oscillation du liquide céphalo-rachidien. Le rôle des lymphatiques qui entourent les capillaires de l'encéphale a été déjà préjugé dans un travail plein d'intérêt dû à M. Girondeau.

Les capillaires de l'encéphale, de la moelle, de la pie-mère de tous les animaux vertébrés possèdent une tunique supplémentaire à laquelle M. Robin a donné le nom de gaîne lymphatique. C'est une enveloppe très-pâle, sans noyau, homogène, transparente et permettant d'apercevoir le capillaire enveloppé.

Elle s'étend comme une gaîne dans laquelle flottent les capillaires depuis les plus fins jusqu'à ceux qu'on peut voir à l'œil nu.

Entre le capillaire et cette gaîne existe un liquide incolore, mêlé de granulations moléculaires et de petits noyaux analogues aux globules de la lymphe. Cette gaîne, qui n'est autre chose que l'origine des lymphatiques du cerveau, contient donc un liquide analogue à de la lymphe. M. Robin le considère comme de la lymphe dont la quantité est variable et qui résulte de la transsudation à travers les parois des vaisseaux capillaires. Or, comme la lymphe provient surtout du sang, et qu'il a été démontré que cet espace péri-capillaire se continue avec la cavité des lymphatiques généraux, il est bien évident que le cerveau se trouve isolé du courant sanguin par une nappe de lymphe qui a pour but de protéger le cerveau contre l'action trop stimulante du sang; qu'elle doit atténuer ses propriétés vivifiantes ou plutôt les doser suivant que l'espace péri-capillaire sera plus ou moins rempli de lymphe.

En un mot, la quantité du sang contenue dans l'encéphale est susceptible de varier, à la condition d'être remplacée par un autre liquide, le liquide céphalo-rachidien, d'une part, qui joue un rôle peu important; la lymphe exsudée du sang, d'une autre part, à laquelle doit être attribuée le rôle capital dans cette variation du fluide sanguin dans la cavité crânienne.

Ce qu'il importe d'étudier maintenant au point de vue de notre sujet, c'est l'action du système nerveux, notamment du sympathique sur les variations de volume des vaisseaux de l'encéphale et, conséquemment, sur la circulation cérébrale.

Les expériences de Cl. Bernard sur la section et la galvanisation du sympathique ont démontré l'action de ce nerf sur la pupille et sur la circulation de la face; mais il n'a point été fait, du moins à notre connaissance, de tentatives ayant pour but d'élucider le mode d'action du sympathique sur la circulation intra-crânienne. C'est ce dernier point sur lequel s'est concentrée notre attention.

Il n'existe qu'un seul point du corps de l'homme où il soit possible de voir à découvert les trois circulations artérielle, veineuse et capillaire; encore n'est-ce qu'à l'aide de l'ophthalmoscope qu'il est possible d'observer la circulation du fond de l'œil à travers le cristallin, la cornée et les humeurs de cet organe.

Cette circulation est liée à celle de l'encéphale de la façon la plus étroite, puisque le retour à la circulation générale, du sang qui remplit le système circulatoire du fond de l'œil se fait par les sinus crâniens.

Mais avec l'ophthalmoscope tel qu'il existe aujourd'hui, c'est à peine si l'on observe une différence de coloration sous l'influence des variations du courant; aussi est-il parfaitement impossible de mesurer les modifications que les vaisseaux subissent dans leur diamètre.

Depuis plusieurs années, nous avons étudié, en compagnie de M. A. Nachet, la construction d'un micro-ophthalmoscope permettant de mesurer les variations de diamètre des vaisseaux de la rétine. Après plusieurs années de travail et d'essais souvent infructueux, nous sommes arrivés à produire un instrument qui réalise absolument notre but.

Dans une série d'articles insérés dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, nous signalions, dès l'année 1871, les premières observations obtenues à l'aide de cet instrument pendant la galvanisation du sympathique.

Lorsqu'un courant ascendant fourni par dix ou douze éléments est appliqué sur le sympathique cervical, le premier phénomène observé du côté de la rétine est une diminution de la circulation, diminution qui met quelques instants à se produire; bientôt, cependant, elle redevient plus active, sans être jamais, tant que dure l'application, ce qu'elle était auparavant. A la rupture du courant, on l'observe le même phénomène qu'à la fermeture du courant.

Si, au contraire, le courant est descendant, c'est-à-dire si le pôle positif est plus loin du crâne que le pôle négatif, on observe à la rupture et à la fermeture les mêmes phénomènes que dans l'application précédente, mais pendant l'application du courant, le diamètre des vaisseaux est plus considérable, et le fond de l'œil est beaucoup plus vascularisé.

Si l'on place l'un des réophores au niveau des troisièmes et des septièmes dorsales, on obtient les mêmes résultats.

Il n'est pas possible de mesurer les variations absolues des vaisseaux artériels de la rétine; mais il est facile, à l'aide du micromètre annexé à notre ophthalmoscope, de mesurer les variations relatives de l'artère rétinienne.

Si l'on applique un courant intermittent (courant inducteur l'ou induit) aux mêmes points, c'est-à-dire au niveau du sympathique cervical, la blancheur de la papille s'accentue davantage, et la circulation intime de la papille disparaît complétement. Cet état persiste même après la cessation du passage du courant, et il est d'autant plus marqué que le courant est plus intense.

Comme avec le courant continu, l'application de l'un des réophores au niveau de la troisième et de la septième dorsale amène les mêmes résultats.

L'application d'un courant continu ou d'un courant intermittent sur d'autres points, sur les tempes, par exemple, peut amener une modification de la circulation cérébrale accusée par la variation de diamètre de l'artère rétinienne et par celle des petits vaisseaux de la papille; mais cette modification est légère, elle met à se produire un temps assez long et n'est accusée bien nettement qu'à la rupture du courant, lorsque la sensation de vertige est assez forte.

Remack aurait déduit l'action du courant galvanique sur la circulation cérébrale de la production du vertige qu'on éprouve à la rupture du courant appliqué au niveau du sympathique cervical; mais, en même temps, il avait attiré l'attention sur un fait plein d'intérêt pour notre sujet; il avait maintes fois constaté un besoin de sommeil chez des malades auxquels des applications galvaniques avaient été faites sur des points éloignés du cerveau.

Lorsqu'on voit des malades chez lesquels un courant continu appliqué à une grande distance de l'encéphale amène un invincible besoin de sommeil, on ne peut douter que la circulation cérébrale ait subi sous cette influence une modification notable.

Par quel mécanisme se produit cette modification? Nous serions fort en peine de le dire. Qu'il suffise de signaler que le fait est exceptionnel puisque, sur un nombre de plus de treize cents malades auxquels nous avons fait des applications galvaniques dans l'espace de

cinq années, nous n'avons observé bien nettement ce phénomène qu'une quinzaine de fois.

Il serait important de posséder un grand nombre d'observations de ce genre et de relater les points sur lesquels auraient été faites les applications, peut-être arriverait-on ainsi à donner une explication satisfaisante de ce phénomène.

Rien de semblable n'est produit par les applications faites avec les courants intermittents dont l'action excitante a été souvent signalée par les observateurs.

Il résulte de ces expériences que le sympathique exerce sur les ramifications de l'artère carotide qui pénètre dans le cerveau une action tout aussi nette que sur les ramifications de cette artère qui se distribuent à la face.

La quantité de sang contenue dans l'encéphale peut donc être accrue ou diminuée suivant que le sympathique reçoit ou ne reçoit pas d'excitation extérieure.

La galvanisation du sympathique cervical augmente la pression vasculaire intra-crânienne, diminue la quantité de sang et démontre, par cela même, l'action de ce nerf sur la circulation cérébrale.

La galvanisation du sympathique cervical ne peut imprimer des modifications qu'aux vaisseaux qui résultent de la division de l'artère carotide ; pour agir sur la circulation de la partie postérieure du cerveau, sur la moelle allongée et le cervelet, il faudrait agir avec les courants sur les nerfs vasculaires qui accompagnent l'artère vertébrale.

Ce que nous avons eu pour but de démontrer à l'aide du micro-ophthalmoscope, c'est que le sympathique cervical préside à la circulation antérieure, et cette démonstration a pu être réalisée sur l'homme et sur les animaux sans aucune mutilation et sans mettre, pour ainsi dire, en jeu la sensibilité, qui aurait pu, encore dans ce cas, être une source d'erreur.

L'application d'un courant électrique au niveau du sympathique cervical agit certainement sur d'autres nerfs, tels que le nerf vague, les laryngés, le spinal, voire même le dépresseur de Cyon ; mais cette question n'a rien à faire dans notre sujet, qui ne comporte que l'action que les excitations galvaniques du nerf sympathique cervical peuvent imprimer à la circulation cérébrale.

En résumé, la galvanisation du sympathique cervical par courants continus ascendant ou descendant, agit sur la circulation antérieure du cerveau, et les variations imprimées, de ce fait, à la circulation de la rétine en sont la traduction exacte.

Le courant ascendant, c'est-à-dire dirigé vers l'origine du sympathique, qui, d'après les recherches de Cl. Bernard, a lieu dans la moelle épinière, augmente la pression intra-crânienne, active la circulation et diminue le calibre des vaisseaux. Le courant descendant, c'est-à-dire dirigé vers le cerveau, augmente l'amplitude des mouvements des vaisseaux et augmente la quantité de sang contenue dans l'encéphale tout en diminuant la pression vasculaire, fait qui est parfaitement d'accord avec les observations de MM. Legros et Onimus sur la circulation des membranes transparentes des animaux, activée par les courants continus.

L'action des courants intermittents sur la circulation cérébrale se traduit par une réduction de calibre des vaisseaux d'autant plus grande, que le courant appliqué au niveau du sympathique cervical est plus intense.

Les résultats que nous venons de signaler prouvent, à notre avis, que la galvanisation du sympathique ne saurait être considérée comme illusoire, malgré les effets secondaires qui peuvent être produits en même temps, effets secondaires qui d'ailleurs s'exercent sur d'autres organes que l'encéphale, et dont la thérapeutique peut souvent tirer parti.

Certains phénomènes pathologiques augmentent d'une manière passive la quantité de sang contenue dans l'encéphale ; il en est ainsi dans l'insuffisance de la valvule tricuspide avec pouls veineux aux jugulaires, dilatation de ces veines et reflux ascendant, aussi bien que dans la persistance du trou de Botat.

Dans ces cas-là, il existe un obstacle au retour de la circulation veineuse, le sang est retenu dans les capillaires de l'encéphale qu'il dilate en chassant la lymphe, et la quantité de sang contenu dans le crâne se trouve notablement augmentée.

On comprend combien, dans des cas semblables, la galvanisation du sympathique cervical peut rendre de services.

Afin de ne point donner à ce mémoire une étendue trop grande, signalons, sans rapporter aucune observation, les différentes circonstances morbides dans lesquelles a été pratiquée avec succès la galvanisation du sympathique cervical.

Dans quelques affections du cœur, la galvanisation du sympathique active la circulation intra-crânienne, augmente la pression et dégage pour ainsi dire l'encéphale.

Sous cette influence nous avons vu disparaître, sur une malade qui nous fut adressée par M. le docteur Desarènes, des bourdonnements liés à un état de congestion passive consécutif à un érysipèle de la face.

Le vertige chez les anémiques, chez les ataxiques, aussi bien que chez les personnes qui subissent des troubles de la circulation pulmonaire, est heureusement combattu par le même moyen.

La disparition de la migraine chez les malades dont on galvanise le sympathique cervical pour une tout autre chose, prouve encore que les spasmes vasculaires de l'encéphale cèdent à cette influence.

Nous avons obtenu la disparition de vertiges existant en même temps qu'une coloration violacée de la face chez une choréique atteinte depuis plusieurs années, qui nous fut adressée par M. le docteur Cottin. L'intensité des mouvements diminua, et la marche fut considérablement améliorée.

Les effets produits sur le cerveau peuvent en amener d'autres dans le reste du corps ; mais il est bien difficile de distinguer si les résultats obtenus appartiennent au sympathique ou à d'autres nerfs atteints directement par le courant.

A ce sujet, Cyon fait remarquer avec juste raison que l'on ne saurait attribuer à l'action du sympathique la guérison de certains atrophié des membres, obtenue par la galvanisation du sympathique cervical, mais qu'il est plus rationnel de l'attribuer à l'action du nerf dépresseur qu'on atteint en cet endroit.

Nous sommes disposés à accepter cette manière de voir, quoiqu'on ait objecté que le nerf dépresseur n'est qu'un nerf de lapin qu'on ne retrouve pas chez l'homme, parce que nous avons observé des cas de dysménorrhée congestive que la galvanisation au niveau du sympathique cervical fit cesser en un temps très-court, et dans lesquels il n'était point possible de méconnaître une action dépressive sur les vaso-moteurs des organes pelviens (1).

On voit, d'après ce rapide exposé, que la galvanisation du sympathique cervical exerce sur la circulation cérébrale une action démontrée, dont la thérapeutique tirera de mieux en mieux parti, en même temps que s'élucidera davantage l'action physiologique de ce nerf.

(A suivre.)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

433. Fansuil. Recherches sur l'orchite varioleuse.

434. Salachas. Sur les usages du lait.

435. Vaillard. Étude sur une épidémie de gangrène des organes génitaux, chez les nouvelles accouchées, observée à l'hôpital des cliniques (1872-1873).

436. Jullien. De l'amputation du pénis.

437. Bacarisse. Du sacrum suivant le sexe et suivant les races.

438. Dransart. Documents pour servir à l'histoire des affections sympathiques de l'œil (formes papillaires étiologiques, traitement).

439. Morel. Étude sur un point de traitement des anévrysmes cirsoïdes.

---

(1) Signalons aussi la disparition de la stupeur dans deux cas de folie circulaire après trois applications galvaniques. La stupeur durait habituellement de deux à trois mois.

Mentionnons aussi les services que la galvanisation du sympathique peut rendre dans l'embolie cérébrale et l'hémorrhagie cérébrale.

440. Monory. Tumeurs solides des doigts (symptômes, diagnostic et traitement).
441. Renauld. Des fractures du bassin en général.
442. Charrin. Maladie bronzée hématique des enfants nouveau-nés (tubulhématie rénale de M. Parrot.)
443. Jourdan. Des lésions des gros vaisseaux dans les cas de fracture de cuisse.
444. Pillenet. Des synovites tendineuses aiguës.
445. Torteil. De l'urine chez les hydropiques qui ne sont point atteints d'albuminurie.
446. Putel. Du silicate de soude et de ses propriétés.
447. Hudellet. Étude sur un nouveau traitement de certaines affections de la cornée.
448. Binet. Recherches au sujet de l'influence des conditions météorologiques sur les aliénés par rapport à leur santé physique et morale.
449. Masmonteil. De l'ophthalmie sous-conjonctivale.
450. Rendu. Recherches cliniques et anatomiques sur les paralysies liées à la méningite tuberculeuse.
451. Véniel. Étude sur la nature et sur l'étiologie de la chlorose.
452. Rodriguez Blanco. Étude sur l'embolie des vaisseaux rétiniens.
453. Cassedebat. Du traitement des plaies simples avec suppuration.
454. Le Bail. Valeur séméiologique de l'otorrhagie traumatique.
455. Léoty. Des plaies chez les diabétiques.
456. Radouan. Contribution à l'étude de l'algidité centrale.
457. Greslou. Des injections forcées dans les occlusions intestinales.

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons l'affreux malheur qui vient de frapper nos chers confrères Caffe et Cornil. Il y a quelques jours à peine, nous célébrions la naissance d'un enfant qui était toute la joie decette maison. Aujourd'hui Mme Cornil n'est plus. Nos sympathies les plus vives accompagnent nos malheureux confrères, qui ont été confier au pays natal la dépouille de la jeune mère.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Val-de-Grâce. — Les concours pour cinq emplois de professeur agrégé, ouvert le 15 décembre dernier, s'est terminé par la désignation, au choix du ministre, de :

MM. Lereboullet, pour la clinique médicale ; Pingaud, pour la clinique chirurgicale ; Lacassagne, pour l'hygiène et médecine légale militaires, et Laveran, pour les maladies et épidémies des armées.

La chaire de chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée n'a pas donné lieu à désignation.

Hôpitaux militaires. — Par décision ministérielle du 6 décembre 1873, ont été désignés pour passer dans le service hospitalier, les médecins aides-majors de 1re classe dont les noms suivent :

MM. Millet, Defos du Rau, Bachelet, Bressy, Viry, Geschwind, Simonnot, Jacquin, Donat, Lemandeley, Grach-Laprade et Gayda.

— M. le médecin inspecteur Marit est nommé membre du conseil de santé des armées, en remplacement de M. l'inspecteur Colmant, retraité.

MM. les médecins majors de 1re classe Masnou, Olier, Humel et Chabert prennent leur retraite.

— La société botanique de France vient de composer de la manière suivante son bureau et son conseil pour l'année 1874 :

Président : M. A. Fée. — *Vice-présidents :* MM. Ed. Bureau, Prillieux, J. de Seynes, Van Tieghem. — *Secrétaire général :* M. de Schœnefeld. — *Secrétaires :* MM. Max. Cornu, E. Roze. — *Vice-secrétaires :* MM. Aug. Delondre, M. Tardieu. — *Trésorier :* M. A. Ramond. — *Archivtsté :* M. l'abbé Chaboisseau. — *Membres du conseil :* MM. Bescherelle, Ad. Brongniart, Chatin, E. Cosson, Decaisne, Duchartre, Eug. Fournier, Gaudefroy, Germain de Saint-Pierre, le comte Jaubert, Larcher et Planchon.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

DRAGÉES
ARSENICO-FERRIQUES AUX SELS NATURELS DE LA
DOMINIQUE

Les **Dragées de la Dominique** sont notamment recommandées dans la cachexie qui suit ou accompagne les fièvres intermittentes, dans les formes les plus variées de l'anémie (chlorose, appauvrissement général de l'économie, pertes de sang, convalescences, etc.).

Les névralgies, surtout celles à formes intermittentes, seront efficacement combattues par les **Dragées de la Dominique**; il en sera de même des maladies de la peau (eczéma, lèpre vulgaire, lichen chronique, dartres furfuracées, affections squammeuses rebelles) contre lesquelles les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance. — BIETT. — (BOUCHARDAT, professeur à la Faculté et membre de l'Académie de médecine. *Formulaire*, 18e édition, p. 396.)

Prendre d'une à quatre dragées quelques instants avant chacun des deux principaux repas.

Les **Dragées de la Dominique** sont très-agréables au goût.

Détail. — Toutes les Pharmacies de France.

Prix : 3 francs la Boîte.
Entrepôt général à la Pharmacie centrale de France
7, rue de Jouy, à Paris.

PILULES HÉMATIQUES DUROY
(Extrait complet du sang frais de bœuf)

TOUS LES MATÉRIAUX DE L'ORGANISME. — RECONSTITUANT GÉNÉRAL.

Renfermant le *fer* retiré *des globules*, les phosphates, *tous les sels*, sans exception; *tous les extractifs azotés du sang*. — Dose moyenne : 4 pilules par jour. — 4 francs le flacon de 100 pilules dragéifiées inaltérables. — Dans toutes les pharmacies.

J. L. P. DUROY, LAURÉAT DE L'INSTITUT, 10, rue du Faubourg-Montmartre, Paris.

SIROP ANTISCORBUTIQUE DE RIVIÈRE IODO-FERRÉ

Combinaison intime et naturelle de l'iode et du fer avec les plantes antiscorbutiques ; très-efficace dans les *affections chlorotiques, lymphatiques, scrofuleuses* : Chlorose, Anémie, Pertes blanches, Menstruation irrégulière, etc. 3 fr. le flacon. — Dépôt à la pharmacie J. RIVIÈRE, 68, Chaussée d'Antin, Paris.

EAU FERRUGINEUSE D'AUTEUIL (Paris)

25 centimes, 10 c. en plus pr la bout. — APÉRITIVE, TONIQUE ET RECONSTITUANTE — 25 centimes, 10 c. en plus pr la bout.

Établissement ouvert toute l'année

Prescrite avec le plus grand succès contre les engorgements de l'estomac, appauvrissement du sang, anémie, aménorrhée, pâles couleurs, engorgements du foie, de la rate, hydropisies au début. D'une efficacité certaine dans les convalescences des maladies graves, lymphatisme, accidents de la croissance et de la grossesse, et dans tous les cas où il faut relever l'organisme.

Elle contient des quantités notables de Sulfate de Protoxyde de Fer, d'Alumine, de Soude et de Magnésie, du Manganèse et de l'Arsenic.

La SOURCE D'AUTEUIL est située *rue de la Cure, n° 4*, à cinq minutes de la *gare de Passy*. — S'adresser à M. D'ESEBECK, propriétaire, ou à son Entrepôt de toutes les Eaux minérales françaises et étrangères, 62, rue J.-J. Rousseau.

LIENTERIE et DYSPEPSIE — **PANCRÉATINE DEFRESNE** — GASTRALGIE et ANOREXIE

HUILE DE FOIE DE MORUE DEFRESNE ÉMULSIONNÉE PAR LA PANCRÉATINE

PILULES, VIN, ÉLIXIR, ÉMULSION PANCRÉATIQUE DEFRESNE

EMPLOYÉS DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

(Voir les Mémoires présentés à l'Académie de médecine et à l'Institut.)

La **Pancréatine Defresne** perd un tiers de sa force dans l'estomac, mais continue son action dans le duodénum en présence de la bile alcaline. Elle rend assimilable, 15 fois son poids de corps gras; elle digère 50 fois son poids de fibrine, 140 g. d'empois ou 8,90 d'amidon.

Pharmacie DEFRESNE, rue des Lombards, 2 et 4, et dans toutes les autres pharmacies.

PRIME DE **16,600** FRANCS — MÉDAILLE D'**OR** A LAROCHE

QUINA LAROCHE

Extrait COMPLET **des 3 SORTES de quinquinas**

Triple ÉLIXIR *reconstituant, tonique* et *fébrifuge*. A base de vin d'Espagne et d'un goût agréable, ce produit participe du vin et du sirop de quinquina, mais leur est bien supérieur en efficacité.

Le procédé **Laroche** consiste à épuiser, par une série de véhicules variés et un outillage spécial, la totalité des nombreux principes contenus dans les trois meilleures sortes de quinquinas (*jaune, rouge et gris*), principes essentiels qui se complètent l'un par l'autre, et qui manquent presque toujours dans les préparations ordinaires.

Combiné au fer le *Quina Laroche* **FERRUGINEUX** offre une préparation aussi complète que possible, pour tous les cas où le *quinquina* et le *fer* sont jugés utiles.

PARIS, 22 et 15, rue Drouot, et dans toutes les pharmacies françaises et étrangères.

J. Laroche

ÉPILEPSIE
HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

EXPOSITION DE 1867

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. FELHING (de Stuttgart), FRITSCHE (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs*, sous forme de vin, Elixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie HOTTOT, 24, rue des Lombards, Paris.

EAU ANTI-HÉMORRHAGIQUE
DE TISSERANT

Expérimentée avec succès par plusieurs célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par MM. FRÉMY et MONOD, médecins des hôpitaux ; par MM. les docteurs PORTALÈS, RIÉGÉ, etc., etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (notamment les *hémoptysies*, les *métrorrhagies*, les *ménorrhagies*, etc.), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, etc.

MM. les médecins qui n'auraient pas encore expérimenté ce médicament, sont priés d'en faire prendre un flacon, qui leur sera délivré gratuitement à la PHARMACIE SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, à Paris.

PAPETERIE DU CORPS MÉDICAL
L. CHAMOUIN
29, rue Bonaparte, PARIS

Registres spéciaux pour la comptabilité de MM. les Médecins

600 Comptes	8 fr.
800 —	10
1.000 —	12
1.200 —	14

Feuilles d'observations. — Feuilles de température.

Lettres d'honoraires. — Cartes de visite.

AGENDA MÉDICAL 1874.

PORTEFEUILLES, TROUSSES, ETC.

CLASSE-VALEURS BREVETÉ S. G. D. G.

ENVOI CONTRE MANDAT DE POSTE.

PILULES DE PEPSINE

Digestion difficile, dyspepsie, vomissements, etc.

PIL. DE PEPSINE au fer réduit dans toutes les maladies où le fer est nécessaire.

PIL. DE PEPSINE au proto-iodure de fer. Maladies scrofuleuses, syphilitiques, etc.

Chez **HOGG**, pharmacien-chimiste, 2, rue Castiglione, Paris. Pharmacies de province ; on envoie *franco* par la poste.

VIN MARIANI
à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques.

5 francs la bouteille.

MARIANI, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

N° 9. — JEUDI 22 JANVIER 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 22 JANVIER 1874. — N° 9.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La question des urines ammoniacales, récemment soulevée à l'Institut, puis abordée au point de vue clinique par M. le professeur Bouillaud dans les colonnes de ce journal, a été portée hier devant l'Académie de médecine.

MM. Pasteur, Bouillaud, Bouley, Bussy, Dumas, etc., ont pris la parole dans ce milieu, si éminemment favorable aux controverses scientifiques, où les discussions se passionnent en restant courtoises.

Généralement il y a semblé que la théorie de M. Pasteur avait un caractère un peu trop exclusif pour représenter absolument la vérité ; et quand M. Dumas est venu opposer son instinct de chimiste aux affirmations que M. Pasteur appuyait sur son seul instinct, on a applaudi vivement.

En effet, on ne sait pas encore où sont les limites du possible dans les phénomènes chimiques accessoires aux êtres vivants. Les éléments sont toujours les mêmes ou à peu près, mais les corps produits sont essentiellement différents, alors que le groupement de ces éléments varie.

C'est là surtout que l'on comprend et que l'on admire dans toute sa profondeur la vieille théorie d'Aristote sur l'importance prépondérante de la *forme*, et non de la *matière*.

La forme saisit la matière et la constitue à l'état d'être. Comment expliquer mieux que par cette formule d'un contemporain d'Alexandre les étranges transformations que peut subir un corps de chimie organique sans être modifié en rien dans sa composition atomique ?

En chimie organique, la forme, en variant, fait varier l'être : et elle peut varier ainsi sous des influences diverses :

1° Par une sorte d'ébranlement purement physique qui modifie le groupement des molécules. C'est ainsi que la chaleur, l'étincelle électrique ou le rayon lumineux peuvent effectuer des décompositions et des transformations innombrables ;

2° Par une autre sorte d'action jusqu'à présent inexplicable, qu'on nomme *action catalytique*, action de contact : et par laquelle les atomes constitutifs de certains corps, entrant en branle, se groupent différemment en présence d'autres corps, immobiles eux-mêmes, pour ainsi dire, et qui ne varient pas. C'est ainsi que, quand on emploie l'acide sulfurique pour la transformation du papier en glucose, on le retrouve parfaitement intact à la fin de l'opération. Il n'agit que par sa présence, sans qu'il se fasse aucune combinaison chimique. Il reste dans le même état et conserve toute sa puissance après avoir agi sur le corps organique, de même que l'aimant ne se trouve pas affaibli pour avoir attiré le fer. La force secrète alors mise en œuvre est encore inconnue dans sa nature intime, et, disons-le, on ne l'a point étudiée suffisamment dans ses applications. Nul ne saurait dire aujourd'hui où sont les bornes de son domaine.

3° Les changements d'état, de groupement atomique et de forme se font aussi sous l'influence de corps qui ne sont plus immobiles, mais qui au contraire *se meuvent* dans les divers sens que ce mot avait dans la langue d'Aristote. Aristote, en effet, appelait mouvement le travail nutritif, l'accroissement de l'être et sa germination, tout aussi bien que sa translation dans l'espace. Or, dans les théories chimiques les plus récentes, on trouve réunis sous le nom commun de ferments deux espèces diverses de corps. Les uns, qu'ont surtout étudiés MM. Estor et Béchamp, ne s'accroissent pas, il est vrai, et ne germent pas ; mais ils se meuvent dans l'espace : ce sont des atomes animés de ce qu'on a appelé le *mouvement brownien ;* ils peuvent se réunir en grappes ou se séparer de nouveau ; mais ils gardent le caractère d'atomes toujours agités. On ne peut dire qu'ils ont la vie à proprement parler. Ils ressemblent plutôt à ces petits corps ronds auxquels Démocrite attribuait la faculté de se mouvoir eux-mêmes et de mouvoir tous les autres corps. Au rapport d'Aristote, il les montrait dans l'air en faisant pénétrer un rayon de soleil par une fente dans une chambre obscure, et il y voyait le principe de toute vie et de toute action. On retrouve, en effet, dans l'air ces molécules animées d'un mouvement brownien, qui jouent le rôle de ferments ; on y retrouve aussi quelques-uns des autres ferments, de ceux qui ressemblent plus à des êtres vivants en ce qu'ils s'accroissent et se multiplient, de ceux en un mot qui préoccupent particulièrement M. Pasteur.

Les uns et les autres, ceux qui semblent vivre, et ceux qui n'ont rien d'analogue aux êtres vivants, ceux qui se promènent dans l'air, et ceux qui ne sont pas ainsi microscopiques, produisent également certaines actions chimiques considérables par leur contact. C'est ainsi que l'un d'eux peut transformer l'urée en carbonate d'ammoniaque, un autre la fécule en glucose, etc., etc. C'est donc encore un troisième genre d'ébranlement moléculaire que peuvent subir les corps de chimie organique.

4° Mais il en existe un quatrième, le plus mal connu de tous peut-être : celui qui se produit tous les jours dans le sein des

êtres vivants, et au moyen duquel, aux dépens d'aliments assimilables, se produisent tous les tissus, tous les liquides de l'organisme et toutes les sécrétions. La force active est bien ici incontestablement rattachée à la vie. Où s'arrêtent les forces vitales lorsqu'il s'agit d'êtres compliqués et non d'êtres simples, de vastes corps organisés et non d'êtres microscopiques? Telle était la question qui se posait aujourd'hui dans le sein de l'Académie.

Du reste, l'assistance était des plus nombreuses. L'élection de M. Trélat est devenue plus flatteuse encore par l'affluence des votants qu'avaient amenés les mérites des compétiteurs.

La séance s'est terminée par une lecture intéressante de notre cher collaborateur, le docteur Bérenger-Féraud, médecin en chef de la marine.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES

M. de Saint-Germain

Polype muqueux occupant la partie moyenne du pharynx et les fosses nasales. — Extirpation à travers le voile du palais divisé. — Guérison.

Marie C..., âgée de onze ans, entre dans mon service le 18 janvier 1873. Elle occupe le lit nº 19 de la salle Sainte-Pauline.

Cette enfant, d'une bonne constitution d'ailleurs, ne présente, à considérer dans ses antécédents, qu'une sorte de coryza chronique dont elle souffre depuis longtemps, sans qu'il soit possible d'en limiter l'origine d'une manière précise. Vers le mois de septembre 1870, elle aurait senti en se mouchant l'existence d'une grosseur dans la narine droite. Sa mère, avertie du fait, l'aurait conduite chez un médecin qui lui aurait enlevé à l'aide d'une pince un fragment de polype. Quelques jours après l'opération, un autre fragment serait tombé spontanément ; et ce fragment présenté au médecin lui aurait fait déclarer, que, le pédicule du polype étant tombé, la guérison paraissait assurée. En effet, la petite malade put dès ce moment respirer librement des deux narines.

Vers le mois de janvier 1872, la gêne de la respiration reparut, des deux côtés cette fois, et alla toujours en augmentant. Point de céphalalgie du reste : pas d'écoulement par le nez, pas d'épistaxis; le sang ne paraissait qu'à la suite des explorations qui étaient tentées. Vers le mois d'août 1872, un médecin de la ville fut consulté. Après avoir constaté l'existence d'une masse polypeuse occupant et les fosses nasales et la partie postérieure de la luette, il se borna à extirper la partie du polype qui faisait procidence dans la narine droite et conseilla pour le reste l'entrée à l'hôpital.

Nous examinons avec soin la petite malade dès le lendemain de son entrée, et nous constatons les phénomènes suivants. La voix est nasonnée, la déglutition se fait sans la moindre difficulté, le nez n'est pas déformé, mais nous constatons dans la narine droite l'existence d'une petite masse grisâtre tremblotante, ayant tout l'aspect d'un polype muqueux. Nous engageons la malade à souffler par l'une et l'autre narine. Quels que soient les efforts auxquels elle se livre, il lui est absolument impossible de faire passer le moindre souffle par l'un ou l'autre orifice.

Nous procédons alors à l'examen de la gorge. Cette examen nous est rendu facile par l'extrême docilité de la malade, qui se prête à toutes les manœuvres exploratrices avec la plus grande résignation.

Nous constatons en déprimant purement et simplement la base de la langue à l'aide d'une spatule, l'existence d'une masse arrondie ayant le volume d'une grosse cerise, d'un rouge vif se confondant assez avec la nuance du voile du palais, située à droite et en arrière de la luette, et oblitérant, par conséquent, tout à fait l'arcade du côté correspondant, tout en empiétant quelque peu sur l'arcade du côté gauche.

Le doigt recourbé en crochet est alors introduit avec précaution derrière la luette. On constate ainsi que la tumeur n'a aucune adhérence avec ce prolongement, qu'elle est molle, cylindrique, verticalement dirigée, mais qu'elle semble cependant présenter une légère courbure d'arrière en avant. Il est absolument impossible de limiter à l'aide du doigt l'implantation supérieure de la tumeur. On ne l'atteint pas et l'enfant a les nausées les plus pénibles quand on insiste sur cette exploration d'une manière un peu trop prolongée.

Après avoir observé la malade durant un temps assez long, je me décide le 23 février à tenter l'extirpation de cette masse. Je cherche à la saisir à l'aide de pinces à griffes, dites de Museux. Ici commencent certaines difficultés d'exécution que je crois bon de signaler. Comptant sur l'extrême docilité de l'enfant, docilité qui jusqu'à ce moment ne s'était point démentie, je jugeai absolument inutile de la chloroformer. Or cette petite, dont la patience et le courage étaient extrêmes quand il s'agisait d'explorer, devenait d'une pusillanimité exceptionnelle dès qu'elle apercevait un instrument, et résistait, se défendait avec la plus grande énergie. Cette résistance fut cause que je ne pus saisir solidement la masse qu'à la troisième tentative. J'essayai de légères tractions; la masse se déchira, et je ne pus en obtenir que deux ou trois petits fragments. Nous constatâmes pourtant qu'à la suite de cette déchirure, la longueur du polype avait assez notablement diminué pour qu'il ne fît plus aucune saillie au niveau de la luette. Renonçant pour le moment à m'attaquer à cette masse, je me contentai d'extirper de la narine droite un polype muqueux à ramifications multiples, lequel me parut absolument indépendant. Malgré cette extirpation, il continua à être impossible à la malade de souffler par l'une et l'autre narine. La malade, pendant cette opération, n'a perdu que fort peu de sang. A la suite de cette tentative infructueuse, l'état général de la petite malade s'altère; son pouls s'élève à 112. Une fièvre assez intense se manifeste, la langue devient sale, etc. Cet état ne cède qu'après un temps assez long (trois semaines environ). Convaincu de la grande difficulté que présenterait ce polype pour son extraction, très-peu édifié sur la nature intime, sur la structure de cette masse, et surtout préoccupé de l'idée qu'en cas de polype naso-pharyngien proprement dit, il serait peut-être nécessaire de pratiquer une mutilation assez considérable pour nous donner du jour, je sollicitai l'avis de mon collègue M. le docteur Guyon, chirurgien de l'hôpital Necker. Après un minutieux examen, il fut d'avis que cette tumeur, bien que d'apparence fibroïde, ne devait point appartenir à la classe des polypes naso-pharyngiens; il se basait sur la rareté extrême de ces sortes de polypes chez les sujets du sexe féminin et sur la surface d'implantation qui, bien que fort élevée et inaccessible au doigt, ne lui semblait pas être basilaire. Aussi son avis fut-il de rejeter bien loin toute grande mutilation, telle qu'une voie créée à travers le maxillaire supérieur, et de se borner à une division longitudinale du voile du palais. Ce programme cadrait trop bien avec mes idées de chirurgie conservatrice pour que je ne l'adoptasse pas avec empressement. Je promis donc à M. Guyon de procéder à la division du voile et de le prévenir dès que ce résultat serait obtenu. Restait à choisir le procédé à employer pour cette opération préliminaire. On s'occupait en ce moment beaucoup ou plutôt on reparlait avec un certain enthousiasme de la galvano-caustique appliquée à la trachéotomie. Je résolus d'en tenter l'application à la section du voile du palais, et après avoir préalablement chloroformé la petite malade, je traçai sur le raphé médian un premier sillon à l'aide du galvanocautère. Malheureusement la pile dont je me servais était trop faible, le couteau s'éteignait trop vite; il me fut impossible d'opérer la transfixion complète, et je dus, à quelques jours de là, recourir à la ponction faite à l'aide du bistouri et suivie d'une suture sur le raphé médian faite à l'aide des ciseaux à staphylora-phie.

A peine la division fut-elle opérée, que les deux segments du voile du palais s'écartèrent comme les deux rideaux d'une alcôve et nous permirent de voir la masse polypeuse dans une assez grande étendue. Nous laissâmes la malade se reposer quelques jours; puis nous tentâmes avec M. Guyon l'extirpation radicale. Cette tentative resta sans résultat. Le serre-nœud, dans la lunette duquel nous essayâmes de faire passer le polype, ne présentait point une courbure suffisante; et les pinces à griffes dont nous pouvions disposer pouvaient tout au plus dilacérer le polype sans amener sa complète énucléation. Je dus

donc, suivant le conseil de mon collègue M. Guyon, avoir recours à un autre instrument. M. Mathieu, à qui je parlai de l'embarras dans lequel nous nous trouvions, me confia alors une pince analogue aux pinces dites à cadre, c'est-à-dire que les deux mors représentaient deux gouttières creuses recourbées en forme d'ellipse; mais différaient du modèle dit à cadre, en ce sens que, de place en place, se trouvaient dans lesdites gouttières des dents correspondant à des cavités creusées dans la gouttière opposée. Avec un pareil instrument la prise était excellente, et le polype ne pouvait glisser. Aussi dès le lendemain je me mis en devoir d'en terminer avec lui, je chloroformai la petite malade. Je la plaçai en travers de son lit et après avoir fait écarter les mâchoires à l'aide d'une sorte de baillon, je pus facilement introduire la grosse pince que je décrivais plus haut entre les deux moitiés du voile du palais et saisir fortement le polype par sa partie moyenne. Une fois cette masse saisie, je maintins ma pince serrée à l'aide du cran d'arrêt dont elle est munie, et sans faire la moindre traction, de peur de diviser le polype par son milieu, je fis une série de mouvements de torsion analogues à ceux que l'on emploie pour l'extirpation des polypes muqueux de l'utérus. Au bout de quelques tours je sentis une résistance vaincue, et j'obtins bientôt la masse tout entière. Très-peu de sang s'écoula, et, aussitôt après l'opération, la petite malade réveillée put souffler avec la plus grande facilité par l'une et l'autre narine. Nous examinâmes la tumeur qui présentait les caractères suivants :

Le polype représentait, dans la masse, tous les types du polype muqueux; il était tremblotant, gélatineux, sauf en un point, à savoir celui qui faisait procidence à la partie postérieure de la luette. Cette extrémité avait les caractères d'un tissu fibroïde, et devait très-probablement cet aspect aux tiraillements, aux dilacérations successives qui avaient modifié la nature muqueuse de la tumeur par l'addition de tissu inodulaire ou cicatriciel. La partie centrale était cylindroïde et surmontée à 0m035 environ d'une sorte de disque à surface saignante. Ce disque représentait, à n'en pas douter, le point d'implantation du polype, qui devait probablement s'insérer au-dessus de l'orifice postérieur des fosses nasales. En avant de cette masse cylindroide naissaient deux énormes prolongements qui s'enfonçaient dans les fosses nasales et les obstruaient absolument. L'examen histologique, fait avec soin, fit reconnaître, d'ailleurs, tous les caractères propres aux polypes muqueux.

Les jours qui suivirent l'opération ne présentèrent rien de particulier à noter. La respiration s'établit d'une manière toute normale et parfaitement libre, et l'état général de la petite malade se maintint satisfaisant.

Quelques inconvénients furent signalés pourtant : le nasonnement de la voix fut beaucoup plus accusé, et les boissons ingérées refluèrent à plusieurs reprises dans les fosses nasales. Ce dernier inconvénient dura peu, et nous pûmes remarquer que le nasonnement lui-même diminuait sensiblement et n'était même perceptible, au bout de quinze jours, que dans la prononciation de certaines syllabes. A partir du jour de l'opération définitive jusqu'au jour où la petite malade quitta l'hôpital, c'est-à-dire dans la seconde semaine de mai, nous avons pu assister, jour par jour, à la cicatrisation du voile du palais et suivre pour ainsi dire pas à pas ce travail des plus intéressants. Ce travail a commencé par un développement assez actif des bourgeons charnus au sommet même de l'angle formé par les deux lambeaux et par la constitution d'une sorte de petit triangle cicatriciel à base dirigée en bas et en avant. A mesure que ce triangle augmentait de hauteur, l'écartement des deux bords devenait moindre, et nous ne tardâmes pas à constater l'existence de bourgeons charnus très-abondants sur les deux lèvres, notamment sur la droite, comme si ces bourgeons avaient voulu tendre à diminuer la distance qui les séparait les uns des autres. En moins d'un mois, nous eûmes gagné de la sorte 0m01 environ, puis un 0m005 en huit ou dix jours. Nous avons pu constater que ce travail se faisait lentement, mais progressivement, et nous aurions continué cette étude jusqu'au bout, sans le désir nettement formulé par les parents de reprendre leur petite fille, afin de la soustraire aux chances de contagion inévitable dans un hôpital d'enfants. Ils nous ont formellement promis de nous la ramener à des époques déterminées, et j'espère qu'il nous sera bientôt donné de constater la cicatrisation parfaite du voile du palais.

Permettez-moi, messieurs, de faire suivre cette longue description de quelques courtes observations pratiques. J'insisterai d'abord sur la difficulté assez grande d'établir un diagnostic précis sur une tumeur de cette nature, c'est-à-dire en apparence complexe et cependant homogène, et présentant à la vue, dans le seul point qui fut accessible à la vue, un aspect absolument différent de celui qu'elle revêtait dans les régions cachées. Nul doute, en effet, que sans l'apparence et la consistance absolument fibreuse de l'extrémité inférieure de ce polype muqueux, nous n'eussions tout de suite été éclairé sur sa nature, même sur sa texture interne, et que nous n'eussions aussitôt écarté l'hypothèse d'un polype naso-pharyngien, qui pourtant nous a un instant arrêtés. Si du diagnostic nous passons à l'exécution même de l'opération, nous ne pouvons que regretter, en présence des difficultés considérables que nous avons eu à vaincre, que l'arsenal chirurgical, déjà cependant si compliqué, ne contienne pas un abaisse-langue fixe, c'est-à-dire un appareil tenant la langue absolument abaissée et rendu immobile à l'aide d'un ou deux points d'appui pris sur le bord inférieur de la mâchoire, par exemple. On ne saurait croire les services que rendrait un semblable appareil dans toutes les opérations pratiquées dans l'arrière-bouche, dans l'amygdalotomie, par exemple.

J'arrive à l'opération préparatoire, qui a consisté à diviser le voile du palais. Je m'applaudis de l'avoir pratiquée, et je suis absolument convaincu que, sans cette précaution, il nous eût été impossible de mener à bonne fin l'extirpation entière du polype. Il va sans dire que, dans une circonstance analogue, je n'aurais plus recours à la galvanocaustique, et je procéderais ainsi que je l'ai dit plus haut, c'est-à-dire à l'aide d'un bistouri et de ciseaux à staphyloraphie.

Pour le mode même de l'extirpation, je ne saurais trop recommander l'emploi de la grosse pince, qui m'a été d'un si puissant secours. Tout autre instrument eût donné un résultat moins satisfaisant. La pince de Museux eût accroché la muqueuse en plus d'un point et eût, sans aucun doute, dilacéré le polype. Le fil de fer du serre-nœud n'eût amputé qu'un segment de la masse, au lieu que cette pince, aux mors larges, mousses, ne nous a d'abord causé aucune inquiétude au point de vue de son introduction dans l'arrière-gorge, et, en outre, nous a fourni une prise aussi large que solide, à l'aide de laquelle nous avons pu extraire le polype en totalité.

OBSTÉTRIQUE

CÉPHALOTRIBE FENÊTRÉ. CINQ OPÉRATIONS PRATIQUÉES AVEC CET INSTRUMENT,

Par M. Bailly, professeur agrégé.

Depuis le mois de mai 1872, époque à laquelle M. Collin a, sur mes indications, construit le céphalotribe fenêtré, j'ai pratiqué huit fois la céphalotripsie avec cet instrument. Tous ces faits, sans exception, seront publiés. Toutefois, pour ne pas surcharger d'observations cette courte notice, je me borne aujourd'hui à donner la relation des cinq premiers faits par ordre de date; les trois autres en étant d'ailleurs l'exacte répétition quant aux principales circonstances pathologiques et aux résultats heureux pour la mère. Après en avoir pris connaissance, le lecteur pourra juger de la valeur de mon céphalotribe, et si, comme je le crois fermement, il est appelé à rendre d'importants services à la pratique.

Obs. I. — Mme F..., vingt-neuf ans, mesure seulement 1m40 de hauteur. Cette brièveté de la taille ne peut être attribuée qu'à un arrêt simple de développement, car elle a marché tôt, et l'on ne découvre chez elle aucune déformation rachitique des os.

Première couche à terme, sans opération, il y a quatre ans. L'accouchement dure quatre jours et se termine par la naissance d'une fille mort-née, tuée par la longueur du travail. En 1872, deuxième grossesse, aujourd'hui à terme.

Premières douleurs ressenties le 21 janvier 1873, dans la matinée; rupture spontanée des membranes ce même jour, à onze heures du soir. Contractions soutenues pendant la journée du 22 janvier, impuissantes toutefois à engager la tête fœtale dans le détroit abdominal, qui mesure 0m.09 au plus d'avant en arrière. Après avoir essayé en vain d'extraire l'enfant au moyen du forceps, MM. les docteurs Cotard et Thierry, appelés dans la soirée, se décident à pratiquer la céphalotripsie. Un céphalotribe ordinaire est aisément appliqué par M. Thierry, chef de clinique auxiliaire d'accouchements à la Faculté ; mais, malgré la précaution de fixer avec la main la tête sur le détroit, celle-ci glisse et échappe dès qu'on rapproche les mors de l'instrument. Trois applications successives ont le même insuccès.

MM. Cotard et Thierry m'ayant fait prié, vers neuf heures du soir, de me joindre à eux, je saisis cette occasion de faire l'essai du céphalotribe fenêtré. Après avoir perforé largement le crâne et l'avoir vidé autant que possible, mon instrument est appliqué. Je pus tout de suite me convaincre que ce premier temps de l'opération est, en raison de la forme des cuillers, plus facile qu'avec le céphalotribe ordinaire et diffère peu de l'application du forceps. La tête fut du premier coup saisie et écrasée dans toute sa longueur, et quand je l'eus amenée au dehors, une cuiller du céphalotribe couvrait la joue droite jusqu'à la commissure labiale, tandis que l'autre cuiller, placée derrière l'oreille gauche, s'était avancée jusqu'à la partie supérieure du cou. L'écrasement était parfait, la tête tenue avec la plus grande solidité, et ce premier résultat complétement satisfaisant.

L'enfant (garçon), très-volumineux, n'a pu être pesé, faute de balances; j'évalue son poids à près de quatre kilogrammes, cerveau non compris. Délivrance naturelle. Suites de couches heureuses.

Obs. II. — B..., femme R..., quarante et un an, petite, constitution médiocre. Déformation rachitique du squelette des membres inférieurs. L'empreinte de cette maladie n'est pas moins évidente dans les avant-bras, sur le crâne et sur le bassin. Longueur du diamètre sacro-pubien : 0m 085 (après déduction).

Trois accouchements prématurés spontanés, aux termes de cinq, sept et huit mois. Trois couches à terme : l'une en présentation du siége, les deux autres par le crâne, après un travail prolongé et une application de forceps. Ces trois enfants, compromis par les difficultés de l'accouchement, n'ont pas vécu au-delà de quelques minutes. Arrivée cette fois au terme de la septième grossesse, la femme R... commence à souffrir le 1er septembre 1863, à deux heures du matin. Les contractions utérines se succèdent avec force jusqu'au 2 septembre 1873, à trois heures du soir, date de l'arrivée à la salle d'accouchements. A ce moment, le col est complétement dilaté ; le crâne, à peine engagé dans le détroit supérieur, est recouvert d'un vaste œdème qui masque la position ; les pulsations cardiaques sont nulles et les liquides vaginaux exhalent cette fétidité particulière qui dénote un commencement de putréfaction du fœtus. L'état général est d'ailleurs satisfaisant.

La perforation du crâne est opérée avec le crâniotome de Blot, et la moitié au moins de la masse encéphalique est évacuée avant l'application du céphalotribe fenêtré, que j'emploie pour la seconde fois.

Les cuillers de cet instrument saisissent du premier coup la tête et l'écrasent. J'en opère ensuite l'extraction sans difficulté et constate, à ce moment, avec tous les assistants, que le crâne est saisi régulièrement par ses côtés, chaque cuiller couvrant une oreille et répondant, par son extrémité, à la partie antérieure du cou, qui se trouve elle-même saisie. Sans retirer l'instrument, je mesure, avec M. le docteur de Soyre, chef de clinique, le diamètre de la tête, du milieu d'une fenêtre à l'autre ; il est de 0m056, juste l'épaisseur totale du céphalotribe quand les branches sont rapprochées.

L'enfant (fille), d'un développement ordinaire, pèse 2,700 grammes, non compris le poids du cerveau, presque complétement extrait du crâne. Au point de vue de la facilité des manœuvres, de la sûreté de l'écrasement, de la solidité de la prise du crâne, cette opération n'a rien laissé à désirer; telle fut, je crois, l'impression des personnes présentes.

Après dix jours écoulés sans accident aucun, la femme R... quitte la Clinique sur sa demande.

Obs. III. — Mme X..., âgée de trente ans, a été maladive dans sa première enfance et n'a marché qu'à cinq ans.

En janvier 1871, elle accouche pour la première fois, à terme, d'une fille vivante, après un travail de trente heures, fort pénible, et pendant lequel de l'ergot de seigle fut administré. Au dire de la sage-femme, ce premier enfant se présentait par la face.

De nouveau enceinte vers la fin de l'année 1872, Mme X... commence à souffrir le 6 septembre 1873, dans la soirée. Ces douleurs persistent avec une intensité médiocre pendant les journées des 7 et 8 septembre. Appelé le lendemain matin, vers les dix heures, près de la parturiente, par son médecin, M. Dunoyer, je trouve une femme petite, brune, d'apparence frêle. Sur les membres abdominaux, on voit les déformations caractéristiques du rachitisme. La mensuration du bassin donne au diamètre sacro-pubien 0m085 d'étendue (après déduction). Le crâne est maintenu fort élevé par le détroit abdominal; la fontanelle antérieure occupe à peu près le centre de cette ouverture ; le front répond au pubis gauche. L'enfant vit.

A ce moment (10 heures du matin) les douleurs sont fortes, rapprochées, expulsives, la dilatation complète, les membranes intactes.

A 2 heures de l'après-midi, même état : M. le docteur Dunoyer rompt les membranes.

A dix heures du soir, la tête ne se dégageant pas, j'applique le forceps ; mais, malgré de puissants efforts d'extraction, réitérés pendant une demi-heure, le crâne reste immobile. Désespérant d'amener l'enfant entier, je pratique la crâniotomie, et j'applique le céphalotribe fenêtré. La tête est saisie du premier coup et facilement extraite. Elle est prise de la manière suivante : la cuiller gauche (branche à pivot) couvre le pariétal droit de l'enfant, la portion écailleuse du temporal et s'incruste dans le cou par sa pointe, tandis que la branche droite comprime la bosse frontale et la joue gauche dans toute son étendue. Le bord concave des cuillers regarde la face qui s'est dégagée en avant sous les pubis. L'enfant (garçon), d'un volume plus que moyen, n'a pu être pesé. Délivrance naturelle au bout d'une demi-heure.

Des tranchées douloureuses, accompagnées d'un certain degré de ballonnement du ventre et de fréquence du pouls, qui m'avaient un instant inquiété, disparaissent complétement après l'expulsion des caillots sanguins volumineux que renfermait la matrice. A partir du troisième jour, les couches n'ont cessé d'être naturelles, et deux semaines après l'accouchement, Mme X..., déjà forte, commençait à se lever.

(A suivre.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 janvier 1873. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu négatif des maladies épidémiques dans le département des Deux-Sèvres pendant l'année 1873.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Cette correspondance comprend une note sur le *typhus exanthématique*, par le M. le docteur Pigeon de Fourchambault.

M. Joly présente une brochure intitulée : *La mort des rois de France depuis François Ier jusqu'à la Révolution française.*

COMMUNICATION

sur la fermentation ammoniacale des urines.

M. Pasteur. J'ai la satisfaction d'annoncer à l'Académie que mon préparateur, M. Gaillon, a constaté dans mon laboratoire, hier et aujourd'hui, la présence d'une quantité innombrable de ces organismes inférieurs qui jouent le rôle de ferments dans une urine ammoniacale provenant d'un malade de la Charité. Ainsi la décomposition de l'urée en carbonate d'ammoniaque se fait bien par fermentation, comme je l'avais dernièrement indiqué devant l'Académie des sciences à propos d'un travail que MM. Gosselin et Robin avaient présenté.

M. Gosselin. Dans ce travail, nous ne prétendions pas indiquer

les conditions *chimiques*, mais simplement les *conditions cliniques* au milieu desquelles se produit l'alcalinité des urines. Si quelquefois il est possible d'expliquer la fermentation ammoniacale par l'introduction de germes vivants le long de la sonde dans l'opération du cathétérisme, cette explication n'est plus possible lorsqu'il s'agit de malades qu'on n'a jamais sondés.

M. PASTEUR. Dans ce cas, les petits organismes ont pu s'insinuer directement par l'urèthre, car, pour eux, l'urèthre est un tunnel plus considérable que pour nous le tunnel proposé sous la Manche, entre la France et l'Angleterre.

M. RICORD. M. Gosselin a parfaitement raison. Ma longue expérience clinique me permet d'affirmer que le nombre des malades dont l'urine est ammoniacale lors de l'émission sans qu'il y ait eu de cathétérisme, dépasse de beaucoup le nombre de ceux qui ont d'abord été sondés.

M. BOUILLAUD. Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. Je vous donnerai la parole lorsque l'Académie aura procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale.

ÉLECTION

La commission présente en première ligne, M. Perrin.

En deuxième *ex æquo*, MM. Lefort et Trélat.

En troisième, M. Désormeaux.

En quatrième *ex æquo*, MM. Guyon et Panas.

Au premier tour de scrutin le nombre des votants est de 80 ; majorité, 41.

M. Trélat obtient.	36	suffrages
M. Perrin —	27	—
M. Désormeaux	14	—
M. Lefort —	3	—

Au second tour, le nombre des votants est de 81 ; majorité, 41.

M. Trélat obtient.	45	suffrages
M. Perrin —	36	—

En conséquence, M. Trélat est proclamé membre de l'Académie.

REPRISE DE LA DISCUSSION

sur la fermentation ammoniacale des urines.

M. BOUILLAUD. La question des fermentations a toujours été une très-grosse question, mais elle est devenue grosse comme le monde depuis que M. Davaine s'en empara pour toucher à l'abîme sans fond des infiniment petits.

J'ai beaucoup étudié, au point de vue clinique, toutes les fermentations putrides, et celle de l'urine en particulier ; et, ce matin même, j'ai publié, dans la *Gazette des Hôpitaux*, une note sur ce sujet ; je tenais à rappeler que les urines peuvent devenir alcalines en dehors de toute maladie locale, soit de la vessie, soit des reins, sous l'influence d'un état général tel que celui qui se produit dans certaines fièvres typhoïdes. Dans l'immense majorité des cas d'urines ammoniacales, les malades n'ont pas été sondés. Aussi quand M. Pasteur a dit, à l'Institut, que, s'il avait l'honneur d'être chirurgien, il ne ferait jamais de sondage sans avoir exposé la sonde à la lumière d'une bougie ou l'avoir trempée dans l'eau bouillante, je me suis demandé s'il ne s'exagérait pas un peu le rôle possible de la sonde et si la fermentation ammoniacale des urines ne précédait pas dans bien des cas l'introduction d'organismes vivants dans la vessie.

Je me suis aussi demandé si, dans des parties en putréfaction, ces ferments organiques ne peuvent, dans aucun cas, se développer d'eux-mêmes sans venir du dehors.

M. PASTEUR. Jamais l'urine conservée dans un vase au contact de l'air, mais d'un air purifié de tout germe et de tout ferment, ne prend l'odeur ammoniacale. Elle ne se putréfie jamais : elle se colore seulement de plus en plus par une oxydation graduelle de ses principes colorants ; mais, après des mois et des années, même en la conservant à une température de 28 à 30 degrés, je l'ai toujours trouvée inaltérée. Cela est vrai pour tous les liquides de l'économie. Dans l'état de santé, le corps est absolument fermé par son revêtement épidermique et épithélial. Je suis très-disposé, par conséquent, à croire que, pour transformer de l'urée en carbonate d'ammoniaque, dans la vessie aussi bien qu'ailleurs, il faut quelqu'un de ces ferments si nombreux dans l'air, ferments qui peuvent s'introduire soit au moment du sondage, soit à tout autre moment par l'urèthre, soit par une blessure de la vessie, etc.

Quant au flambage des instruments et des sondes, il est très-facile, et ne les échauffe pas même notablement. Il suffit de passer ces objets au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool. C'est ce que je fais du reste, pour les objets dont je me sers, moi qui, par la nature de mes recherches, vis sans cesse entouré de germes et de ferments de toute espèce, dont je ne pourrais pas me préserver autrement.

M. BOULEY. Je voudrais poser une question à nos chimistes, et particulièrement à M. Dumas : N'est-il pas possible que l'urée se transforme, sans fermentation proprement dite, en carbonate d'ammoniaque ? Ne pourrait-il pas se produire dans l'organisme quelque cause capable d'alcaliniser les urines en dehors de tout germe venu du dehors ?

M. PASTEUR. Quand on s'est beaucoup occupé d'une question on finit par avoir une sorte d'instinct. Or mon instinct me dit que *non*, mais ce n'est qu'une présomption.

M. BOULEY. Je ne parle pas de ces maladies générales, mentionnées par M. Bouillaud, et dans lesquelles le sang devient septicémique. Je parle des cas dans lesquelles l'urine est en contact d'un mucus altéré, ou de sang épanché, ou de pus sécrété dans l'appareil urinaire. Alors, ce sang, ce pus, ce mucus altéré sont-ils incapables de provoquer une fermentation putride ?

M. PASTEUR. C'est mon impression.

M. BUSSY. En dehors de l'économie, quand nous voulons transformer l'urée en carbonate d'ammoniaque sans fermentation, cela nous est facile. Il nous suffit de chauffer dans un tube scellé le solution d'urée jusqu'à une température de 200 degrés environ. Reste à savoir si, dans l'organisme, il y a d'autres conditions qui peuvent, sans ferments, conduire au même résultat.

M. DUMAS. Ponr bien comprendre la question, il faut la reprendre à l'origine.

L'urée n'a besoin que de fixer de l'eau pour être transformée en carbonate d'ammoniaque ; elle diffère de celui-ci comme l'éther de l'alcool. Pour lui faire fixer cette eau, on a connu d'abord un procédé, celui de la mettre en contact d'acides puissants ou d'alcalis puissants, qui la transforment pour s'emparer, les uns de l'ammoniaque ainsi formé, ou les autres de l'acide carbonique.

Ensuite on a vu qu'on arrivait au même résultat en élevant la température.

Puis on a constaté qu'en présence du mucus altéré à l'air libre, l'urine se putréfiait avec rapidité.

Plus tard, M. Van Thieghen a montré qu'il se formait en pareil cas dans le mucus altéré un ferment spécial.

Dès lors on a su que l'urée se décomposait par des procédés qui étaient dépendants de la fermentation et par d'autres qui en étaient complétement indépendants.

Maintenant je n'oserais pas affirmer que, dans l'organisme, il fallût toujours un ferment venu du dehors ; que le sang, par exemple, où le mucus altéré par quelque maladie ne pourrait pas fournir l'élément essentiel à cette fermentation. Puisque c'est une question d'instinct, mon instinct est en désaccord avec celui de M. Pasteur. Mais, en réalité, nous ne pouvons affirmer quoi que ce soit ni l'un ni l'autre. Il faut attendre que les faits aient parlé.

M. CHASSAIGNAC. Le plus souvent les urines sont acides quand on a laissé, dans la vessie, une sonde à demeure. En pareil cas, il se fait des gangrènes locales avec produits putrides.

M. BLOT. Il arrive souvent que chez les nouvelles accouchées, il se déclare une rétention d'urine. Or les premières fois qu'on les sonde, il n'est pas rare de trouver une urine très-fortement ammoniacale. Ainsi cette fermentation peut se faire sans introduction d'organismes venus du dehors.

M. PASTEUR. Je ne partage pas l'opinion de M. Blot.

M. BLOT. Ce n'est pas une opinion, c'est un fait.

M. PASTEUR. Un fait interprété. Si l'urine pouvait se putréfier dans l'organisme sans ferment, elle se putréfierait de même dans un vase : et il n'en est rien.

M. BOULEY. Et le mucus! et le pus! et le sang!

M. PASTEUR. Le sang ne peut favoriser la fermentation que parce qu'il produit un milieu alcalin propice pour le développement de germes venus du dehors.

M. VERNEUIL. L'urine devient surtout alcaline quand l'urine renferme des leucocythes. Jamais l'urine des hystériques n'est alcaline lorsqu'on les sonde dans des accès nerveux de rétention d'urine.

M. BOUILLAUD. C'est vrai. Mais il faut bien savoir que l'urine des hystériques, en pareil cas, contient fort peu d'urée : c'est presque de l'eau pure.

M. BLOT. M. Bouillaud vient de faire comprendre pourquoi l'urine se corrompt, au contraire, chez les nouvelles accouchées. Elle est, en effet, chargée d'urée chez ces dernières.

LECTURE

M. le docteur BÉRENGER-FÉRAUD, médecin en chef de la marine, résume ainsi le *diagnostic différentiel de la fièvre bilieuse mélanurique et de la fièvre jaune.*

Parmi les maladies qui atteignent les Européens au Sénégal, la fièvre mélanurique est intéressante au double point de vue de sa gravité et de la confusion possible avec la fièvre jaune.

La contagiosité de la fièvre jaune s'affirmant davantage de jour en jour, les relations avec le nouveau monde devenant plus fréquentes et plus rapides depuis la création des lignes transatlantiques, il est nécessaire de bien différencier les deux maladies pour la grande question des quarantaines à imposer dans nos ports d'Europe.

La fièvre mélanurique diffère de la fièvre jaune au point de vue de l'étiologie, de la marche, de l'anatomie pathologique.

Etiologie. — Un caractère, entre mille autres, est que l'individu est de plus en plus exposé à mesure qu'il séjourne plus longtemps dans les pays paludéens intertropicaux ; c'est le contraire d'une manière absolue, pour la fièvre jaune.

Marche, rechute, etc. — La fièvre mélanurique, en qualité de pyrexie paludéenne, est précédée et suivie d'accès franchement intermittents; rien d'analogue dans la fièvre jaune.

Les vomissements de la fièvre mélanurique ne varient pas de nature; ils sont constamment verts, teignant les linges en vert et contiennent de la biliverdine.

Les vomissements de la fièvre jaune varient de nature suivant la période de la maladie. Les derniers sont noirs et teignent les linges en bistre ou en marron.

La fièvre mélanurique reparaît avec une facilité de plus en plus grande.

La rechute de la fièvre jaune est si rare, qu'on l'a niée quelques ois.

Anatomie pathologique. — Pas de lésion pathognomonique de l'estomac dans la fièvre mélanurique : foie volumineux, hyperhémiée. C'est le contraire dans la fièvre jaune.

En somme, la distinction entre les deux maladies est possible, facile ; et la fièvre mélanurique étant une pyrexie paludéenne sans contagiosité, ne doit pas entraîner la séquestration quarantenaire qu'il est si prudent de maintenir avec rigueur pour la fièvre jaune.

La séance est levée à cinq heures et demie.

VARIÉTÉS

Les Mousses de Normandie, par M. G. Étienne, pharmacien à Gournay en Bray (Seine-Inférieure).

Il n'est pas un naturaliste qui n'ait souvent l'occasion de se rappeler le mot si vrai de Linnée : *Herbarium praestat omni iconi.* Cette vérité avait donné lieu, en Allemagne surtout, à un développement très-intéressant de ces recueils divers où les échantillons d'histoire naturelle étaient placés eux-mêmes sous les yeux du travailleur.

Jusqu'à ces derniers événements, nous avons payé à l'Allemagne un tribut en histoire naturelle dont plusieurs savants français cherchent à nous affranchir. A peine pouvait-on autrefois citer quelques noms, en France, d'ardents propagateurs de la science cryptogamique. Toutefois les noms de Brébisson et de Lenormand resteront pieusement dans le souvenir des botanistes contemporains. C'est encore du commerce du savant Brébisson que sort la publication sur laquelle nous appelons l'attention sympathique de nos lecteurs.

M. G. Étienne avait souvent entendu M. de Brébisson rappeler le mot de de Candolle : « Les descriptions les plus exactes et accompagnées des figures les plus parfaites laissent encore quelque chose à désirer à celui qui veut connaître complétement un être naturel. » Il se souvenait qu'en 1826, M. de Brébisson avait publié des exsicoata de mousses normandes. Ce souvenir aidant, il devint l'élève de Brébisson qui lui ouvrit les trésors de son riche herbier cryptogamique ; et c'est aujourd'hui, sous le patronage du nom vénéré de son maître, que M. Étienne commence la publication *en nature* des mousses de Normandie.

Quatre fascicules environ formeront l'œuvre entreprise par M. Étienne qui s'est associé le concours de naturalistes locaux distingués, parmi lesquels nous citerons : MM. Husnot, de Cahan ; Bertot, de Bayeux ; Goulard, de Caen ; et Hommey, de Sées.

Pour se rendre compte de la valeur de cette publication, il suffit de parcourir les échantillons du premier fascicule que nous avons sous les yeux et d'en donner l'énumération.

Fascicule I. — (Toutes les espèces de ce fascicule étant *schimpériennes,* nous ne les ferons pas suivre du nom du descripteur).

1. Andreæa rupestris. — 2. Sphagnum cymbifolium. — 3. S. cuspidatum. — 4. S. acutifolium v. rubicundum, avec le type. — 5. Seligeria recurvata. — 6. S. calcarea. — 7. Cynodontium Bruntoni. — 8. Dicranella varia. — 9. D. cerviculata. — 10. Dicranum undulatum. — 11. D. majus. — 12. Leucobryum glaucum. — 13. Ceratodon purpureus. — 14. Leptotrichum pallidum. — 15. L. flexicaule. — 16. Campylopus torfaceus. — 17. Anacalypta lanceolata. — 18. Cinclidotus fontinaloïdes. — 19. Eucalypta vulgaris. — 20. Hedwigia ciliata. — 21. Racomitrium lanuginosum. — 22. R. microcarpon. — 23. Orthotricum Lyellii. — 24. Tetraphis pellucida. — 25. Pogonatum nanum. — 26. Polytrichum piliferum. — 27. Minum undulatum. — 28. M. Lornum. 29. M. punctatum. — 30. Aulacomnium palustre, — 31. Entosthodon ericetorum. — 32. Bartramia pomiformis. — 33. Anomodon viticulosus. — 34. Climacium dendroides. — 35. Hypnum cuspidatum. — 36. H. cordifolium. — 37. H. Filicinum. — 38. H. molluscum. — 39. H. rugosum. — 40. Hyloconium squarrosum. — 41. H. triquetrum. — 42. H. loreum. — 43. Thuidium tamariscinum. — 44. T. abietinum. — 45. T. alopecurum. — 46. Isothecium myurum. — 47. Neckera crispa. — 48. Homalia trichomanoides. — 49. Pterogonium gracile. — 50. Fontinalis antipyretica.

Chaque fascicule contiendra cinquante échantillons aussi bien préparés que ceux qui sont présentés dans ce premier fascicule. La détermination rigoureuse, l'élégance du format qui en fait un véritable livre in-8 et permet de le placer sur les rayons d'une bibliothèque ; le prix très-modéré (8 francs le fascicule, port à la charge du souscripteur) : tout concourt à faire apprécier la publication entreprise par M. G. Étienne.

Il y a là, certainement, une œuvre scientifique de très-bon aloi, digne de tous nos encouragements, et d'une utilité qu'il n'est pas nécessaire de développer devant des médecins naturalistes.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cette publication, à mesure qu'il nous sera donné de parcourir les fascicules suivants des *Mousses de Normandie.*

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

458. Longuet. De la complication cardiaque de la fièvre typhoïde et de la mort subite consécutive.

459. Defrance. Des fractures de la jambe au point de vue du pronostic et du traitement.

460. Chirié. Étude sur le traitement de l'épiplocèle simple.

461. Jeaugeon. De l'établissement maritime d'Indret et de ses environs au point de vue de la pathologie et de l'hygiène pendant une période de cinq années, du 1er avril 1868 au 1er avril 1873.

462. Drouet. De l'homicide chez les aliénés.

463. Tournade. Des contractures tardives dans les hémiplégies.

464. Dautricourt. De l'emploi du sulfate d'atropine contre les sueurs de la phthisie et du rhumatisme.

465. Gassot. Des températures locales de l'économie et de leurs variations à l'état pathologique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Il est institué près le ministère de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts une commission des voyages et missions scientifiques et littéraires.

Cette commission a pour objet : 1° de rechercher quelles sont les missions scientifiques ou littéraires les plus utiles; 2° d'examiner les projets de voyages ou missions proposés au ministre; 3° d'étudier les programmes de ces missions, de donner des instructions détaillées à ceux qui les entreprendront et de les suivre par la correspondance, si cela est nécessaire, pendant leur voyage; 4° d'examiner à leur retour les travaux que les voyageurs auront rapportés et d'en proposer, lorsqu'il y aura lieu, la publication dans les archives des missions; 5° de désigner au ministre les voyageurs qui seront dignes de récompenses honorifiques après leur mission terminée; 6° de faire appel aux diverses administrations pour concentrer sur certaines missions toutes les ressources dont dispose l'État.

Sont nommés membres de cette commission pour l'année 1874 :

M. le sous-secrétaire d'Etat, président. — M. Beulé, député à l'Assemblée nationale, vice-président. — MM. Charton, Bardoux, Martial Delpit, Wallon, députés à l'Assemblée nationale.

MM. Félix Ravaisson, membre de l'Institut, conservateur du musée du Louvre. — Léon Renier, membre de l'Institut, vice-président de la section d'archéologie du comité des travaux historiques, professeur au Collége de France. — Chevreul, membre de l'Institut, directeur du Muséum d'histoire naturelle. — Milne Edwards, membre de l'Institut, doyen de la faculté des sciences. — Delarbre, conseiller d'Etat, directeur de la comptabilité au ministère de la marine. — J. Quicherat, directeur de l'école des Chartes. — Gaston Paris, professeur au Collége de France. — Scheffer, directeur de l'école des langues orientales. — Alexandre Bertrand, conservateur du musée de Saint-Germain-en-Laye. — D'Avezac, membre de l'Institut, président de la Société de géographie. — A. Du Mesnil, directeur de l'enseignement supérieur. — O. de Watteville, chef de la division des sciences et lettres. — E. Servaux, chef de division adjoint, chargé du bureau des travaux historiques et des sociétés savantes.

— *Écoles vétérinaires d'Alfort et de Toulouse.* — Un concours sera ouvert, le lundi 18 mai 1874, à l'école vétérinaire d'Alfort, pour la nomination à deux emplois de chef de service d'anatomie, physiologie et extérieur des animaux domestiques, vacants dans les écoles vétérinaires d'Alfort et de Toulouse.

Le programme du concours se distribue : à Paris, au ministère de l'agriculture et du commerce (direction de l'agriculture, 1er bureau); au chef-lieu de chaque département, dans les bureaux de la préfecture; au secrétariat des trois écoles vétérinaires d'Alfort, de Lyon et de Toulouse.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa séance le samedi 24 janvier 1874, n° 3, rue de l'Abbaye, à *trois heures et demie très-précises.*

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance. — 2° Rapport de M. Leudet sur le travail de M. le docteur Gillebert Dhercourt fils, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire. — 3° Rapport de M. Dubuc sur le travail de M. da Silva Ramos, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant. — 4° Discussion sur le phegmon péri-utérin. (Rapport de M. Gallard). — 5° Discussion sur les polypes laryngiens. — 6° Vote sur la candidature de M. Lemoyne, au titre de membre titulaire.

— On désire acheter la collection de la *Gazette des Hôpitaux* depuis sa fondation jusques et y compris l'année 1857. — S'adresser à M. Besnard, médecin de l'hôpital de Joué-les-Tours (Indre-et-Loire).

— M. Aubry, fabricant d'instruments de chirurgie, nous prie d'annoncer que, pour cause d'agrandissement, il a transféré ses ateliers et magasins boulevard Saint-Michel, n° 6.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 10. — SAMEDI 24 JANVIER 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 24 JANVIER 1874. — N° 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Conférences cliniques de la Salpêtrière.

Nous avons assisté dimanche dernier, avec un concours nombreux d'élèves en médecine et de médecins, à la dernière conférence de cette année de M. le professeur Charcot à la Salpêtrière, et nous en sommes sorti avec le vif regret de n'avoir pu assister aux séances précédentes. Nous ferons en sorte, du reste, que nos lecteurs n'y perdent rien. Le sujet de ces conférences était l'exposé clinique d'un certain groupe de maladies du système nerveux.

Le professeur a étudié quelques-unes des affections de la moelle et particulièrement celles qui donnent lieu au groupe de phénomènes désignés sous le nom d'ataxie locomotrice.

La dernière conférence a été consacrée à une sorte de revue de quelques-unes des malades du service présentant des types divers des affections dont il avait précédemment esquissé l'histoire.

M. Charcot a fait passer successivement sous les yeux des assistants une malade atteinte de la vraie goutte, affection rare, comme on le sait, dans les hôpitaux et surtout chez les femmes, plusieurs spécimens d'atrophie musculaire progressive, des types divers d'atrophie latérale provenant d'anciennes paralysies infantiles, et enfin une malade atteinte d'une maladie encore peu connue et qui n'a été décrite, pour la première fois, que dans ces dernières années.

Nous ne détacherons pour aujourd'hui de cette revue que ce seul fait, qui a paru intéresser vivement l'auditoire.

Vertiges AB AURE LÆSA (*maladie de Ménière*).

Il s'agit d'une femme âgée d'une cinquantaine d'années environ, qui a été amenée à la salle de conférence sur un brancard (elle ne s'est pas levée depuis cinq ans). Cette femme, dont la physionomie présente constamment une expression effarée, est en proie à un état vertigineux continu qui la met, depuis plusieurs années, dans l'impossibilité de se tenir debout et de marcher. Indépendamment de cet état persistant de vertige qui la tient presque constamment dans une sorte de sentiment de terreur, elle a de temps en temps des exacerbations, de véritables crises qui se manifestent par une extrême agitation, des soubresauts, des mouvements désordonnés. Et lorsqu'on la questionne sur ce qu'elle éprouve pendant ces crises, elle répond que tantôt elle se sent irrésistiblement entraînée à se précipiter en avant, la tête en bas et les pieds en l'air, à faire la culbute, tantôt l'impulsion a lieu en sens inverse, et elle se sent entraînée dans un mouvement de culbute en arrière; d'autres fois elle se sent tourner sur elle-même comme sur un axe vertical, suivant un mouvement rapide de valse. Pendant toute la durée de ces accès, son teint, habituellement anémique, devient d'une pâleur extrême; elle est prise alors de violentes nausées, quelquefois suivies de vomissements, qui terminent la scène. Puis tout rentre dans l'ordre, c'est-à-dire que la malade revient à son état vertigineux habituel, qui est pour elle un état de calme relatif. Même dans cet état de calme relatif, le moindre mouvement qui lui est imprimé soit directement, soit seulement d'une manière médiate, provoque chez elle un sentiment d'effroi et des cris de terreur. Ainsi lorsque les infirmiers, durant la séance, sont venus enlever son brancard pour la ramener à son lit, malgré les ménagements qu'ils y ont mis, elle a poussé des cris et s'est livrée à une vive agitation.

Ces accès vertigineux sont toujours annoncés par un phénomène particulier qui a ici une importance extrême, car c'est ce qui a mis, comme on le voit, M. Charcot sur la voie du diagnostic vrai de cette affection. Quelques instants avant ces crises d'exacerbation vertigineuse, elle perçoit une sensation de sifflement dans l'oreille gauche. Ce sifflement n'est que l'exagération passagère d'un phénomène qui est constant chez elle, le bourdonnement d'oreille. Cette sensation de sifflement est d'une intensité telle qu'il lui arrive souvent de la confondre avec l'audition réelle du sifflement des locomotives de la gare de chemin de fer située à proximité de la Salpêtrière. Ce n'est que lorsque ses voisines de salle lui assurent qu'aucun bruit de ce genre n'a lieu en ce moment, qu'elle reconnaît son erreur. C'est alors, dit-elle, que commencent ces culbutes, ces mouvements giratoires et toutes ces sortes d'exercices de tremplin qui sont pour elle l'objet d'une impression si pénible et qu'elle exprime en termes d'une grande énergie.

L'état général de santé de cette femme est d'ailleurs assez bon et les grandes fonctions principales paraissent à peine en être atteintes.

Qu'est-ce que cette affection ?

Nous venons de dire que M. Charcot avait été mis sur la voie par la répétition constante du même phénomène prodromique des accès, le sifflement de l'oreille gauche, qui n'était lui-même que l'exagération d'un autre symptôme permanent, le bourdonnement. Ces deux symptômes ayant, en effet, appelé son attention du côté de l'organe de l'ouïe, M. Charcot a constaté

l'existence d'un écoulement mi-purulent, mi-sanguin par le conduit auditif externe de l'oreille gauche, et il a appris alors, en interrogeant cette malade sur l'origine de cet écoulement, qu'elle avait été traitée, il y a environ une vingtaine d'années, par Ménière, pour une affection de l'oreille interne. Il n'y avait plus de doute. Cette femme était affectée de cette espèce particulière de vertige *ab aure læsa*, qui a été décrite pour la première fois par Ménière, et à laquelle on a donné depuis le nom de ce médecin (maladie de Ménière).

La notion de cette maladie étant encore peu vulgarisée, sans doute, malgré le retentissement que lui ont donné les leçons cliniques de Trousseau, où il en est fait plusieurs fois mention, nous croyons devoir en rappeler ici les traits principaux.

Une personne jusque-là bien portante éprouve, sans cause appréciable, des vertiges, des nausées, des vomissements et un état d'angoisse inexprimable allant jusqu'à l'anéantissement des forces, jusqu'à l'état syncopal ; son visage devient pâle et se couvre de sueur ; souvent, se sentant comme étourdie, elle chancelle et tombe sans pouvoir se relever ; elle ne peut ouvrir les yeux sans voir les objets environnants tourbillonner dans l'espace ; le plus léger mouvement imprimé à la tête augmente les vertiges et les nausées ; les vomissements se renouvellent dès qu'elle essaye de changer de position. Ces accidents durent peu, mais ils se renouvellent fréquemment, laissant entre chaque crise une disposition aux vertiges et aux étourdissements. Le patient ne peut lever brusquement la tête, se tourner d'un côté ou de l'autre sans perdre le sentiment de l'aplomb ; sa marche devient incertaine, il incline sans le vouloir d'un côté, souvent encore il est contraint de s'appuyer contre un mur ; le sol lui paraissant inégal, il se heurte au moindre obstacle, en un mot les muscles de la station et de la marche ne fonctionnent plus avec leur régularité ordinaire. Tout mouvement un peu brusque détermine des troubles fonctionnels du même ordre. Si le patient, au moment de se coucher, se laisse aller brusquement à la position horizontale, aussitôt son lit entre dans un mouvement giratoire énorme. Par contre, en se levant, s'il reprend tout à coup la position verticale, les mêmes phénomènes se déclarent et, s'il veut se remettre en marche, il tournoie sur lui-même et ne tarde pas à tomber.

Ces accès se répètent, le malade ne tarde pas à être frappé de l'apparition de phénomènes nouveaux, tels que la persistance de la perception de bruits violents dans les oreilles qui, jusque-là, ne s'étaient produits que dans les accès, et l'affaiblissement graduel de l'audition.

Tel était l'état du premier malade de ce genre qui a fixé l'attention de Ménière, et qui lui a servi de type pour la description générale qu'il a faite, depuis, de cette maladie.

Une fois l'attention appelée sur cet enchaînement de phénomènes, les faits se sont multipliés, s'accordant tous pour montrer leur indépendance de toute lésion cérébrale à laquelle on les avait d'abord rattachés et pour rétablir leur relation directe avec une lésion primitive des nerfs acoustiques ; lésion compatible, d'ailleurs, malgré l'apparente gravité de ses symptômes, avec la conservation de la santé générale. En effet, ces malades guérissent en général de leur vertige, mais presque toujours au prix de la perte de l'audition, les vertiges ne cessant que lorsque la maladie de l'organe auditif qui leur donne naissance a parcouru son évolution complète jusqu'à l'abolition de la fonction. Si le pronostic est peu favorable à ce dernier point de vue, il diffère beaucoup de celui que l'on aurait à porter s'il s'agissait réellement d'une affection cérébrale, comme on était presque fatalement porté à le penser dans ces cas-là avant le travail de Ménière.

On comprend aussi toute l'importance de cette distinction au point de vue du traitement, qui diffère entièrement ici de ce qu'il devrait être s'il s'agissait d'une congestion ou de toute autre lésion cérébrale.

M. Charcot a eu l'occasion d'observer plusieurs cas de ce genre depuis que son attention a été appelée sur cette affection, et dans presque tous les cas qu'il a vus, comme dans ceux que Ménière a rapportés dans son Mémoire, la maladie avait été prise tout d'abord pour une congestion ou une apoplexie cérébrale. Tels sont, entre autres, le fait d'un individu qui était tombé sur la place de la Bourse, et que l'on avait saigné, le considérant comme apoplectique, et chez lequel il reconnut plus tard, à l'occasion du retour d'accès semblables, l'affection en question ; et celui d'une jeune personne américaine que l'on avait crue jusque-là épileptique, mais qui ne perdait pas entièrement connaissance pendant ses accès. C'est à cette dernière circonstance que M. Charcot dut de pouvoir rectifier le diagnostic.

C'est le labyrinthe qui paraît le plus souvent lésé dans cette affection. Dans quelques circonstances cependant c'est la caisse, quelquefois même l'oreille externe qui paraît seule lésée. Mais il est probable que, dans ces cas-là, il se fait une communication ou une propagation de ces lésions par la chaîne des osselets jusqu'au labyrinthe. Chez la malade du service dont il vient d'être question, on a vu que le conduit auditif était le siége d'une inflammation suppurative qui se propage très-probablement jusqu'à l'oreille interne. C'est un point à vérifier. Ajoutez qu'il y a chez elle, en même temps que la maladie de Ménière, des phénomènes hystériques. Elle est hémianesthésique du côté gauche.

Angines syphilitiques. — Fièvre et cachexie syphilitique. — Combinaison des diathèses syphilitique et purulente.

Trois malades du service de M. le professeur Lasègue, à la Pitié, atteintes de syphilis ancienne, qui, à les considérer chacune en particulier, n'offriraient qu'un intérêt très-secondaire, présentent par leur rapprochement un véritable intérêt pratique que M. Lasègue a signalé à l'attention de ses élèves.

Chacune d'elles représente un type ou une phase de l'affection dont il est important de tenir compte au point de vue des indications thérapeutiques, des effets du traitement et des modifications qu'elles nécessitent dans sa direction.

L'une de ces femmes présente une éruption papuleuse, type de la syphilis secondaire, elle est faible, fatiguée, anémiée, elle éprouve de la céphalalgie avec des étourdissements et a un petit mouvement fébrile continu. Elle offre en un mot tous les symptômes de la fièvre syphilitique secondaire. Cette fièvre dont la nature a pu être déterminée facilement ici grâce à l'éruption caractéristique qui l'accompagne, peut dans beaucoup de circonstances donner lieu à de grandes difficultés et entraîner à des erreurs de thérapeutique regrettables. Supposez que l'éruption coïncidente eût échappé ici à l'attention, on eût cherché vainement à quelle cachexie rattacher cet état fébrile. C'est ce qui arrive très-souvent en ville, où, soit par respect du sentiment naturel de pudeur des malades (surtout lorsqu'il s'agit des femmes), soit par une sorte d'excès de confiance dans leur sincérité, les médecins ne se livrent le plus souvent qu'à un examen inattentif ou impuissant, méconnaissent l'existence d'éruptions qui les mettraient sur la voie et prennent le plus ordinairement ces fièvres syphilitiques pour des fièvres rhumatismales. Cette femme a été soumise au traitement hydrargyrique, qui sera suivi de l'administration de l'iodure de potassium.

Les deux autres malades sont atteintes, mais à des degrés différents, d'affections gutturales syphilitiques. L'une d'elles a une vieille pharyngite avec un voile du palais criblé de petites perforations ulcéreuses, dont elle ne se plaint pas d'ailleurs. Ce dont elle se plaint, c'est une céphalalgie intense avec vertiges. Quand on fait marcher cette femme devant soi, on voit dans sa démarche comme un défaut de confiance, un trouble d'équilibre, elle ne progresse qu'à la faveur d'une série de faux mouvements. Cette femme avait déjà subi dans le service un traitement par l'iodure de potassium, à la suite duquel elle paraissait guérie; elle avait quitté l'hôpital depuis quelque temps, lorsque le retour des vertiges et l'état cachectique où on la voit aujourd'hui l'ont obligée à y rentrer.

L'iodure de potassium qui, une première fois, a manifesté ses bons effets en même temps comme pierre de touche ou moyen d'épreuve de la nature de l'affection et comme agent curatif, serait certainement insuffisant à lui seul contre cette deuxième période cachectique. Aussi M. Lasègue, en le prescrivant à nouveau, a-t-il eu le soin d'y joindre l'ensemble du régime et des moyens toniques réparateurs.

La troisième malade a aussi une angine syphilitique, mais dans des conditions différentes. Chez celle-ci, l'affection comprend deux éléments : l'élément syphilitique et l'élément scrofuleux. Indépendamment des plaques muqueuses du voile du palais et des amygdales, elle présente derrière l'amygdale droite une altération longitudinale dont la forme et l'aspect révèlent la nature scrofuleuse.

On peut rapprocher le cas de cette malade de celui d'un homme qui est atteint également d'une angine syphilitique et qui porte en même temps l'expression d'une cachexie scrofuleuse profonde. Le traitement par l'iodure de potassium dans cette circonstance a été insuffisant, après qu'il a produit la somme de résultats qu'on en pouvait attendre, il a fallu lui substituer la médication appropriée à l'état scrofuleux. Il en sera de même probablement pour cette femme.

Le rapprochement de ces deux derniers faits a suggéré à M. Lasègue une question qu'il s'est borné à poser. Faut-il admettre la génération de la scrofule par la syphilis? Et si l'on admet la succession de ces deux états morbides par la voie de la génération, ne pourrait-on pas admettre aussi leur succession par voie de transformation diathésique chez l'adulte? — Question à étudier.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Polype naso-pharyngien. — Ablation après la résection sous-périostée du maxillaire inférieur (1)

Par M. le docteur Pamard (d'Avignon)

Charles J... est âgé de quinze ans; il a une constitution frêle, un tempérament lymphatique; il a été atteint à l'âge de cinq ans environ d'une fièvre typhoïde très-grave; il a eu à l'âge de dix ans une congestion cérébrale.

Il y a environ quatre ans, on s'aperçut que la respiration de cet enfant était gênée, qu'il ronflait presque continuellement pendant son sommeil, mais on ne s'arrêta pas à ce symptôme. Un an plus tard, survint un vomissement de sang assez abondant, pour lequel M. le docteur Boussat lui donna des soins. Enfin, trois mois après, le polype vint faire son apparition à l'orifice externe des fosses nasales. M. le docteur Capeau fut appelé, et il tenta l'ablation avec le constricteur de Maisonneuve. La première tentative fut suivie d'un demi-succès : pendant trois mois environ l'enfant respira assez bien et reprit un peu; mais, après ce laps de temps, sa tumeur revint à son volume primitif, et il fallut recommencer un arrachement partiel, qui n'amena qu'une amélioration passagère. Cette opération palliative a été recommencée dix fois dans l'espace de trois ans. (Les renseignements ci-dessus m'ont été fournis par M. de docteur Capeau, de Cavaillon, médecin du malade.)

C'est à la fin du mois de mai que le malade me fut adressé. Il est de petite taille, d'aspect souffreteux; son teint est terreux. Il n'est pas difficile de voir que la face est considérablement déformée : le sillon naso-génien a disparu, la joue droite est très-saillante, par suite de la propulsion en dehors du maxillaire supérieur : il y a exophthalmie et larmoiement de ce côté. La cloison nasale est déjetée vers la gauche, le nez est comme étalé.

La tumeur apparaît à l'orifice externe des fosses nasales et remplit la narine droite. En ouvrant la bouche, on constate que la moitié droite de la voûte palatine est plus bombée que la gauche. Le voile du palais est fortement repoussé en avant, on retrouve en arrière la tumeur, qui occupe toute l'arrière-cavité des fosses nasales et descend dans le pharynx : elle est lisse, polie, sa couleur rouge vif tranche sur les parties saines; elle paraît plus développée à gauche qu'à droite, et semble formée par l'accolement de deux tumeurs globuleuses, dont la soudure correspondait à la ligne médiane. La tumeur gauche, qui descend le plus bas, a le volume d'une petite orange mandarine. En portant le doigt sur la tumeur, on peut constater sa dureté fibreuse; mais cette partie de l'examen est très-pénible pour le malade, et comme le diagnostic ne peut être douteux, je juge inutile de la prolonger.

Le volume de la portion pharyngienne de la tumeur explique les crises d'étouffement, auxquelles le malade est de plus en plus sujet, et qui ont mis plus d'une fois sa vie en danger. L'exophthalmie a été encore plus prononcée qu'elle ne l'est, et pendant quelque temps la vision a été presque entièrement abolie du côté droit : ces phénomènes se sont amendés à la suite d'un arrachement partiel de la tumeur, qui fut suivi d'une assez forte perte de sang.

Le malade est très-résolu, la vie lui est à charge, et il demande à être débarrassé de cette tumeur, quels que soient les risques qu'il ait à courir.

Le 9 juin l'opération a été faite à Cavaillon, avec l'aide de MM. Boussot et Capeau, et de M. Chaunet, interne à l'Hôtel-Dieu d'Avignon.

En face du volume de la tumeur, je m'étais décidé à me faire une large voie pour arriver sur elle, et je m'étais arrêté à la résection du maxillaire supérieur, en me proposant toutefois de respecter les périoste, autant que me le permettraient les nécessités du procédé opératoire. Comme je ne voulais pas compliquer l'opération par les dangers que présente l'anesthésie dans ce cas, en exposant à l'asphyxie par la chute du sang dans les voies aériennes, que de plus le sujet était très-courageux et très-déterminé, il ne fut pas question du chloroforme. Le patient fut assis dans un fauteuil, enveloppé en entier dans une grande alèze, la tête solidement maintenue par M. le docteur Capeau. J'étais assis sur une chaise en face de lui.

Une première incision commençant un peu à droite de la ligne médiane, au niveau du bord libre des os propres du nez, descendit verticalement, en intéressant dans toute leur épaisseur la paroi de la narine droite et la lèvre supérieure.

Une seconde incision, partant de la commissure droite des lèvres, fut dirigée en haut et en dehors vers le bord inférieur de l'os malaire : les parties molles furent comprises en totalité dans l'incision, qui arriva du premier coup jusque sur les os. Les deux artères coronaires labiales et deux branches de la faciale furent liées sitôt après avoir été divisées.

Je conduisis alors sur la muqueuse gingivale une incision, depuis la deuxième incisive droite jusqu'au bord postérieur du maxillaire, à 0m005 au-dessus du collet des dents : cette incision comprenait la muqueuse et le périoste sous-jacent : il me fut alors très-facile, au moyen de la rugine de M. Ollier, de décoller le périoste de bas en haut, en le laissant adhérent aux parties molles sous-jacentes. Je le décollai jusqu'au niveau du bord orbitaire de l'os : le patient ne manifesta une douleur très-vive que lorsque je coupai le nerf sous-orbitaire.

J'avais ainsi un vaste lambeau triangulaire, dont un côté était constitué par la première incision verticale, et l'autre côté par la moitié droite de la lèvre supérieure et la seconde incision : ce lambeau me découvrait l'orifice antérieur de la narine droite et toute la face anté-

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 10 décembre 1873.

rieure du maxillaire supérieur, dépouillé de son périoste. Il ne me restait plus qu'à m'occuper de la voûte palatine : faisant ouvrir la bouche au malade, je fis une incision antéro-postérieure, comprenant la muqueuse et le périoste sous-jacent, et allant de l'intervalle qui sépare la canine et la deuxième incisive, jusqu'au bord antérieur du voile du palais : cette muqueuse et le périoste adhérent furent décollés, dans une étendue de 0m 01 environ, de dehors en dedans : après quoi je fis sur le voile du palais, à sa partie externe, immédiatement au point où il s'attache à la voûte palatine, une petite boutonnière transversale de 0m 01 de longueur.

Je détachai alors le maxillaire supérieur :

1° En coupant l'apophyse montante au moyen de cisailles de Liston ;

2° En le séparant de l'os malaire au moyen de la gouge et du maillet. Cette incision fut, ainsi que l'a indiqué M. Ollier, conduite obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, parallèlement à l'articulation jugo-maxillaire ;

3° En faisant passer une scie à chaîne par l'orifice externe des fosses nasales et la faisant ressortir par la bouche à travers la boutonnière que j'avais pratiquée au voile du palais ; l'incisive externe avait été préalablement arrachée.

Le trait de scie est directement antéro-postérieur, et s'étend du bord postérieur de la voûte palatine au bord interne de la narine, ainsi qu'on peut le voir sur la pièce ; il est aussi externe que possible de façon à respecter la plus grande étendue possible de la voûte palatine.

Cela fait, saisissant le maxillaire supérieur avec des pinces osseuses, il me fut facile de le détacher ainsi que le palatin.

Je me trouvai alors en présence du polype, qui était encore plus volumineux que je ne craignais, et qui prenait, ainsi que nous l'avions pensé, son point d'implantation à l'apophyse basilaire, par une très-large surface : il offrait deux prolongements, l'un nasal et l'autre pharyngien, celui-ci beaucoup plus volumineux que le premier.

Ce temps d'ablation de la tumeur fut sans doute moins long, mais certainement beaucoup plus laborieux, que l'opération préliminaire. Il fallut la détacher de son point d'attache à l'apophyse basilaire : ce ne fut que peu à peu, en me servant d'abord des ciseaux et ensuite de la rugine de M. Ollier, que je pus y parvenir : vu son volume qui obstruait entièrement la cavité des fosses nasales, je dus procéder avec lenteur, la vue ne me servait guère, et je me guidais sur mon doigt, pour détruire les adhérences.

Quand la tumeur fut devenue suffisamment mobile, au moyen du doigt recourbé en crochet, je repoussai de bas en haut la portion pharyngienne qui était maintenue en place et comme étranglée par le voile du palais, lequel avait été laissé intact, j'exerçai en même temps de fortes tractions sur la portion nasale et je pus l'entraîner au dehors.

Il n'y eut pas à la suite la moindre hémorrhagie, et nous eûmes alors sous les yeux la vaste cavité qui avait été occupée par le polype. Les parois des fosses nasales avaient été refoulées, la muqueuse était lisse, décolorée ; à la voûte basilaire, on retrouvait les points qui avaient donné implantation à la tumeur : là n'existait plus ni muqueuse, ni périoste, une portion même du tissu osseux avait été détachée ; on la retrouve sur la pièce. Je me bornai avec la rugine à régulariser cette plaie osseuse, ce qui me fut facile, car l'os était très-friable, et je renonçai, en trouvant l'apophyse basilaire aussi nette, à l'idée que j'avais tout d'abord, d'éteindre quelques cautères sur le point d'attache, afin d'éviter toute chance de récidives.

La fosse nasale fut remplie de charpie, imbibée d'eau de Pagliari, et je m'occupai de réparer le désordre produit : quatre épingles servirent à réunir la plaie de la joue, deux celles de la lèvre supérieure ; je fis quatre points de suture métallique sur le dos du nez, un à la commissure des lèvres et un dernier pour réunir la muqueuse de la lèvre supérieure.

Le malade fut lavé et immédiatement couché, il avait supporté avec le plus grand courage cette opération qui avait duré plus d'une heure.

Le pansement consista simplement en des applications de compresses imbibées d'eau fraîche.

La tumeur présente tous les caractères des polypes fibreux naso-pharyngiens : elle est constituée par une masse lisse, charnue, résistante, de couleur rougeâtre, à surface mamelonnée. Son volume est très-considérable, et je regrette de ne pas avoir pris le soin de constater quelles étaient ses dimensions et quel était son poids.

Elle est constituée par une portion à peu près cylindrique, à grand diamètre antéro-postérieur, qui se logeait dans la cavité des fosses nasales : à la partie postérieure de celle-ci existe un renflement notable, à la face supérieure duquel se trouve des fragments de tissu osseux, qui ont été détachés de la surface basilaire. En dessous de ce renflement, et ayant une direction presque perpendiculaire à la première portion, se trouvent les deux tumeurs globuleuses, séparées par un étranglement médian, qui venaient se montrer en arrière et au-dessous du voile du palais.

A la coupe, la tumeur a une couleur blanc jaunâtre : elle résiste au scalpel et crie sous l'instrument qui la coupe. L'analyse microscopique a été faite par M. le docteur Armand de Fabre, qui m'a communiqué la note suivante, résumant son examen :

« A la superficie de la tumeur, des cellules épithéliales ; dans sa masse de consistance très-ferme, des fibres élastiques et des fibres conjonctives entre-croisées dans tous les sens, et formant quelques faisceaux à fibres parallèles : çà et là quelques amas de granulations pigmentaires. La tumeur me paraît résulter d'une hypertrophie de la couche profonde de la muqueuse des fosses nasales.

Je vis le malade le soir, à quatre heures : la réaction était de bonne nature : peau moite, pouls à 130 ; il a dormi depuis l'opération. Je laisse maintenant la parole à M. Capeau qui l'a soigné :

« Presque pas de réaction le soir.

« Le lendemain, fièvre très-modérée, le petit malade s'amuse ; bouillon froid et glace : la nuit a été excellente.

« Le 11, fièvre très-modérée, peu de gonflement de la face, état général excellent ; bouillon, potage.

« Le 12, la fièvre est tombée ; ablation de deux épingles à la joue, à cause d'un peu de tension des tissus. Le malade se lève pendant deux heures. Potages.

« Le 14, la cicatrisation de la plaie extérieure marche à merveille : la réunion du nez est complète : j'enlève tous les fils métalliques et une épingle à la lèvre supérieure ; j'enlève également une autre épingle à la joue. Alimentation molle.

« Le 15, ablation des deux dernières épingles et des deux points de suture des lèvres : la cicatrisation de la face est complète.

« Le 16, le malade sort pour voir passer la procession, il commence à manger de la mie de pain.

« La cicatrisation de la voûte palatine a marché normalement et régulièrement. On a commencé à sentir un point osseux vers le quinzième jour après l'opération : ce point d'ossification s'est étendu de jour en jour. »

L'enfant a été présenté à la Société de médecine de Vaucluse, dans la séance du 9 juillet, un mois jour pour jour après l'opération, et il a été facile de constater qu'il restait peu de traces de l'opération préliminaire, qui avait été faite pour arriver sur la tumeur. Les incisions faites à la joue, au nez, à la lèvre supérieure, sont représentées par une simple ligne cicatricielle : il y a seulement une très-légère encoche à la lèvre supérieure. L'œil est rentré dans l'orbite, la joue n'offre ni plus ni moins de saillie que celle du côté opposé, et l'on sent sous les parties molles une résistance qui est certainement l'indice qu'il y a derrière de l'os en voie de formation.

Mais là où il est facile de constater qu'un nouvel os se forme, produit par le périoste, qui a été soigneusement respecté, c'est à la voûte palatine. Il n'y a plus là qu'une perte de substance ayant environ 0m02 dans le sens antéro-postérieur et 0m005 dans sa plus grande largeur : les bords en sont rosés et bourgeonnent très-activement. Des deux côtés on sent la résistance propre au tissu osseux. Enfin en arrière de la plaie, dans la partie de la voûte qui est en contact avec le voile, on sent une bandelette osseuse qui s'étend transversalement d'un côté à l'autre, en se continuant avec la partie de la voûte palatine conservée, et sur la nature osseuse de laquelle on ne peut conserver de doute. La respiration se fait bien, la voix n'est pas nasonnée, l'enfant dort bien ; il a bonne mine et a perdu l'aspect souffreteux qui frappait à première vue.

« Aujourd'hui 9 août, ainsi que l'écrit M. Capeau, le petit pertuis qu'il y avait encore s'est comblé, la cicatrisation est complète, on

sent l'os presque partout. L'enfant, qui était très-maigre, reprend de l'embonpoint : il se fortifie de jour en jour. »

Cette observation me semble pouvoir se passer de commentaires : elle montre, une fois de plus, l'innocuité des grands traumatismes de la face et l'avantage qu'il y a à se faire une large voie pour arriver sur les polypes naso-pharyngiens, surtout quand ils ont acquis un volume aussi considérable que celui du jeune J....

Ce qu'elle a d'intéressant, c'est le procédé opératoire, qui n'est autre que celui employé par M. Ollier dans un cas analogue, dont l'observation se trouve relatée dans le *Lyon médical :* la seule modification que j'ai introduite, et qui n'est qu'un détail, porte sur la résection de la voûte palatine, que j'ai faite au moyen de la scie à chaîne au lieu de me servir de la gonge, et directement d'arrière en avant plutôt que de la conduire obliquement vers l'articulation médio-palatine.

Il me semble aussi important de signaler la rapidité de la reproduction osseuse et de la cicatrisation de la plaie palatine, ainsi que l'absence de déformation faciale ; je ne puis, pour ma part, attribuer l'heureux résultat ainsi obtenu, qu'au soin que j'ai mis à laisser le périoste intact et adhérent aux parties molles, conformément aux principes posés par le savant chirurgien de Lyon.

ÉTUDE SUR LA TEMPÉRATURE

DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE

Par le docteur M. BILHAUT (1).

Conclusions. — I. La température est au-dessus de la normale dans la phthisie pulmonaire. — II. La marche du tracé thermique est graduellement ascendante jusqu'à l'agonie. — III. Les abaissements de la température sont peu fréquents, ils sont toujours passagers. — IV. Les écarts de la température sont l'indice de la gravité du mal. — V. L'agonie est marquée par un changement complet dans le tracé. L'asphyxie lente et l'inanition favorisent l'abaissement thermique aux approches de la mort. — VI. L'ascension de la courbe thermométrique dans les jours qui précèdent la mort nous a paru ne se produire qu'exceptionnellement. — VII. Les tracés de pneumonie caséeuse nous ont paru plus réguliers en ce qui concerne les exaspérations vespérales et les rémissions matutinales que les tracés de la tuberculose. — VIII. Les complications de la maladie modifient la forme du tracé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 décembre 1873. — Présidence de M. TRÉLAT.

La correspondance comprend : *La Gazette des Hôpitaux. — L'Union médicale. — La Gazette hebdomadaire. — La Tribune médicale. — Le Progrès médical. — Le Mouvement médical. — La France médicale. — La Gazette obstétricale. — Le Moniteur thérapeutique. — Le Bordeaux médical. — Le Journal médical de la Mayenne. — Le Lyon médical. — Le Bulletin de l'Académie royale de Belgique.*

Examen critique des doctrines de la trépanation dans les plaies de tête, par le docteur Jules Boeckel.

Da Glaucoma, par M. le docteur José Lourenço, de Bahia.

Leçons de clinique chirurgicale, par M. le professeur Guillery, de Bruxelles.

M. DUPLAY offre le troisième fascicule du tome quatrième du Traité de pathologie externe de Follin et Duplay.

M. DESPRÉS offre son Traité théorique et pratique de la syphilis ou infection purulente syphilitique.

M. VERNEUIL offre la thèse de M. Charles Cauchois sur la pathogénie des hémorrhagies traumatiques secondaires. Cette thèse sera comprise dans le concours du prix Duval pour 1874.

(1) In-8°. — Prix : 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

CORRESPONDANCE

M. DEMARQUAY communique une lettre de M. Rizzoli, membre correspondant, *sur la compression élastique comme moyen hémostatique. — Une lettre de M. Esmarch sur le même sujet.* — Ces lettres seront publiées au *Bulletin.*

M. le docteur A. COUSIN informe M. Trélat, à propos de la récente communication de notre collègue sur la gutta-percha laminée, qu'il a communiqué une note sur ce sujet à l'Académie des sciences, dans la séance du 20 novembre 1871. — Note reproduite par le *Bulletin de thérapeutique*, n° 1, t. LXXXIII. — 1872 ; p. 28.

M. DEMARQUAY annonce à la Société que, dans une lettre datée du 15 novembre, M. Esmarch lui apprend qu'il a pratiqué la veille une désarticulation de la cuisse presque sans perdre de sang. Pour cela, il faut employer un compresseur de l'aorte en même temps que la compression élastique est exercée sur tout le membre.

RAPPORTS

M. DUPLAY dans un rapport verbal, présente le résumé de l'observation suivante adressée par le docteur Pamard, d'Avignon, dont il demande l'insertion au *Bulletin.*

Polype naso-pharyngien. — Ablation après la résection sous-périostée du maxillaire supérieur (Voir plus haut.)

M. GUÉNIOT fait deux rapports verbaux sur les travaux suivants dont la Société vote la publication au *Bulletin.*

Note pour servir à l'histoire du trachéocèle, par le docteur A. FAUCON. — Dans une récente communication à la Société de chirurgie (1), M. le docteur H. Devalz a le premier décrit une affection, non pas inobservée, mais dont jusqu'alors il n'avait pas été fait mention dans les annales de la chirurgie : le *trachéocèle* ou *hernie de la muqueuse trachéale.*

Si, comme l'auteur l'a pressenti, et comme je suis disposé à le croire d'après les documents dont je dispose, cette affection n'est pas absolument rare, on ne saurait tarder à voir surgir des communications qui permettront d'en retracer bientôt une description complète.

Pour ma part, j'ai l'honneur d'adresser à la Société ce que j'ai pu recueillir à ce sujet.

J'ai eu l'occasion d'observer deux cas analogues à ceux de M. Devalz.

OBS. I. — C'est à l'obligeance d'un confrère des environs d'Arras, M. Gernez, médecin à Croisilles (Pas-de-Calais), que je dois d'avoir observé ce fait en 1864 sur un malade de sa clientèle, âgé de cinquante-quatre ans. Il voulut bien me demander mon avis sur un cas dont il n'avait jamais vu l'analogue.

Ce qui frappait tout d'abord chez le malade en question, c'était l'existence sur la partie latérale droite de la trachée d'une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, et ressemblant à un goître unilatéral. C'était la première idée qui s'offrait à l'esprit à la vue de cette tumeur. Mais elle n'avait pas la consistance ordinaire du goître : elle présentait la mollesse et l'élasticité des parties charnues avoisinantes. Lorsque le malade toussait, se mouchait, crachait, bref, faisait un effort, elle prenait une expansion considérable, et acquérait presque le volume du poing. On la sentait grossir sous la main, et, comme dit très-bien M. Devalz « pousser et faire effort pour sortir ». Comme l'examen de la tumeur n'était pas facile au moment de ces efforts intermittents et peu prolongés, nous la fîmes gonfler le plus qu'il fut possible au malade, en lui faisant mettre en œuvre le procédé indiqué par Valsalva, qui, comme on le sait, amène à une forte tension l'air compris dans les voies aériennes, tout en laissant la glotte libre. Cela nous réussissait mieux qu'en demandant au malade un effort ordinaire.

Nous avions ainsi sous les yeux une tumeur du volume que j'ai indiqué, appliquée sur la paroi latérale droite de la trachée dans la moitié supérieure de l'espace compris entre le larynx et le sternum, aplatie d'avant en arrière, et divisée en deux lobes inégaux, le supérieur plus petit que l'inférieur, par une bride transversale, que nous jugeâmes être l'omo-hyoïdien.

Cette tumeur, ainsi distendue, offrait une consistance que j'ai comparée alors à celle d'une vessie de lapin fraîchement insufflée, com-

(1) Société de chirurgie, séance du 1er octobre 1873, in *Gazette des Hôpitaux*, 8 novembre 1873.

paraison qui me paraît aussi juste, quoique moins scientifique que celle du docteur Devalz.

La compression des vaisseaux du cou au-dessus et au-dessous de la tumeur n'avait aucune influence sur son volume : il n'y avait ni battements propres ni battements communiqués.

J'appliquai sur elle plusieurs chiquenaudes, qui amenèrent une résonnance tympanique, et nous n'eûmes plus le moindre doute sur l'existence d'un *sac herniaire contenant de l'air et en communication avec le conduit trachéal :* c'est le diagnostic que M. Gernez avait formulé en propres termes avant notre examen.

Telles étaient les notes que j'avais prises sur l'exploration que nous avions fait subir au malade. Il avait été convenu qu'au moment de la mort, qui ne pouvait plus tarder, en raison d'un cancer à l'estomac dont il était atteint, M. Gernez me préviendrait, et que nous pratiquerions l'autopsie; mais il se heurta à l'inflexible obstination des parents, qui ne nous permirent pas de mettre notre projet à exécution.

Notre confrère a bien voulu m'envoyer les notes qu'il avait consignées de son côté sur ce cas intéressant, et j'en extrais ce qui peut me servir à achever l'histoire de ce malade.

Cet homme souffrait depuis vingt ans; quoique ne paraissant pas atteint de tubercules pulmonaires, il avait de fréquentes bronchites, accompagnées de toux violente; souvent il survenait de la diarrhée et des vomissements.

M. Gernez avait été consulté pour la première fois au sujet de la tumeur en question, dix ans auparavant, en 1854; elle était alors de la grosseur d'une noix. Elle avait débuté environ au niveau du tiers supérieur de la portion de trachée qui fait partie du cou; elle s'était développée de haut en bas pour remonter plus tard un peu au-dessus de l'endroit où elle avait pris naissance.

Au début, elle n'apparaissait qu'au moment des efforts, et se réduisait avec facilité soit spontanément, soit sous l'influence d'une légère pression; et, ajoute M. Gernez, « je n'ai jamais eu le moindre doute sur sa nature; au moment de cette réduction, j'éprouvais la sensation que je ne sais pas définir d'un gaz qui fuyait sous le doigt, et qui rentrait, mais sans aucun bruit. »

Plus tard, cette tumeur ne se réduisait plus qu'en partie; sur la fin de la vie du malade, il restait toujours au dehors une masse grosse environ comme un petit œuf de poule.

La percussion pratiquée sur cette portion restante ne donnait ni un son tout à fait mat, ni un bruit très-distinctement sonore.

La voix était douce, féminine et légèrement chevrotante; quand je vis ce malade avec M. Gernez, il était aphone. Il prétendait que la tumeur s'était formée dans un effort de vomissement : les quintes de toux répétées, auxquelles il était sujet, peuvent également en expliquer l'origine, aussi bien que l'énorme développement.

Il mourut avec tous les symptômes d'un cancer de l'estomac.

J'ai eu l'occasion de m'entretenir de ces faits avec M. le docteur Josse, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, d'Amiens. M. Josse m'a dit avoir observé trois cas analogues dans le cours de sa longue carrière chirurgicale, un, entre autres, où le volume de la tumeur était considérable; il existait une première tumeur au niveau du larynx, à laquelle était adjoint un prolongement qui descendait jusqu'au sternum, en dedans et en avant du sterno-mastoïdien. Malheureusement ce chirurgien n'avait pas pris note de ces faits, et ses souvenirs n'étaient pas assez fidèles pour qu'il pût me donner, à leur endroit, des renseignements suffisamment précis.

Mais il lui répugne d'admettre l'énorme distension et le glissement étendu que doit éprouver la muqueuse trachéale pour former un trachéocèle, et il rejette l'idée d'une hernie de cette muqueuse. Il prétend qu'il s'agit dans ces cas d'une rupture des parois de la trachée qui, ne se réunissant pas, permet à l'air de s'accumuler peu à peu dans les cellules du tissu conjonctif péritrachéal et d'y former des poches aériennes en communication avec les voies respiratoires.

Cette théorie me paraît incompatible avec ce que l'expérimentation et l'observation clinique nous apprennent sur la physiologie pathologique de l'emphysème qui se produit dans les cas de rupture de la paroi trachéale (muqueuse comprise). L'air se résorbe ou continue à s'infilter dans les mailles du tissu cellulaire de manière à déterminer ces monstrueux emphysèmes qui sont bien connus; mais sa fluidité même l'empêchera toujours d'amener une condensation suffisante du tissu cellulaire pour former, à l'instar d'autres produits, la membrane limitante d'une cavité qui n'aurait plus d'autre communication qu'avec la trachée.

Aussi je pense qu'en attendant la confirmation, par l'anatomie pathologique, de l'interprétation avancée par M. Devalz, elle doit être tenue pour bonne, et qu'il s'agit bien dans ces cas du trachéocèle.

Obs. II. — Quant à mon second cas, il n'était qu'une complication accessoire d'une anomalie complexe dont j'ai adressé, il y a quelque temps, la relation à la Société, sous le titre de : *Difformité congéniale de la mâchoire, de la lèvre inférieure, du cou et du sternum*, et dont le trait principal me paraît être l'existence de la monstruosité décrite par Geoffroy Saint-Hilaire père, sous le nom d'*hypognate*, et qui, d'après Cruveilhier (1), n'avait pas encore été observée dans l'espèce humaine.

On peut voir que j'ai noté, dans l'histoire de la malade qui fait l'objet de cette observation, un boursouflement du cou, se produisant à l'occasion des efforts, et présentant une tension assez considérable pour soulever une tumeur solide du poids d'environ 100 grammes.

J'avais exploré cette tumeur avec M. Legouest, l'enfant ayant dix-huit mois; mais notre examen, en raison de l'indocilité du sujet, n'avait pu être que très-incomplet, et notre esprit hésitait entre une dilatation de la veine jugulaire interne et une hernie de la muqueuse trachéale.

Plus tard, en pratiquant une opération d'autoplastie sur le cou de cette enfant, j'eus l'occasion de constater *de visu* qu'une partie de cette tumeur, la portion latérale, était en réalité formée par une dilatation de la jugulaire interne, mais que la portion située sur la ligne médiane du cou, la plus volumineuse, était indépendante des vaisseaux.

J'ai revu plus tard ma jeune opérée, et ne l'ai pas encore trouvée assez raisonnable pour faire un examen plus fructueux que le premier.

Mais plus je réfléchis à ce fait, plus il me paraît improbable que cette tumeur, ne se produisant que pendant l'effort, spontanément réductible, indépendante du système vasculaire du cou, soit autre chose qu'une hernie de la muqueuse trachéale.

Aussi je ne crois pas trop m'aventurer, en présence de ce fait, en me fiant sur l'avenir du soin de confirmer la proposition suivante :

Il existe un trachéocèle congénital, résultat, non d'un rupture ou perte de substance, mais d'un vice de conformation, probablement dû à un arrêt de développement des parois de la trachée.

A propos des observations de trachéocèle, M. Demarquay rappelle à la Société qu'il a jadis observé avec Trousseau, une tumeur crépitante du cou qui n'était autre qu'une hernie du poumon chez un emphytémateux; ces cas ne sont pas très-rares et doivent être soigneusement distingués du trachéocèle.

M. Guéniot répond que la confusion n'était pas possible, car une distance notable existait entre la tumeur et la base du cou.

M. Guyon rappelle qu'il a déjà signalé, à propos du travail de M. Devalz, des cas analogues signalés dans la clinique de Larrey.

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

466. Popesco. Étude clinique sur la symptomatologie et le diagnostic de la pleuresie sèche.

467. Caire. Étude sur le chlorure de sodium.

468. Martin. De la pellagre.

469. Koch. De l'angine scrofuleuse (pharyngo-laryngite scrofuleuse); de la granulie-pharyngo-laryngée; nouvelle forme de phthisie laryngée, statistique du dispensaire spécial des hôpitaux pour les maladies du larynx.

470. Gidon. De la pleurésie rhumatismale.

---

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique générale.*

471. Manouvriez. Recherches cliniques sur l'intoxication saturnine, locale et directe par absorption cutanée.

472. Menu. De la transplantation du sol ciliaire comme traitement du trichiasis et de l'entropion chroniques.

473. Baudry. Des principaux procédés d'extraction de la cataracte et de leur appréciation par la Société de chirurgie de Paris, parallèle et critique.

474. Brière. Étude clinique et anatomique sur le sarcôme de la choroïde et sur la mélanose intra-oculaire.

475. Guérotin. Étude sur l'imperforation de l'hymen.

476. Application de la ouate à la conservation des membres et des blessés.

477. Gripat. Du siphon vésical dans le traitement des fistules urinaires par la sonde à demeure.

478. Loiller. Considérations sur trois cas d'anciennes luxations traumatiques réduites.

479. Filhol. De la sensibilité récurrente dans la main.

480. Fidelin. Des accidents produits par les ascarides lombricoïdes et les oxyures vermiculaires.

481. Letourneur. Termination spontanée des kystes hydatiques du foie dans le tube digestif.

482. Barré. Essai sur la typhlite.

483. Mirabel. Des malformation des doigts et des orteils dans leurs rapports avec l'hérédité.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Écoles supérieures de pharmacie. — Par décret en date du 17 janvier 1874, les professeurs adjoints sont supprimés. Ceux de ces fonctionnaires qui sont actuellement en exercice prennent la qualité de professeurs titulaires et en touchent le traitement.

— *École de médecine d'Angers.* — Par décret en date du 12 janvier 1874, il est créé une chaire de thérapeutique.

— *École de médecine de Rennes.* — Par décret en date du 12 janvier 1874, il est créé une chaire de thérapeutique.

— *Corps de santé de la marine.* — Le prix de médecine navale pour l'année 1873 a été décerné à M. le médecin principal Girard la Barcerie.

— *Société de chirurgie.* — Ordre du jour du 22 janvier : M. Bourguet, d'Aix. Pseudarthrose de la cuisse guérie par les injections irritantes. — M. Duplay, de l'hypospadias. M. — Krishaber, un cas de mort subite trois mois après la trachéotomie.

— Clientèle médicale à céder pour cause de santé. S'adresser à Mme Dénau, rue de Douai 14, de midi à trois heures.

— On désire acheter la collection de la *Gazette des Hôpitaux* depuis sa fondation jusques et y compris l'année 1857. — S'adresser à M. Besnard, médecin de l'hôpital de Joué-les-Tours (Indre-et-Loire).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur la chirurgie oculaire, par le docteur A. Desmarres, professeur d'ophthalmologie. 1 vol. in-8, avec figures; cartonné à l'anglaise. Prix : 8 francs. — Paris, P. Asselin.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur Dechambre. La deuxième partie du tome XIV de la première série commençant par la lettre A vient de paraître ; elle contient les principaux faits suivants : Fin du *cerveau*, par MM. Ball et Krishaber ; *cervelet*, par MM. Marc Sée, Leven, Ball ; *cestoïdes*, par M. Davaine ; *chaleur*, par M. Gavarret. Prix de chaque partie ou demi-volume : 6 francs. — Paris, P. Asselin.

Recherches sur le traitement de la phthisie pulmonaire par l'hygiène, les climats et la médecine, dans ses rapports avec les doctrines modernes, par le docteur James-Henry Bennet. 1 vol. in-8. Prix : 4 francs. — Paris, P. Asselin.

Étude sur la septicémie intestinale, accidents consécutifs à l'absorption des matières septiques par la muqueuse de l'intestin, par le docteur Gaston Humbert, aide d'anatomie à la faculté. Paris, 1873. — 1 gr. in-8° de 105 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

SAINT-RAPHAËL

VIN TANNIQUE DE BAGNOLS, prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. Pasteur, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin de *quinquina naturel*, fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les deux principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

VIN ET SIROP AROUD AU QUINA

ET A TOUS LES PRINCIPES NUTRITIFS SOLUBLES DE LA VIANDE

Médicament aliment d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant, par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — *A même base et à même dose :* VIN ET SIROP FERRUGINEUX AROUD ; SIROP CONCENTRÉ AROUD ; VIN AROUD, au malaga ; BONBONS PATES, PASTILLES AROUD. — Lyon, pharmacie AROUD, 4, rue Lanterne. — Paris, 3, rue du Chaume.

VIN DE QUINQUINA AU MALAGA D'ABBADIE

RUE SAINTE-APOLLINE, 21 (Porte Saint-Denis), PARIS

Ce vin qui, depuis 1814, est préparé avec le plus grand soin, **avec des quinquinas choisis et d'excellent vin,** se recommande à MM. les médecins qui veulent prescrire l'emploi d'une préparation sûre et toujours identique.

Ce vin, d'une saveur agréable, est parfaitement pris par les enfants, les vieillards les convalescents, et par toutes les personnes dont l'estomac est délicat. — *Dépôts dans toute la France.*

CAPSULES ET SACCHARURE À L'EXTRAIT ALCOOL. ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE

LES CAPSULES s'emploient avec succès contre : **Angines diphtéritiques, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;** le SACCHARURE contre le **Croup.**

La Pharm. DELPECH, rue du Bac, 23, Paris, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS

PILULES DE BLANCARD

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS, ETC.

Contre les *Affections scrofuleuses, tuberculeuses,* la *Chlorose,* l'*Anémie,* l'*Aménorrhée,* etc., etc.

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD,** exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte.* — Se défier des contrefaçons.

Blancard

Se trouvent dans toutes les pharmacies. *Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.*

GOUDRON FREYSSINGE

LIQUEUR NORMALE CONCENTRÉE

(NON ALCALINE)

Concentration de l'Eau de goudron du Codex par distillation dans le vide et réunion des produits volatils avec les principes fixes. — Seule préparation qui permette d'obtenir l'**Eau de goudron véritable** au lieu d'une *imitation inefficace ou nuisible.*

Prix du flacon : 2 francs.

FREYSSINGE, pharmacien, 148, rue Saint-Dominique-Saint-Germain et toutes les principales pharmacies.

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES

MALADIES DE LA PEAU

SULFUREUX POUILLET

(POUDRE SULFUREUSE)

SEUL PRODUIT APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Admis dans les Hôpitaux Civils, adopté par les Hôpitaux Militaires

Pour la préparation instantanée des **Eaux minérales sulfureuses** pour boisson et **Bains sulfureux** *dits* **de Barèges.**

Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

MALADIES DE LA PEAU

LES GRANULES

Et le Sirop d'Hydrocotyle asiatica

DE J. LÉPINE

Pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry

sont, d'après le Dr CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : **Eczéma, Psoriasis, Lichen, Prurigo, Dartres,** etc., etc.

Dépôt général à Paris : 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré, et pour la vente en gros : 99, r. d'Aboukir.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

HYPOPHOSPHITES

Du Docteur **CHURCHILL**

(*Auteur de la découverte*)

On prescrit : l'**Hypophosphite de Soude** ou celui de **Chaux,** sous forme de **Sirop,** à la dose de deux ou trois cuillerées par jour dans la **Phthisie ;**

L'**Hypophosphite de Quinine** sous forme de **Pilules,** à la dose de deux, trois ou quatre par jour, comme **tonique** ou **fébrifuge ;**

L'**Hypophosphite de Fer** sous forme de **Sirop,** à la dose de deux ou trois cuillerées par jour, contre la **Chlorose,** l'**Anémie,** etc. ;

L'**Hypophosphite de Manganèse** sous forme de **Pilules,** à la dose de deux ou trois par jour, dans les cas de **Chlorose** ou **Anémie** où *le fer n'est pas supporté ;*

L'**Hypophosphite d'Ammoniaque** sous forme de **Tablettes,** contre la **Toux,** à la dose de six ou huit par jour.

Prix : **Sirops** et **Pilules : 4** fr. le flacon. **Tablettes pectorales : 2** fr. la boîte.

Exiger, *comme garantie de pureté,* sur toutes les préparations *la signature du Dr Churchill* et l'étiquette marque de fabrique de la Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

MALADIES DE LA PEAU

LA POMMADE

Du Docteur J. BERNARD

Appliquée sur les surfaces cutanées malades, modifie leur vitalité dans l'*Eczéma,* remédie à l'état de sécheresse de l'épiderme dans le *Pityriasis,* l'*Ichthyose ;* s'oppose à l'épaississement et au fendillement des tissus dans le *Lichen,* le *Psoriasis,* calme et dissipe les démangeaisons des *affections prurigineuses.*

DÉPOT : Phar. SEGUIN, 378, r. St-Honoré.

Mention honorable à l'Exposition universelle de Lyon, 1872.

DRAGÉES

DE LACTATE DE FER, DE QUINIUM ET DE MANNE

Traitement de la Chlorose, de l'Anémie et de tous les états d'affaiblissement général.

DRAGÉES

ANTICATARRHALES SULFURO-BALSAMIQUES

De LANGEVIN, à Périgueux (Dordogne).

DÉPOT : PHARMACIE LEBEAULT 53, rue Réaumur, Paris.

PILULES DE PEPSINE

Digestion difficile, dyspepsie, vomissements, etc.

PIL. DE PEPSINE au fer réduit dans toutes les maladies où le fer est nécessaire.

PIL. DE PEPSINE au proto-iodure de fer. Maladies scrofuleuses, syphilitiques, etc.

Chez **HOGG,** pharmacien-chimiste, 2, rue Castiglione, Paris. Pharmacies de province ; on envoie *franco* par la poste.

N° 11. — MARDI 27 JANVIER 1874. 47e ANNÉE. MARDI 27 JANVIER 1874. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

DE L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL DES NOUVEAU-NÉS

ET DES ENFANTS A LA MAMELLE DANS LES HOPITAUX

Une discussion mal engagée dans la Société de médecine des hôpitaux, et qui devait rester chose d'intérieur et d'administration, a été tout à coup portée dans la presse politique, où elle est devenue arme d'opposition. Ainsi dénaturée contre la pensée de son promoteur, cette discussion n'a plus le caractère qu'elle aurait dû conserver, et il faudra bien des efforts pour la ramener dans son orbite naturel. Il s'agit *de l'allaitement artificiel des enfants dans les hôpitaux*.

Tous ceux qui ont suivi les services de nourrices dans les hôpitaux, où sont admises les mères avec leurs enfants depuis l'âge de deux jours à deux ans, savent dans quelles conditions d'appauvrissement physique se trouvent souvent ces enfants, allaités d'un lait dont les sources sont taries par la misère. Ils ne sont quelquefois pas allaités du tout et, dès les premiers jours de leur naissance, on les a nourris au biberon avec du lait de vache, ou par la cuiller avec de la farine et des pâtes délayées dans du lait.

Une fois à l'hôpital, le médecin ne peut que difficilement remédier à cet état de choses, d'abord parce que l'influence nosocomiale est là qui paralyse ses efforts, et ensuite parce que le régime alimentaire, établi d'après des moyennes générales, est insuffisant. M. Blachez a signalé par quelques faits, heureusement exceptionnels, les conséquences fâcheuses de cette insuffisance de régime et a demandé à l'administration de vouloir bien élever le chiffre de la quantité de lait alloué à chaque enfant.

Sous le rapport alimentaire les enfants sont divisés en trois catégories :

1re classe Enfants de moins de 1 mois	Lait	$0^{l}30$
	Pâtes	$0^{k}010$
	Sucre	$0^{k}030$
2e classe de 1 mois à 1 an	Lait	$0^{l}50$
	Pain	$0^{k}050$
	Pâtes	$0^{k}030$
	Sucre	$0^{k}050$

		Aliments crus.	Aliments préparés.
3e classe de 1 an à 2 ans	**DÎNER :**		
	Pain pour la journée		$0^{k}300$
	Soupe ou potage au lait (déjeuner)		$0^{l}20$
	1° Bouillon ou bouillon maigre		$0^{l}20$
	2° Viande	$0^{k}100$	$0^{k}050$
	ou Légumes secs	$0^{l}05$	$0^{l}10$
	ou Légumes frais	$0^{k}15$	$0^{k}100$
	Pommes de terre	$0^{k}15$	$0^{k}15$
	Riz	$0^{k}30$	$0^{k}15$
	OEufs		$0^{k}010$
	SOUPER :		
	1° Légumes secs	$0^{l}05$	$0^{l}10$
	ou Légumes frais	$0^{k}150$	$0^{k}100$
	Pommes de terre	$0^{k}150$	$0^{k}150$
	Riz	$0^{k}030$	$0^{k}150$
	2° Pruneaux	$0^{k}050$	$0^{k}070$
	ou Confitures	$0^{k}020$	$0^{k}020$
	Fromage	$0^{k}030$	$0^{k}030$

Il est certain que si ces quantités de lait, de pâtes, de sucre, etc., allouées aux enfants âgés de moins d'un mois, ou d'un mois à un an étaient toute la nourriture des enfants, elles seraient insuffisantes. Comme règle de régime appliquée à un seul enfant qui ne teterait point, rien ne serait plus funeste. Mais ce ne sont pas là les conditions de l'hôpital où sont réunies quinze à vingt nourrices avec leurs enfants, les unes pouvant donner à teter et les autres n'ayant pas de lait dans leurs mamelles. Celles qui donnent à teter à un enfant de moins d'un mois et qui ont du lait n'ont pas besoin de supplément. Ce qui leur revient est conservé pour d'autres auxquelles cela est nécessaire, de sorte que si, dans une salle de vingt nourrices, il y en a la moitié qui nourrissent par elles-mêmes, les dix autres peuvent avoir ration double, et la chose est alors suffisante. C'est une affaire de religieuse et d'intérieur d'hôpital. Étant donnée la quantité de lait et de pâtes voulue pour le nombre des enfants, la distribution s'en peut faire à l'aide de virements journaliers, de façon à éviter que les enfants souffrent de la faim.

En pareil cas, on établit des moyennes générales qui ont l'inconvénient d'être comme toutes les moyennes, c'est-à-dire des erreurs. Un nouveau-né qui n'aurait pas que $0^{k}300$ de lait accordées par l'administration ne pourrait pas vivre ; mais s'il est en même temps allaité par sa mère et qu'il lui prenne $0^{k}400$ seulement, il a tout ce qu'il lui faut pour le premier mois. C'est donc pour les mères qui ne nourrissent pas qu'il y a lieu de réclamer une modification de règlement du régime alimen-

taire, afin de ne pas les laisser à la discrétion des personnes qui distribuent les aliments.

Pour celles-là, comme M. Blachez l'a dit avec raison, le régime est tout à fait insuffisant.

Maintenant, est-ce, en fait, une insuffisance absolue; nous ne le croyons pas, et nous doutons fort que jamais, dans les services de crèches de nos hôpitaux, comme l'a dit un journal politique, des enfants soient morts de faim.

Il y a là une exagération fâcheuse, surtout dans les temps troublés au milieu desquels nous vivons. Cette évocation de cadavres fictifs ressemble un peu trop aux démonstrations révolutionnaires de ceux qui, de nos jours, pour fomenter la guerre civile, ont imaginé la promenade de faux cadavres dans les rues pour exciter l'indignation de la multitude.

Que la médecine reste dans son sanctuaire, c'est ce qu'elle peut faire de mieux, et il est regrettable que des personnes étrangères à la science puissent, dans une publicité extra-scientifique, dénaturer la pensée de ceux qui, voulant le bien, cherchent par les voies régulières d'une discussion raisonnable.

E. BOUCHUT.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Du chloral et de sa combinaison avec les matières albuminoïdes, tel est le titre d'une note que M. J. Personne vient de présenter pour prouver, contrairement à l'opinion de quelques médecins français, la transformation du chloral en chloroforme au sein de l'économie.

Les contradicteurs de M. Personne prétendent qu'il est impossible que le sang puisse avoir une alcalinité assez grande pour transformer le chloral en chloroforme; car, disent-ils, on ne peut effectuer cette transformation avec les bicarbonates alcalins, l'eau de Vals, par exemple.

Les résultats des expériences pratiquées par M. Personne prouvent que cette assertion n'est pas fondée : « Outre les alcalis forts, dit-il, tous les alcalis faibles, la magnésie, les sels alcalins comme les bicarbonates de potasse et de soude, auxquels j'ajouterai le borate de soude et le phosphate de soude des pharmacies, tous les liquides alcalins animaux, comme le sang et le blanc d'œuf, tous ces agents transforment le chloral en chloroforme, quand le mélange est porté à une température de + 40 degrés. Selon M. Personne, le chloral doit son action au chloroforme qu'il fournit au sein de l'économie, mais cette action diffère de celle du chloroforme introduit directement dans les voies digestives par une durée beaucoup plus longue. Voici comment M. Personne explique cette différence : « La première action de l'hydrate de chloral, dit-il, sur les matières albuminoïdes qu'il rencontre dans l'économie, produit du chloroforme aux dépens de l'alcali de ces matières albuminoïdes; en même temps, ces matières appauvries ou privées d'alcali contractent une combinaison avec le choral non détruit, et cette combinaison forme en quelque sorte un réservoir de chloroforme qui ne le cède que successivement, à mesure que la circulation vient détruire la combinaison formée. Elle explique bien pourquoi on ne rencontre qu'une très-petite quantité de chloroforme dans le sang des animaux soumis à l'action du chloral; elle vient enfin justifier l'emploi du chloral dans le pansement des plaies, comme modificateur puissant des tissus.

J'ajouterai, en terminant, que le chloral peut être avantageusement employé pour la conservation des matières animales les plus altérables. Je conserve depuis plus d'un mois un cervelet placé dans une solution à un dixième d'hydrate de chloral; il n'a pas éprouvé la moindre altération, il a pris seulement un peu plus de fermeté, sans toutefois devenir dur. Un cobaie, injecté dans les plus mauvaises conditions, trois jours après la mort, est conservé depuis deux mois à la température de 15 à 20 degrés, sans présenter le moindre signe d'altération putride; il se dessèche, devient dur, et tout fait présumer que sa conservation sera des plus longues. En additionnant la solution de chloral avec de la glycérine, on peut obtenir des produits imputrescibles conservant une certaine mollesse, ce qui pourra permettre de conserver, dans des conditions favorables, nombre de préparations anatomiques.

— M. Marey communique à l'Académie la suite de ses recherches sur la *physiologie du vol des oiseaux*. Recherchant le mécanisme *du point d'appui de l'aile sur l'air*, M. Marey est parvenu à construire un oiseau artificiel dont le dynamisme fonctionnel des ailes est tout à fait comparable à celui de la nature.

Les ailes de cet oiseau sont actionnées par une pompe à air. Une machine à vapeur, travaillant d'une façon uniforme, commande cette pompe et imprime ainsi aux ailes des battements parfaitement réguliers. Après quelques tâtonnements, M. Marey a réussi à déterminer les conditions mécaniques dans lesquelles cet appareil peut se soulever par l'abaissement des ailes : « Il faut, dit-il, que le *moment* de la force motrice soit un peu supérieur à celui de la résistance de l'air, les ailes de l'appareil étant assez légères pour que l'influence de leur masse soit négligeable. »

De plus, « la résistance de l'air sous chaque aile doit être égale à la moitié du poids de la machine, puisqu'elle doit neutraliser les effets de la pesanteur. » Cependant, lorsque M. Marey voulut comparer la vitesse du coup d'aile de ses appareils mécaniques à celle qu'il avait constatée en enregistrant les mouvements de l'aile d'oiseaux véritables, il vit que, pour se soulever, la machine devait avoir un coup d'aile trois ou quatre fois plus rapide que l'oiseau. C'est en cherchant à résoudre cette difficulté que M. Marey est parvenu à découvrir un nouveau fait dans la théorie du battement de l'aile dans le vol des oiseaux. L'oiseau artificiel de M. Marey se maintient dans l'air par le battement de ses ailes, mais il ne se transporte pas en avant; de sorte que les ailes frappent toujours la même masse d'air qui, d'abord résistante, subit peu à peu l'influence de l'impulsion qui lui est communiquée, acquiert une vitesse proportionnelle à cette dernière et tend à garder cette vitesse quand la force impulsive vient à cesser. Dans ces conditions, évidemment, la résistance de l'air au battement de l'aile n'est plus aussi grande que si, par sa translation en avant, l'oiseau rencontrait sous son aile une couche d'air calme, c'est-à-dire plus résistante.

Des expériences très-ingénieuses ont permis à M. Marey de vérifier cette assertion et de démontrer expérimentalement l'influence de la translation horizontale sur la résistance de l'air aux coups d'ailes des oiseaux. Cette influence explique comment s'obtient le *point d'appui* dans le vol et rend compte de certains faits inexpliqués jusqu'ici touchant le vol des oiseaux.

— M. Musculus présente une note intitulée : *Sur un papier réactif de l'urée.* « La rapide transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque, dit M. Musculus, est due, comme on sait, à l'action d'un ferment particulier qui prend naissance dans l'urine en putréfaction. D'après MM. Pasteur et Van Tieghem, ce ferment serait constitué par une torulacée, que

l'on trouve surtout au fond du vase à l'état de petits globules sphériques de 0mm0015 de diamètre, sans granulations ni paroi reconnaissables, et qui paraissent s'accroître par bourgeonnement. »

M. Musculus a eu l'idée de recueillir ces globules sur un filtre, ou plutôt dans les pores du filtre. Puis il lave le filtre à l'eau distillée jusqu'à disparition complète de réaction alcaline et il le sèche à une température de 35 à 40 degrés.

« Le papier ainsi obtenu, dit M. Musculus, constitue un réactif très-sensible de l'urée. Il suffit, en effet, de le tremper dans une solution même très-étendue de ce corps pour que, au bout de dix à quinze minutes, la liqueur se charge d'ammoniaque dont la présence est facile à constater. » Voici la manière la plus commode de se servir de ce papier : « On le colore avec du curcuma; on le sèche de nouveau et on le conserve dans un flacon bouché à l'abri de l'humidité. Si l'on en trempe un morceau dans une solution d'urée, au millième ou au dix millième, on voit apparaître après quelques minutes des taches brunes qui s'étendent de plus en plus, et finissent par produire une coloration d'un brun foncé, tranchant nettement sur la couleur jaune claire d'un papier au curcuma ordinaire, que l'on aura placé dans la même solution.

« Quand on veut rechercher l'urée dans un liquide, il faut d'abord le neutraliser. S'il renferme des carbonates alcalins, on devra ajouter suffisamment d'acide pour décomposer les bicarbonates qui le forment. Ces sels pourraient induire en erreur : ils ne colorent pas le papier de curcuma en brun au moment même; mais au bout de très-peu de temps, surtout à l'air, la teinte brune se manifeste. »

— M. Ch. Bernard présente au nom de M. L. Tripier, une note intitulée : *Sur une nouvelle cause de gangrène spontanée, avec oblitérations des artérioles capillaires.* Ayant eu l'occasion d'examiner de nombreux spécimens de sang septicémique, M. Tripier a remarqué que, dans ces circonstances, il se développait un grand nombre de granulations protoplasmiques agglutinées en plaques. Ce fait l'a conduit à penser que l'hypergenèse des granulations susdites pourrait bien occasionner l'obstruction des capillaires et, partant, donner naissance à la gangrène spontanée des parties alimentées par les capillaires obstrués. Cette supposition paraît emprunter quelque degré de vraisemblance à une observation de gangrène spontanée de l'oreille d'un lapin qui est survenue à la suite de l'inoculation d'un liquide septique.

Les suppositions ne sont pas des preuves, et il est à désirer que M. Tripier continue ses recherches sur un sujet assurément très-intéressant.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BERNUTZ.

Leçons cliniques sur l'hystérie.

Messieurs,

Dans ma dernière conférence j'ai étudié avec vous les actes physiologiques très-divers dont le consensus est nécessaire à l'accomplissement régulier de la menstruation, et j'ai fait ressortir à vos yeux les corrélations très-multiples qui existent entre cette fonction et l'hématose, sur une partie desquelles a longuement insisté de Haller. Je vous ai signalé que ces corrélations permettent de voir dans l'excrétion sanguine dont les organes génitaux féminins deviennent chaque mois le point de départ, sous l'influence de l'excitation du travail ovulaire, une fonction subordonnée de l'hématose, qui est bien plus complexe chez la femme que chez l'homme, afin que l'économie puisse chez elle répondre alternativement à l'état de vacuité et à l'état de gestation et ses suites, pendant lequel la femme n'a plus à subvenir seulement à son propre entretien, mais en même temps à celui de son enfant. Je vous ai fait voir que cette complexité de l'hématose entraîne une complexité corrélative du système nerveux, qui est le régulateur général de l'économie; et que l'activité beaucoup plus grande et la mobilité beaucoup plus marquée dont le système nerveux doit jouir chez la femme pour qu'elle puisse en vingt-quatre mois passer de l'état physiologique de vacuité à celui de la gestation, puis à celui de la lactation, pour revenir enfin à celui de vacuité, rende chez elle l'équilibre du système nerveux bien plus instable que chez l'homme. Il n'y a, on peut dire, qu'un pas de cette instabilité de l'équilibre du système nerveux pour arriver, lorsqu'elle s'exagère, à la désharmonie des trois grands appareils : encéphale, axe cérébro-spinal, grand sympathique qui le composent, désharmonie qu'on observe dans l'hystérie dont j'ai promis de vous entretenir aujourd'hui.

Cette grande névrose ne laisse, vous le savez, après la mort, aucune lésion qui indique d'une manière certaine son existence et qui puisse servir à la caractériser, comme je vous le démontrerai en vous rapportant le résultat des autopsies où l'hystérie a été la cause directe de la mort, ce qui s'observe rarement, mais cependant dans quelques circonstances. Un de ces faits a été observé dans cet hôpital ; l'observation se trouve rapportée par M. Jaccoud, il indique qu'on a fait une série de recherches microscopiques qui sont restées aussi infructueuses que l'examen direct. Ce mutisme de l'anatomie pathologique rend d'autant plus difficile de donner une définition de l'hystérie, que cette névrose offre une symptomatologie complexe et qu'il est très-difficile de la résumer en quelques mots pouvant donner une idée exacte d'une maladie qui suscite tantôt des attaques caractéristiques, tantôt des attaques plus ou moins frustes, tantôt enfin est sans attaques comme vous pouvez le voir en observant les malades actuellement dans mon service qui contient des exemples de ces trois formes de l'hystérie. Je puis vous dire par avance que l'hystérie sans attaque, de l'avis de M. Briquet, dont j'aurais à vous citer si souvent l'œuvre magistrale, est aussi commune que l'hystérie consécutive, qui est plus commune dans les classes inférieures de la société, mais l'est moins, au contraire, dans les classes aisées, dans lesquelles l'hystérisme, pour employer une vieille dénomination, est plus fréquente que l'hystérie convulsive.

Aussi la plupart des définitions qu'on a données de cette névrose n'ont-elles été en général que des formules exprimant l'idée qu'on se fait de cette maladie comme le prouve du reste le nom d'hystérie qu'on lui donne depuis un temps immémorial, que tous les médecins de l'antiquité et ceux de la renaissance jusqu'à Charles Lepois, considéraient comme le fait de l'action morbide que l'utérus non satisfait dans ses désirs exerce sur l'économie féminine. J'aurai à discuter longuement cette opinion, parce qu'un très-grand nombre de celles qui ont été émises contradictoirement à l'opinion de Charles Lepois, auquel revient l'honneur d'avoir fait de l'hystérie une affection de l'appareil nerveux (pour moi cérébral) ne sont que des applications à la théorie galéno-hippocratique des questions modernes. La question reste en somme la même puisque, dans ces diverses interprétations dérivées de la théorie hippocratique, c'est toujours en définitive l'organe fondamental du sexe féminin, utérus pour les uns, ovaire pour les autres, qui est censé le point de départ direct dans les unes, indirect dans les autres, des troubles fonctionnels infiniment multiples que

produit l'hystérie. J'aurai en particulier à insister sur l'opinion qui consiste à rattacher les accidents hystériques à une affection des organes génitaux, à croire que l'hystérie est le résultat d'une action morbide que l'utérus ou ses annexes malades exercent sur l'économie féminine, au lieu d'y voir exclusivement comme Hippocrate, le résultat de l'action morbide exercée par l'utérus non satisfait dans ses désirs. Je devrai le faire parce que cette opinion a eu un très-grand nombre de partisans depuis que les recherches d'anatomie pathologiques ont été mises en honneur, qu'elle a été très-chaudement défendue par l'école physiologique, et qu'elle compte encore aujourd'hui un grand nombre de partisans, même en France, où cependant l'opinion de Charles Lepois, qu'on peut appeler le dogme français par opposition au dogme hippocratique, n'a presque jamais cessé d'être prépondérant depuis les recherches de l'illustre médecin de Pont-à-Mousson. Je devrai d'autant plus le faire que je trouverais une raison de consacrer d'assez nombreuses conférences à l'histoire de l'hystérie, si j'en avais besoin pour légitimer l'étude d'une maladie qui domine toute la pathologie féminine, et qui a de telles connexités avec l'histoire des affections utérines et péri-utérines, qu'on ne peut aborder un point de celles-ci si l'on n'a une connaissance approfondie de la grande névrose.

La nécessité où je me trouve de vous faire apprécier par vous-même les interprétations diverses qui ont été données de cette maladie m'impose, avant de vous la décrire, d'aborder tout d'abord son étiologie, de commencer par l'étude des causes prédisposantes, qui fournit les éléments du débat.

Étiologie. — Je crois pouvoir négliger l'influence que peuvent avoir la vie, les professions, les pays même, les habitations et l'état de civilisation, qui n'offre qu'un intérêt très-accessoire, puisque l'hystérie a été observée dans tous les temps et dans tous les pays, sous toutes les latitudes, dans toutes les conditions sociales, non-seulement chez les femmes des villes, mais des campagnes, comme le prouve le travail de Forget.

Je vous dirai seulement que l'hystérie atteint son maximum d'intensité dans les grandes villes comme Paris et arrive, sous ce rapport, au summum dans les moments où il y a beaucoup de luxe et un grand relâchement des mœurs, ce qui n'est guère en rapport avec l'étiologie hippocratique.

Celle-ci avait pour point de départ que le sexe féminin est la prédisposition primordiale de l'hysterie, et tellement marquée que tous les médecins de l'antiquité, Galien excepté, ont cru jusqu'à Charles Lepois, et que beaucoup de médecins croient encore que l'hystérie est spéciale au sexe féminin, et ne s'observe jamais chez l'homme. Cette erreur, contre laquelle ont protesté des observateurs si nombreux qu'on ne pourrait aujourd'hui citer le nom de tous, est actuellement réfutée par une collection de faits telle qu'il n'y a plus, pour ainsi dire, à la réfuter. Vous trouverez dans l'ouvrage de Landouzy, qui a collationné toutes les observations publiées depuis Hippocrate jusqu'à lui, l'indication de trente faits d'hystérie chez l'homme, qui le gênaient fort pour le triomphe des opinions qu'il défendait.

On peut sans doute reprocher, comme le dit l'honorable médecin de Reims, à un grand nombre de ces faits de n'être, les uns, que de simples indications, à d'autres, de manquer de détails suffisants; mais, même en admettant la légitimité de ces éliminations, et elle est loin de pouvoir l'être, on est obligé de reconnaître qu'on ne peut faire objection à quatre de ces observations qu'il a dû admettre à son corps défendant. On peut, à ces quatre faits, en ajouter un publié par Forget, sept par Briquet, au total douze faits, si vous voulez, auxquels vous me permettrez d'en ajouter un dernier que j'ai observé moi-même et que je vais vous rapporter très-succinctement.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois à vingt-quatre ans qui a été attaché à mon service, pendant que j'étais médecin de la Pitié, et qu'un certain nombre de mes collègues des hôpitaux connaissent ou ont connu. Ce jeune homme, d'une constitution chétive, d'une santé très-délicate, de goûts et de caractère très-singuliers, vivant presque continuellement avec sa mère profondément hystérique, était presque toujours pris d'attaques à la fin de l'après-midi, surtout lorsqu'il s'était livré à des recherches microscopiques prolongées. Les attaques, précédées d'un sentiment de suffocation, étaient caractérisées par des mouvements convulsifs désordonnés, d'extension et d'abduction, absolument semblables à ceux qu'on observe chez les femmes hystériques et se terminaient par une crise de larmes, à laquelle succédait, le plus souvent, un accès de désespoir, dans lequel ce jeune homme, semi-délirant, loin d'avoir des idées lascives, comme l'aurait voulu la théorie de Landouzy, passait en revue, en paroles rapides, l'hystérie de sa mère, la goutte de son père et les causes de sa mauvaise santé qui l'entravait dans sa carrière.

Je dois ajouter que ce jeune homme était d'une conduite absolument irréprochable sous le rapport féminin, c'est-à-dire qu'on ne pouvait l'accuser de faire la cour à aucune femme et, par conséquent, qu'on ne pouvait pas plus croire chez lui que chez les cinq malades observés par M. Briquet que l'hystérie était le fait d'une action morbide des organes génitaux sur l'économie, comme l'a supposé M. Landouzy pour le besoin de sa cause.

Ces treize faits, dix si l'on veut en diminuer quelques-uns sous un prétexte quelconque, établissent, d'une manière on peut dire irrécusable, que l'hystérie peut se montrer chez l'homme et, par conséquent, qu'on peut en faire une affection utérine comme semble l'indiquer la dénomination donnée à cette névrose. Cette localisation est d'ailleurs plus directement contredite encore par une observation très-remarquable de Grisolle. Il s'agit dans ce fait d'une femme qui, dans les trois derniers mois de sa vie passés à l'hôpital Saint-Antoine, avait présenté les accidents hystériques les plus caractérisés, et à l'autopsie de laquelle, faite en présence de MM. Chassaignac et Grisolle, on a constaté une absence congénitale de l'utérus et d'une partie du vagin, mais avec existence des ovaires.

L'hystérie peut exister chez l'homme, mais y est exceptionnelle, bien plus exceptionnelle même que ne semblerait le faire croire le nombre de faits que je viens de vous indiquer. En n'admettant, en effet, que dix de ces observations, ce qui est absolument indéniable, il faut en conclure, en les rapprochant des mille observations d'hystérie chez la femme qui existent dans la science, qu'en observe un hystérique homme pour cent hystériques femmes, et je crois cette proportion beaucoup trop forte. Je me base pour cela sur ce qu'il n'y a pas d'années où l'on ne reçoive dans les grands hôpitaux de Paris, au moins cent hystériques femmes, et que, certainement, l'on n'observe pas dans chacun d'eux, dans le même laps de temps, un cas d'hystérie dans le sexe masculin, sans quoi il n'y aurait pas de médecin français qui croirait que l'hystérie est spéciale au sexe féminin, ce qui est une erreur, mais encore très-accréditée.

L'hérédité, au contraire, constitue, de l'avis de tous, une des causes prédisposantes les plus persistantes de l'hystérie. Énoncée d'une manière aussi générale, cette proposition ne fait doute, on peut dire, pour personne; mais l'accord cesse entre ces observations quand il s'agit des maladies très-multiples,

suivant Georget, autres que l'hystérie, dont l'existence chez les ascendants prédispose les enfants à cette névrose. On doit, suivant Georget, qui a démesurément élargi la question, considérer comme prédisposés à l'hystérie, non-seulement les sujets issus d'hystériques, mais ceux qui ont dans leurs ascendants des épileptiques, des aliénés, des hypochondriaques, des sourds ou des aveugles de naissance, et même dont les parents ont été atteints d'apoplexie ou d'autre affection cérébrale quelconque, ce qui me paraît excessif.

L'hérédité directe de l'hystérie est des plus évidentes; les statistiques indiquent que cent hystériques ayant des filles, cinquante des mères auront des enfants hystériques. Seulement, il est rare de voir, comme vous l'a raconté une de nos malades, six filles, d'une mère hystérique, être toutes six hystériques; ordinairement un nombre plus ou moins considérable d'entre elles reste indemne. Dans la majorité des cas, suivant Briquet, il n'y a qu'une des filles qui le soit, assez souvent deux; très-rarement trois. Toujours est-il qu'on doit tenir un compte énorme de cette hérédité, quand on est consulté sur le genre d'éducation et l'hygiène qu'on doit conseiller pour les enfants issus de parents hystériques.

On doit en tenir un compte énorme encore pour les enfants issus d'épileptiques, parce que la proportion relativement élevée dans les statistiques de cet antécédent héréditaire, indique que l'existence de l'épilepsie chez la mère ou le père crée une prédisposition à l'hystérie moindre sans doute que cette névrose elle-même, mais cependant indéniable. Dans les faits que j'ai observés personnellement, comme dans le plus grand nombre des faits de M. Briquet, la prédisposition chez les filles était le résultat de l'épilepsie chez le père, et dans le plus grand nombre des cas, l'hystérie a été grave, très-réfractaire aux diverses médications, quoiqu'elle n'ait présenté que chez l'une d'entre elles la forme à laquelle on a donné le nom d'hystéro-épilepsie dont j'aurai à vous parler assez longuement dans une de mes prochaines conférences.

L'aliénation mentale chez les ascendants père ou mère peut également être considérée comme une cause prédisposante d'hystérie, mais moins fréquente que l'épilepsie dans le relèvé des diverses statistiques. Je dois même dire qu'il serait à désirer que cette transformation de l'aliénation des parents en hystérie chez les filles soit démontrée plus péremptoirement qu'elle ne l'a été jusqu'ici.

On peut douter à plus forte raison que la cécité et la surdité de naissance, mais surtout l'existence chez les ascendants soit d'hémorrhagie cérébrale, soit de ramollissement du cerveau, soit enfin d'une affection cérébrale quelconque prédisposent les enfants à l'hystérie, comme l'a indiqué Georget. Cela est possible, mais non prouvé, surtout parce qu'il faut se souvenir que cette névrose est bien plus commune chez les enfants restés orphelins en bas âge que chez ceux qui n'ont pas été soumis à cette pénible épreuve, et que ce peut être à ce titre indirect que ces affections cérébrales ont été une cause prédisposante d'hystérie. On peut assurer que c'est à ce titre indirect que la phthisie chez les parents est une prédisposition d'hystérie chez les enfants, et non d'une manière directe, comme l'a avancé M. Chairou, qui n'a pas fait la distinction que j'indique, très-importante, comme je vous le ferai voir en cherchant dans la leçon prochaine les autres causes prédisposantes.

OBSTÉTRIQUE

CÉPHALOTRIBE FENÊTRÉ. CINQ OPÉRATIONS PRATIQUÉES AVEC CET INSTRUMENT,

Par M. Bailly, professeur agrégé (1).

Obs. IV. — Madeleine L..., trente-quatre ans, primipare, est amenée à la Clinique en douleurs d'accouchement, le 25 septembre 1873, à dix heures du matin. Elle souffrait depuis trente-six heures, et les personnes qui l'assistaient, frappées des lenteurs du travail et soupçonnant un obstacle mécanique, nous l'adressaient pour parer aux difficultés qui pouvaient se produire. Cette femme, d'une taille ordinaire, d'une constitution forte et régulièrement conformée en apparence, a marché de bonne heure. A son arrivée, la dilatation du col est peu prononcée et la tête de l'enfant fort élevée, ce qui me fait soupçonner un peu d'étroitesse du bassin; pourtant l'indicateur n'atteint ni le promontoire ni la partie supérieure du sacrum.

Le lendemain, 26 septembre, à une heure de l'après-midi, après un travail de soixante-trois heures, compliqué d'une attaque d'éclampsie, la dilatation du col étant complète, je fais une application de forceps au détroit supérieur. Des tractions fortes et soutenues, renouvelées plusieurs fois pendant vingt minutes, ne parviennent pas à engager le crâne dans l'excavation. La prolongation de ces efforts me paraissant dangereuse pour la mère, et bien que l'enfant vécût encore, je pratique la crâniotomie, puis la céphalotripsie et amène sans peine l'enfant au dehors. Celui-ci est un fort garçon de 3k,430, non comprise la masse encéphalique, complétement évacuée pendant l'opération. Délivrance naturelle.

La tête, saisie cette fois moins régulièrement que dans les opérations précédentes, a été écrasée dans sa portion crânienne seulement; la face a échappé à l'action directe de l'instrument; pourtant celui-ci a tenu bon jusqu'à la fin et opéré facilement l'extraction.

Une double *phlegmatia dolens*, compliquée d'une escharre au sacrum, retient Madeleine L... à la Clinique jusqu'au 13 décembre 1873. A cette date elle quitte l'hôpital complétement rétablie.

Obs. V. — Marguerite G..., femme L..., âgée de trente ans, entre le 30 septembre 1873, à la Clinique d'accouchement, où on l'amène à cause de la longue durée et des difficultés du travail. Née à Paris, de parents indigents, cette femme a été élevée dans les conditions hygiéniques les plus déplorables; aussi est-elle devenue promptement rachitique et n'a marché qu'à six ans. Elle est petite, d'apparence chétive et présente une forte incurvation des fémurs et des tibias. Le bassin, mesuré avec soin à l'aide du doigt, offre 0m0825 de diamètre sacro-pubien (après déduction).

Premier accouchement, d'une fille vivante, il y a cinq ans et demi, après une application de forceps, longue et laborieuse. Nouvelle grossesse vers la fin de l'année 1872. Début du travail le 28 septembre 1873, au matin; rupture spontanée des membranes le 29, à huit heures du matin. Le 30 septembre, à quatre heures du soir, date de l'arrivée à l'hôpital, je trouve le ventre extrêmement proéminent; le col presque complétement dilaté, assez souple; le crâne en position O.L.G.A., non engagé dans le détroit abdominal; pulsations cardiaques nulles, écoulement abondant de méconium; douleurs fortes et rapprochées; altération des traits, pouls petit et fréquent, agitation extrême. Ce même jour, 30 septembre, à dix heures du soir, je pratique la céphalotripsie en présence de M. le docteur Charpentier, mon collègue, de M. Chantreuil, ancien chef de clinique de la Faculté, et de plusieurs élèves. Après avoir évacué la plus grande quantité possible de substance cérébrale, la tête est saisie facilement avec le céphalotribe fenêtré, écrasée du premier coup, puis extraite sans efforts. Elle est saisie dans le sens de sa longueur, et à peu près régulièrement par ses côtés. Garçon volumineux, du poids de 3k,500 (sans cerveau). Le volume considérable des épaules rend l'extraction du thorax assez difficile et exige le dégagement préalable des deux bras. Délivrance naturelle. Suites de couches absolument simples; l'opérée quitte l'hôpital le 8 octobre suivant. Je l'ai revue depuis, parfaitement rétablie.

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 janvier 1874.

La lecture des observations précédentes convaincra, je pense, les accoucheurs de la supériorité du céphalotribe fenêtré sur le céphalotribe commun, au double point de vue de la facilité de la préhension de la tête et de la solidité avec laquelle cette tête, une fois broyée, reste saisie par l'instrument. Je maintiens que, quelles que soient l'habileté du chirurgien et son habitude des opérations obstétricales, il ne lui sera pas donné de réussir huit fois de suite, avec le céphalotribe ancien, à saisir une tête du premier coup, à la broyer dans toute sa longueur et enfin à l'extraire sans que, pendant les tractions, elle échappe au moins en partie à l'étreinte de l'instrument. Si l'on obtient parfois d'emblée un succès aussi complet, combien plus souvent le chirurgien se voit contraint de multiplier les manœuvres, parce que, dans le rapprochement des cuillers, le crâne fuit en avant, en arrière ou en haut; ou bien parce que la tête n'a été écrasée que partiellement et conserve trop de volume pour franchir le passage rétréci du bassin; ou bien enfin parce que, pendant les tractions, les mors du céphalotribe glissent sur les côtés du crâne et sortent sans rien amener. Que les accoucheurs qui ont de fréquentes occasions d'opérer veuillent bien faire appel à leurs souvenirs, et ils conviendront que, dans la moitié des cas au moins, la céphalotripsie est une opération pleine de difficultés, de lenteurs et d'ennuis pour l'accoucheur, de fatigues et de dangers pour la femme. Ces difficultés, ces lenteurs ne sont plus à craindre aujourd'hui, je l'affirme; et quant aux dangers que court la femme, si le céphalotribe fenêtré n'a pas le privilége de les écarter complétement, je suis persuadé qu'il les atténue du moins dans une très-large mesure, et que la mortalité des opérées sera considérablement réduite par l'emploi de cet instrument.

Je ne terminerai pas cette courte notice sans répondre à deux observations critiques dont le céphalotribe fenêtré a été l'objet. La première est que jusqu'ici je n'en ai fait usage que dans des rétrécissements modérés (0m 08 à 0m 09), et que son épaisseur minimum (0m 056) le rend incapable de servir dans les rétrécissements extrêmes du bassin. La seconde est que, dans des ouvrages publiés à l'étranger, on trouve des figures de céphalotribes fenêtrés comme le mien, et qu'en conséquence mon instrument n'est pas nouveau. La réponse à ces critiques me paraît facile.

Et d'abord, relativement à la première, je répète que mon but, en faisant construire un céphalotribe différent par sa forme de celui que nous possédions, a été uniquement d'obtenir un instrument capable de saisir et d'écraser très-sûrement la tête fœtale, pour l'extraire ensuite avec le moins de difficulté et de dangers possible, *dans les rétrécissements moyens du bassin*, c'est-à-dire dans les faits ordinaires de la pratique.

Dans les bassins de cette catégorie, mon céphalotribe a fait suffisamment ses preuves d'efficacité; j'espère qu'on voudra bien le reconnaître. Je ne me suis donc nullement proposé d'arriver à produire un écrasement considérable du crâne et à faire passer celui-ci à travers un cercle osseux très-étroit, par la raison qu'une telle opération me paraît des plus dangereuses et qu'avec M. le professeur Pajot, je crois préférable, dans ces conditions d'étroitesse du bassin, de renoncer à opérer soi-même, par des tractions, la sortie de l'enfant. En résumé, le céphalotribe fenêtré a été fait pour les rétrécissements modérés du bassin et ne s'adresse qu'à eux. Il se présente comme un auxiliaire utile du céphalotribe ordinaire, sans prétendre le supprimer complétement. Je crois, du reste, que les cas justiciables de ce dernier instrument seul seront désormais exceptionnels, comme le sont d'ailleurs les bassins assez étroits pour offrir moins de 0m 06 dans leur diamètre le plus réduit.

Reste la remarque relative au défaut d'originalité du céphalotribe fenêtré et à sa ressemblance avec certains céphalotribes étrangers. Cette ressemblance, il me semble impossible d'en bien juger quand on n'a sous les yeux que des figures dépourvues de toute indication de mesures et qui ne peuvent en conséquence donner une idée exacte de ce qu'elles représentent. Si l'on veut bien se reporter aux instruments eux-mêmes et non pas seulement à leur reproduction graphique, on n'aura pas de peine, je crois, à saisir les différences qui les distinguent de mon céphalotribe. Il me paraîtrait par trop extraordinaire que, dirigés par nos seules inspirations, n'ayant été guidés par aucun dessin, nous fussions arrivés du premier coup, M. Collin et moi, à construire un appareil semblable à ceux qui existent déjà à l'étranger. J'ajoute, en terminant, que pourtant, par un hasard assez étrange, on en conviendra, je n'avais fait que rééditer ce qui se voit ailleurs, je me contenterais volontiers du mérite d'avoir introduit dans la pratique française un instrument utile et complétement inusité, sinon inconnu, chez nous.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 14 juin 1873 (1). — Présidence de M. LUNIER.

COMMUNICATION

Polype muqueux occupant la partie moyenne du pharynx et les fosses nasales. — Extirpation à travers le voile du palais divisé. — Guérison.— M. DE SAINT-GERMAIN lit sous ce titre l'observation suivante (Voir notre numéro du 22 janvier).

M. RELIQUET fait observer qu'il n'existe pas d'observation de polype muqueux implanté sur la voûte du crâne, en dehors des fosses nasales.

M. LOLLIOT a vu M. Lannelongue diviser avec succès le voile du palais par la galvano-caustique, l'opération fut facile; mais il y eut récidive, et il fallut pratiquer l'opération classique, l'ablation du maxillaire. M. Lannelongue a le soin de décoller et de conserver la muqueuse du maxillaire, qu'il unit à la muqueuse buccale, après avivement de celle-ci. Dans le cas que M. Lolliot a observé, le malade a guéri, et le polype a pu être enlevé complétement, bien qu'il eût une douzaine de prolongements.

M. FORGET. Dans les cas ou les polypes muqueux des fosses nasales pendent dans le pharynx, M. Forget, à l'exemple de Lisfranc, introduit le doigt au fond de la bouche, dans la cavité laryngienne, et ramène le polype dans la cavité des fosses nasales, d'où on l'extrait.

M. Forget demande pourquoi la staphyloraphie n'a pas été pratiquée immédiatement après l'opération.

M. DE SAINT-GERMAIN répond qu'il avait acquis la conviction que le polype n'avait aucun rapport avec les cavités des fosses nasales, qu'il n'y avait par conséquent pas lieu d'agir par cette voie.

Relativement à la réunion du voile du palais, immédiatement après l'opération, M. de Saint-Germain constate qu'en effet elle eût été plus avantageuse et que la cicatrisation semble devoir s'opérer assez lentement.

RAPPORT

M. CHARRIER lit un rapport sur la candidature de M. Bouyer au titre de membre correspondant.

Messieurs, au mois de novembre 1872, M. le docteur Bouyer nous envoyait, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, une *relation manuscrite de grossesse compliquée pendant les quatre derniers mois d'une névralgie utérine s'accompagnant de*

(1) Fin. — Voir le numéro du 20 janvier.

contractions irrégulières et provoquant des troubles nerveux tétaniformes et l'abolition des facultés sensoriales et intellectuelles. — Emploi régulier et méthodique des injections hypodermiques de morphine. — Accouchement à terme et sans accidents.

Une commission, composée de MM. Leudet, Aimé Martin et Charrier, rapporteur, fut chargée de vous rendre compte de ce travail. C'est ce qu'elle vient faire aujourd'hui.

Votre rapporteur ne peut rien faire de mieux que de vous lire succinctement cette observation extrêmement intéressante, et de vous faire part des réflexions qui l'accompagnent. Puis il vous dira ensuite ce qu'il pense de cet état curieux d'excitation utérine insolite qui, s'il n'avait été combattu énergiquement, se serait certainement terminé par un accouchement avant terme.

(Voir l'observation publiée dans notre numéro du janvier 1874.)

Vous voyez, messieurs, que M. Bouyer a discuté son diagnostic, et par voie d'exclusion, il est arrivé à ranger ce cas sous le titre de *Névralgie utérine à forme intermittente*, et donnant lieu secondairement à des phénomènes réflexes. Je ne vois pas que l'on puisse donner une autre dénomination à cette curieuse observation ; sensément, il faut tenir grand compte de l'état du sujet : femme chloro-anémique par excellence et extrêmement névropathique.

Il est remarquable aussi que l'usage de la morphine a toujours eu le même résultat, et que ce n'est que dans le dernier mois qu'il a fallu augmenter un peu les doses. Son effet a toujours été rapide, et, tout en enrayant les phénomènes tétaniformes, les injections hypodermiques ont aussi contribué à supprimer les vomissements alimentaires et permis à la malade de digérer et de reprendre des forces.

Cette observation est curieuse à plus d'un titre, mais il est un point sur lequel je veux appeler votre attention, c'est l'innocuité complète, absolue des injections hypodermiques morphinées sur le développement et la santé de l'enfant qui est né spontanément, à terme, et parfaitement portant.

M. le docteur Bouyer, messieurs, n'est pas le premier venu, il a été interne des hôpitaux de Paris, et ce n'est qu'à la suite d'accidents graves du côté de la poitrine qu'il a été s'établir à Amélie-les-Bains d'abord comme malade, ensuite comme médecin consultant. Il nous a envoyé, en outre :

1° Sa thèse inaugurale (*Étude sur les eaux minérales d'Amélie-les-Bains*) 1862 ;

2° Considérations pratiques sur l'asthme, sa nature, ses différentes formes, et sur l'action des eaux sulfureuses d'Amélie-les-Bains appliquées au traitement de cette affection, 1866 ;

3° Enfin, sa notice sur le climat d'Amélie-les-Bains, 1867.

Tous ces travaux sont bien faits, judicieusement pensés, on y retrouve les qualités d'observation et de savoir dont nous avons eu la preuve dans la relation manuscrite que je vous ai lue tout à l'heure.

J'ai l'honneur de proposer à la Société :

1° D'inscrire M. le docteur Bouyer sur la liste des candidats au titre de membre correspondant ;

2° De renvoyer son travail manuscrit au comité de publication.

M. PETER demande à M. Charrier s'il a observé de bons résultats produits par l'emploi de bains prolongés dans les cas de vomissements incoercibles symptomatiques de la grossesse.

M. CHARRIER. On ne peut pas poser de règles absolues ; tel moyen qui réussit dans un cas échoue dans l'autre, rien n'est plus variable, plus varié et plus incertain que la thérapeutique des vomissements incoercibles. Je n'ai pas essayé les bains prolongés dont parle M. Peter, et je le remercie d'avoir appelé notre attention sur ce nouveau moyen.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel : BLUMENTHAL.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

484. Mignen. Essai sur les vertiges au point de vue du diagnostic.

485. Reynaud. Étude sur les kystes du maxillaire inférieur.

486. Richelot. De la péritonite herniaire et de ses rapports avec l'étranglement.

487. Humbert. Étude sur la septicémie intestinale, accidents consécutifs à l'absorption des matières septiques par la muqueuse de l'intestin.

488. Dupuy. Examen de quelques points de la physiologie du cerveau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Bellamy, premier commis au secrétariat, est nommé officier d'Académie.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Étiévant, secrétaire agent comptable, est nommé officier d'Académie.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — MM. les professeurs Engel et Felz et M. le professeur-adjoint Ritter sont nommés officiers d'Académie.

— *Faculté des sciences de Toulouse.* — M. le professeur Clos est nommé officier de l'instruction publique.

— *École de médecine d'Alger.* — M. le directeur Texier est nommé officier d'Académie.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. le professeur Herbet est nommé officier d'Académie.

— *École de médecine de Besançon.* — MM. les professeurs Bruchon et Druhen jeune sont nommés officiers d'Académie.

— M. le professeur P. Lorain commencera son cours d'Histoire de la médecine et de la chirurgie, le mardi 27 janvier, à cinq heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine, à la même heure et dans le même amphithéâtre.

— M. le docteur P. de Pietra-Santa fera mercredi prochain 28 janvier, à huit heures et demie du soir, 39, boulevard des Capucines, une conférence sur les *Climats du midi de la France.*

— Clientèle médicale à céder pour cause de santé. S'adresser à Mme Dénau, rue de Douai, 14, de midi à trois heures.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

DRAGÉES DOMINIQUE

Les sels arsenico-ferriques *naturels* de la Dominique offrent aux praticiens une innocuité toute particulière dans la médication arsenicale.

Chaque **Dragée Dominique** contient un demi-milligramme d'arséniate de fer, 5 centigrammes de composés ferrugineux.

Les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance dans les formes les plus variées de l'anémie, les névralgies, les maladies de la peau, les fièvres intermittentes, etc., etc.

Les **Dragées Dominique** sont fort agréables au goût.

Emploi : de deux à quatre dragées quelques instants avant les deux principaux repas.

Entrepôt général : Pharmacie Centrale de France, 7, rue de Jouy, à Paris.

Détail : Les principaux Pharmaciens.

LIENTERIE et DYSPEPSIE — GASTRALGIE et ANOREXIE

PANCRÉATINE DEFRESNE

HUILE DE FOIE DE MORUE DEFRESNE ÉMULSIONNÉE PAR LA PANCRÉATINE

PILULES, VIN, ÉLIXIR, ÉMULSION PANCRÉATIQUE DEFRESNE

EMPLOYÉS DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

(Voir les Mémoires présentés à l'Académie de médecine et à l'Institut.)

La **Pancréatine Defresne** perd un tiers de sa force dans l'estomac, mais continue son action dans le duodénum en présence de la bile alcaline. Elle rend assimilable. 15 fois son poids de corps gras; elle digère 50 fois son poids de fibrine, 140g. d'empois ou 8,90 d'amidon.

Pharmacie DEFRESNE, rue des Lombards, 2 et 4, et dans toutes les autres pharmacies.

EAU FERRUGINEUSE D'AUTEUIL (Paris)

25 centimes 10 c. en plus pr la bout. — APÉRITIVE, TONIQUE ET RECONSTITUANTE — 25 centimes 10 c. en plus pr la bout.

Établissement ouvert toute l'année

Prescrite avec le plus grand succès contre les engorgements de l'estomac, appauvrissement du sang, anémie, aménorrhée, pâles couleurs, engorgements du foie, de la rate, hydropisies au début. D'une efficacité certaine dans les convalescences des maladies graves, lymphatisme, accidents de la croissance et de la grossesse, et dans tous les cas où il faut relever l'organisme.

Elle contient des quantités notables de Sulfate de Protoxyde de Fer, d'Alumine, de Soude et de Magnésie, du Manganèse et de l'Arsenic.

La SOURCE D'AUTEUIL est située *rue de la Cure, n° 4*, à cinq minutes de la *gare de Passy*. — S'adresser à M. D'ESEBECK, propriétaire, ou à son Entrepôt de toutes les Eaux minérales françaises et étrangères, 62, rue J.-J. Rousseau.

GRANULES ANTIMONIAUX

Antimonio-ferreux

et antimonio-ferreux au bismuth

Du DOCTEUR PAPILLAUD

Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris dans ses séances des 8, 15, 22 novembre et 6 décembre 1870.

Nouvelle médication à base d'arséniate d'antimoine.

Granules antimoniaux contre les maladies du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Granules antimonio-ferreux contre l'anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les maladies scrofuleuses.

Granules antimonio-ferreux au bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (dispepsies, etc.).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure) et dans toutes les pharmacies en France et à l'étranger. A Paris, aux pharmacies : 141, rue Montmartre; 86, rue du Bac; 1, rue des Tournelles; 1, rue Bourdaloue.

EXPOSITION DE 1867

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. FELHING (de Stuttgart), FRITSCHE (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs*, sous forme de vin, Elixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie HOTTOT, 24, rue des Lombards, Paris.

ERGOTINE

DRAGÉES D'ERGOTINE DE BONJEAN

(Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.)

D'après les plus illustres médecins, les DRAGÉES D'ERGOTINE sont employées avec le plus grand succès pour faciliter le travail de l'accouchement, contre les hémorrhagies utérines, les engorgements de l'utérus, les métrorrhagies, l'épistaxis, les dysenteries et diarrhées chroniques, etc., et la solution d'ergotine au 10e (Ergotine, 10 grammes; eau, 100 grammes) est un des précieux hémostatiques que possède la médecine.

DÉPÔT GÉNÉRAL : à la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

EAU ANTI-HÉMORRHAGIQUE

DE TISSERANT

Expérimentée avec succès par plusieurs célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par MM. FRÉMY et MONOD, médecins des hôpitaux; par MM. les docteurs PORTALÈS, RIÉGÉ, etc., etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (notamment les *hémoptysies*, les *métrorrhagies*, les *ménorrhagies*, etc.), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, etc.

MM. les médecins qui n'auraient pas encore expérimenté ce médicament, sont priés d'en faire prendre un flacon, qui leur sera délivré gratuitement à la PHARMACIE SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, à Paris.

VIN MARIANI

à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques.

5 francs la bouteille.

MARIANI, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

PAPETERIE DU CORPS MÉDICAL
L. CHAMOUIN

29, rue Bonaparte, PARIS

Registres spéciaux pour la comptabilité de MM. les Médecins

600 Comptes	....	8 fr.
800 —	....	10
1.000 —	....	12
1.200 —	....	14

Feuilles d'observations. — Feuilles de température.

Lettres d'honoraires. — Cartes de visite.

AGENDA MÉDICAL 1874.

PORTEFEUILLES, TROUSSES, ETC.

CLASSE-VALEURS BREVETÉ S. G. D. G.

ENVOI CONTRE MANDAT DE POSTE.

MÉDAILLE D'**OR** ET PRIX DE **16,600** FRANCS

QUINA LAROCHE ÉLIXIR

tonique, reconstituant et fébrifuge

EXTRAIT COMPLET des 3 sortes de quinquina (rouge, jaune et gris). **Paris,** *r. Drouot, 22, et dans toutes les pharmacies.*

Laroche

PILULES DE PEPSINE

Digestion difficile, dyspepsie, vomissements, etc.

PIL. DE PEPSINE au fer réduit dans toutes les maladies où le fer est nécessaire.

PIL. DE PEPSINE au proto-iodure de fer. Maladies scrofuleuses, syphilitiques, etc.

Chez **HOGG,** pharmacien-chimiste, 2, rue Castiglione, Paris. Pharmacies de province; on envoie *franco* par la poste.

PAPIER RIGOLLOT

POUR SINAPISMES

Adopté par les Hôpitaux de Paris, les Ambulances et Hôpitaux militaires, et par les Marines française et anglaise.

26, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

HÉMORRHAGIES

LEUCORRHÉE, ANÉMIE ET CHLOROSE

DIARRHÉE CHRONIQUE, ALBUMINURIE, ETC.

rapidement guéries par les **Dragées Carbonel** au perchlorure de fer, pur, inaltérable et sans saveur.

Tonique, Analeptique, Antilymphatique

Dépôt : rue Richelieu, 31, Paris et pharmacie CARBONEL, Avignon.

SONDES ET BOUGIES DELAMOTTE

EN GOMME POLIE, SOUPLES OU RIGIDES

Seules garanties inaltérables sous toutes les latitudes

BANDAGES imperméables à la sueur et à l'eau.

RONDEAU frères

Successeurs de **DELAMOTTE** et **Hy. BELIN,** fabricants d'instruments de chirurgie en gomme, 68, rue Jean-Jacques Rousseau, Paris.

N° 12. — JEUDI 29 JANVIER 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 29 JANVIER 1874. — N° 12.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Rien à dire de cette séance, qui a été tout entière occupée par deux rapports de prix et les réminiscences d'une discussion antérieure sur la méthode des pulvérisations et la pénétration des liquides divisés dans l'appareil respiratoire.

C'est en 1862, dans les trois premières séances de mai, qu'avait eu lieu cette discussion, rappelée aujourd'hui sans qu'on y ajoutât aucun élément nouveau. Elle avait été motivée par un rapport de M. Poggiale, lu cinq mois plus tôt, et qui s'appuyait sur les expériences faites par M. Demarquay. Trois orateurs prirent alors la parole. M. Durand-Fardel combattit le rapport, qui fut défendu par MM. Trousseau et Poggiale. L'Académie en adopta en définitive les conclusions, admettant la pénétration des liquides pulvérisés jusque dans les bronches.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BERNUTZ.

Leçons cliniques sur l'hystérie (1).

L'étude de l'influence de l'hérédité comme cause prédisposante de l'hystérie, par laquelle j'ai terminé ma précédente conférence, vous a fait voir que si l'on ne pouvait admettre sans réserve l'opinion professée par Georget, on trouva cependant dans la transformation fréquente de l'épilepsie ou de l'aliénation des ascendants en hystérie chez les enfants, la preuve de la consanguinité pathologique entre ces trois grandes affections du système nerveux, que le médecin de la Salpêtrière a cherché à faire admettre. Il a sans doute un peu forcé la note, mais le fond de son opinion n'en reste pas moins très-vrai quand on la débarrasse de l'exagération qu'il y a mise, croyant ainsi la rendre plus acceptable. Il faut reconnaître qu'à l'époque où il écrivait, l'école physiologique était encore très-prédominante et faisait valoir en faveur de la localisation utérine de l'hystérie, que cette grande névrose ne s'observe guère, comme je vous l'ai indiqué, que chez les femmes, et pendant la période de la vie, où elles sont réglées et, par conséquent, véritablement nubiles.

L'âge de la nubilité est incontestablement, après le sexe féminin, la cause prédisposante la plus importante de l'hystérie. Aucune des vingt-deux hystériques dont j'ai recueilli l'observation devant vous pendant les six premiers mois de 1873, aucune des huit qui étaient dans mon service au moment où j'ai commencé ces leçons, enfin aucune des cinq qui y ont été admises dans ces derniers jours, sur lesquelles j'ai apppelé chaque jour votre attention en faisant ma visite, n'avait dépassé cinquante ans. Une seule, hystérique depuis l'âge de vingt-deux ans, avait cessé d'être réglée depuis trois ans, et je vous ai signalé que bien que l'hystérie soit encore très-caractérisée chez elle par des accès d'aphonie pour lesquels elle est entrée deux fois dans mon service depuis le commencement de l'année, par de la rachialgie qui s'exaspère très-vivement à la pression, enfin par de l'anesthésie de différentes parties de la peau, la névrose s'est cependant très-amendée depuis cette époque; cette femme qui avait de très-fréquentes attaques jusqu'alors, n'en a plus eu.

Je ne vous rappellerai pas que la grande majorité de ces malades avait de dix-huit à vingt-cinq ans; que trois seulement avaient de trente à quarante ans, deux de quarante à quarante-cinq ans, et une seule, dont je viens de vous parler, a quarante-neuf ans. Mais, chez deux seulement de ces six dernières malades, l'hystérie avait débuté après vingt-cinq ans: à trente-quatre ans chez l'une, âgée de trente-sept ans aujourd'hui; il y a trois mois, chez l'autre, âgée de quarante-trois ans, qui a dû quitter Nancy à la suite d'une série de malheurs engendrés par nos cruels désastres. Vous vous ferez bien plus vite votre opinion en jetant les yeux sur le tableau que je vous présente, et qui a été dressé par M. Briquet, en réunissant à sa statistique celles de Landouzy, Georget et Beau sur l'âge auquel a débuté l'hystérie dans les observations qui ont servi de base à leurs travaux, conçus à des points de vue très-différents :

Age du début de l'hystérie	LANDOUZY	GEORGET	BEAU	BRIQUET	TOTAL
De 0 à 10 ans...	4	1	»	66	71
De 10 à 15 ans...	48	5	6	98	157
De 15 à 20 ans...	105	7	7	140	259
De 20 à 25 ans...	80	4	3	71	158
De 25 à 30 ans...	40	3	»	24	67
De 30 à 35 ans...	38	»	»	9	47
De 35 à 40 ans...	15	»	»	9	24
De 40 à 45 ans...	7	1	»	1	9
De 45 à 50 ans...	8	»	1	3	12
De 50 à 55 ans...	4	»	»	3	7
De 55 à 60 ans...	4	»	1	2	7
De 60 à 80 ans...	2	»	»	»	2

On trouve dans ce tableau que l'hystérie s'est développée 259 fois de quinze à vingt ans et 157 fois de dix à quinze ans;

(1) Fin. — Voir le numéro du 26 janvier 1874.

ce qui, en réunissant ces deux chiffres, fait que la névrose s'est produite 416 fois, c'est-à-dire, dans près de la moitié des cas, à l'époque de la révolution pubère, — un peu avant ou un peu après l'établissement de la menstruation, qui n'est pas seulement une fonction génitale, mais une fonction subordonnée de l'hématose, ainsi que je vous l'ai longuement développé dans mon avant-dernière conférence.

De vingt à vingt-cinq ans le nombre des débuts de l'hystérie diminuant de moitié de ce qu'il était de quinze à vingt ans, devient sensiblement le même que de dix à quinze ans. Comme si à ces deux époques de l'établissement de la menstruation il existait une instabilité (moitié moindre que de quinze à vingt ans, mais analogue) de l'équilibre du système nerveux, qui va aller s'affaiblissant rapidement dans la période suivante de vingt-cinq à trente ans. Alors les femmes ont pris complétement les attributs de leur sexe et l'économie s'est façonnée aux permutations diverses qui se succèdent lorsque la femme passe alternativement de l'état de vacuité à l'état de gestation et *vice versa*. En réunissant tous les cas développés avant trente ans, on arrive au chiffre de 612, qui montre que, dans plus des deux tiers des cas, l'hystérie se produit avant la trentaine. Après cet âge, le nombre des cas où l'hystérie se développe va rapidement diminuant, pour tomber à un chiffre très-faible de quarante à quarante-cinq ans et se relever à peine de neuf à douze ans, de quarante-cinq à cinquante ans, c'est-à-dire à l'époque où survient chez la majorité des femmes la ménopause ; ce qui est en contradiction formelle avec l'opinion de Gardane, qui prétendait que de toutes les maladies qui se montrent à cette époque, il n'en est pas de plus commune que l'hystérie.

Je dois toutefois vous prévenir que l'opinion de Gardane, partagée par un certain nombre d'observateurs, n'est pas aussi dénuée de fondement que pourrait vous le faire croire le tableau que vous avez sous les yeux. Il faut savoir que, s'il est rare de voir l'hystérie débuter à la ménopause, il ne l'est pas absolument de voir reparaître à cette époque des accidents nerveux qui avaient cessé depuis longtemps, ou de voir les symptômes de l'hystérie reprendre une acuité qu'ils avaient perdue depuis longues années, en même temps qu'on voit les malades devenir chloro-anémiques. Les recrudescences qu'on voit à l'époque de la ménopause légitiment, sous certains rapports, l'opinion de Gardane, à laquelle il manquait, pour être juste, l'absence d'une distinction qu'on ne faisait pas à l'époque où il écrivait.

Après la ménopause confirmée, on ne voit plus pour ainsi dire l'hystérie débuter. Les chiffres insignifiants qu'on trouve dans les statistiques permettent d'avancer que le développement de cette névrose est aussi exceptionnelle chez les femmes qui ont cessé d'être réglées, qu'il l'est dans le sexe masculin. Je vous ferai remarquer qu'après la ménopause on voit reparaître la plus complète analogie dans les lois physiologiques générales chez l'homme et chez la femme, analogie qui avait cessé d'exister pendant tout le temps où celle-ci avait été réglée. C'est ce que démontre l'examen comparatif des quantités d'acide carbonique exhalé dans les deux sexes aux différents âges, dans un travail fait par MM. Andral et Gavarret, et dont je vous ai longuement entretenu dans ces conférences, à cause de l'intérêt primordial que ces recherches ont pour notre sujet.

Je reviens involontairement sur ce point, parce que la corrélation entre la menstruation et l'hématose conduit à une conception de l'hystérie bien plus satisfaisante que celles qui sont dérivées de la théorie galéno-hippocratique. J'ai à peine besoin de vous faire remarquer que la première ligne du tableau statistique, qui indique que l'hystérie a débuté 71 fois de la naissance à dix ans, sur 810 cas, ne permet guère de considérer cette névrose comme le fait de l'action morbide exercée par l'utérus non satisfait dans ses désirs ou malade, puisqu'à cette époque de la vie les organes génitaux sont dans un état de torpeur absolument contradictoire à l'une ou à l'autre de ces deux suppositions.

Vous avez pu voir, d'ailleurs, par l'interrogatoire des malades, le rôle considérable que jouent, dans la manifestation de l'hystérie, les influences morales, comme l'ont indiqué tous les observateurs qui se sont succédé depuis Willis, et dont on ne comprend pas l'action en acceptant la théorie galéno-hippocratique.

La jeune fille placée sous le n° 1 est appelée chez le maire de sa commune; sous l'influence de l'émotion morale que lui causent les observations qu'on lui fait, ses règles s'arrêtent brusquement. Pendant quinze jours elle est en proie à un état de malaise qui amène les vomissements des aliments d'abord, et ensuite les vomissements incoercibles auxquels elle est en proie depuis le mois d'avril 1872.

Celle du n° 2 est profondément affectée de la mort de son frère, tué par un obus tiré par les gardes nationaux de la Commune. A partir de ce moment, sa santé s'altère ; en décembre suivant, elle est en proie à un état fébrile, simulant une fièvre typhoïde, qui caractérise le début de l'hystérie grave à laquelle elle est en proie.

Le n° 3 vient à Paris pour se placer comme domestique. Après un mois d'attente, elle entre chez un épicier de la rue de Sèvres, qui, dans la nuit qui suit l'entrée de cette fille à son service, cherche à attenter à sa vertu. Le lendemain matin elle est amenée à l'hôpital, paraissant si malade qu'on la reçoit immédiatement. A peine est-elle placée dans un lit de ma salle qu'elle est en proie, pour la première fois, à un accès hystéro-épileptique; et, quelques jours après, vous l'avez vue, après un mouvement fébrile de huit jours de durée, en proie à une tympanite considérable avec paralysie de la vessie.

Chez la malade placée au n° 12, aujourd'hui âgée de plus de trente ans, l'hystérie a eu pour cause les tracasseries qu'elle éprouvait dans sa famille. Elles étaient telles, qu'à l'âge de seize ans, elle a essayé de se suicider en se jetant à l'eau.

La malade du n° 17 a vu se développer l'hystérie, à laquelle elle est en proie, depuis qu'elle est mariée; et elle en accuse les chagrins de toute sorte dont elle a été abreuvée.

Enfin, sans vous rappeler les peines auxquelles a été en proie la Lorraine dont je vous ai parlé tout à l'heure, je vous signalerai la malade de quarante-neuf ans, couchée au n° 25, qui est entrée deux fois dans mon service pour de l'aphonie hystérique. L'hystérie a débuté chez elle à la mort de sa mère, qui a succombé dans ses bras. Sous l'influence du saisissement, ses règles se sont arrêtées, et elle a été prise d'attaques hystériques qui, à partir de ce moment, se sont renouvelées plusieurs fois par jour.

Sans doute, chez quelques-unes de nos malades et en particulier chez la jeune fille placée au n° 11, l'hystérie n'a pas eu une influence morale pour cause, prédisposante chez les unes, déterminante chez les autres; mais nous l'avons trouvée chez le plus grand nombre d'entre elles. Vous avez pu vous convaincre du rôle excessivement considérable qui revient aux peines morales dans le développement de cette grande névrose, si commune dans le sexe féminin. Seulement il faut reconnaître que les influences morales ont besoin, pour agir, d'une disposition soit originelle, soit acquise, en vertu de laquelle les impressions sont vivement perçues. La nécessité de

cette disposition est, on peut dire, démontrée par la fréquence de sa préexistence au développement de l'hystérie. Elle est telle que, sur 425, M. Briquet, dont je dois toujours vous citer les travaux, n'en a trouvé que 25 qui avaient été peu impressionnables ou d'un caractère insouciant dans l'enfance ; proportion tellement minime qu'elle permet d'avancer que l'exagération de l'impressionabilité est une condition, pour ainsi dire indispensable, du développement de la névrose.

Cette disposition originelle, ou datant de l'enfance, que Sydenham attribuait à une mobilité excessive des esprits animaux, (absolument nécessaire, suivant lui, pour que l'hystérie se produise), est constituée par une exaltation de l'élément affectif. Les recherches si intéressantes de Cerise permettent de la rattacher à l'appareil nerveux ganglionnaire viscéral, auquel le rôle bien plus considérable, qui est dévolu à la femme dans la genèse, impose une activité beaucoup plus grande que chez l'homme. D'où il résulte que la disposition à percevoir vivement les impressions est et devait être bien plus accentuée dans le sexe féminin. Elle devait présenter, dans celui-ci, des degrés presque infinis, qui font que cette influence morale rend hystériques certaines jeunes femmes, tandis qu'elle reste sans action chez d'autres, moins impressionnables. Aussi ne peut-on se contenter, pour déterminer la part qui revient dans la production de l'hystérie aux diverses influences morales, d'une observation restreinte, et a-t-on dû s'appuyer sur des résultats généraux fournis par une statistique.

Ces résultats établissent, d'abord, que les influences morales tristes, telles que le chagrin, la crainte, la jalousie, l'envie, etc., sont seules capables de susciter l'hystérie; que les influences morales opposées tendent, au contraire, à l'atténuer ou à la faire disparaître si elle existait; ensuite, que ce sont les peines morales de longue durée, contenues, qui sont la cause prédisposante, par excellence, de cette névrose. Un très-violent chagrin joue souvent le rôle de cause déterminante, comme je vous l'ai dit tout à l'heure, en vous parlant des malades couchées aux n°s 1, 3 et 25. La statistique indique, en particulier, que : 1° l'hystérie est très-commune chez les femmes dont l'éducation a été mal dirigée soit par une trop grande faiblesse pour les enfants, soit, au contraire, parce qu'on a été pour eux d'une trop grande sévérité. Sur soixante-quatorze hystériques observées par M. Briquet, chez lesquelles l'hystérie avait débuté dans l'enfance, vingt-six avaient eu à subir des mauvais traitements ou des privations. 2° Cette névrose est très-fréquente chez les orphelines et chez les filles qui ont été malheureuses dans leurs familles pour une cause quelconque. 3° Elle s'observe très-souvent chez les femmes qui sont malheureuses en ménage soit par l'inconduite du mari, son caractère difficile, son inintelligence, soit par ces cruels mécomptes au point de vue de la position de fortune ou des enfants, et même lorsque les mariages ne réalisent pas les espérances qu'on avait fondées. 4° Enfin cette maladie est excessivement fréquente chez les femmes légères, à cause des préoccupations de toutes sortes qui sont la conséquence des liaisons illicites chez les unes et des excès vénériens chez les autres. Ces influences nous paraissent bien plutôt une cause d'hystérie que la continence incriminée par Hippocrate et dont j'étudierai avec vous l'influence étiologique dans la séance prochaine.

ÉRYSIPÈLE DU PHARYNX.

Par le docteur Flammarion (de Nogent).

La très-intéressante leçon clinique de M. Brouardel, publiée ces jours derniers dans la *Gazette des Hôpitaux*, m'engage à faire connaître trois faits du même genre qui viennent, tout récemment, de me passer sous les yeux. Dans leur succession contagieuse, ils sont un exemple frappant de l'existence de cette affection assez rarement relatée dans les publications médicales.

Obs. I. — A. M..., maître d'hôtel, me fait appeler le 12 décembre 1873 : il se plaint d'un violent mal de tête, de nausées, le tout seulement depuis le matin.

Je constatai de la fièvre (pouls 100) ; langue blanche, inappétence, nausées, constipation. Il y a quelques frissons dans la matinée. La narine droite est obstruée par un gonflement : rien dans la gorge. Je pronostique l'apparition d'un érysipèle probable pour le lendemain, et je me borne à ordonner des topiques de farine de lin sur la joue droite et des vapeurs d'eau de guimauve en aspirations par la voie nasale.

13 décembre. — Le matin je trouve un érysipèle phlycténoïde du nez tout entier : rien dans le pharynx. Application de couches de collodion dépassant les parties envahies.

14. — L'érysipèle a envahi toute la face ; phlyctènes sur les deux joues, le nez et le front. Malgré l'insuccès du collodion, on le continuera encore aujourd'hui.

15. — L'érysipèle a gagné le cuir chevelu dans la région temporo-pariétale droite, commencement de délire nocturne, fièvre intense : pouls 116.

16. — L'érysipèle gagne de plus en plus du terrain dans le cuir chevelu : il s'y forme également des phlyctènes. L'oreille droite est prise. Pas de ganglions douloureux ou hypertrophiés.

17. — Tout le cuir chevelu est envahi, les phlyctènes sèches y forment des croûtes. Délire continuel se rapportant aux occupations ordinaires du malade, c'est-à-dire aux voyageurs et pensionnaires : il est poursuivi par l'idée qu'il n'est pas chez lui et que tout va mal dans son hôtel. Pouls à 120. Constipation depuis qu'il est couché. — Calomel 0g40.

18. — Même état : a été à la selle deux fois. — Onctions sur les parties érysipélateuses avec parties égales d'huile d'olive et d'essence de térébenthine.

Je résume le reste de l'observation en quelques lignes : la fièvre et le délire tombèrent le 21 décembre, c'est-à-dire le dixième jour de sa maladie. Le pharynx ne présenta rien d'anormal dans tout le cours de la maladie. La mixture térébenthinée sembla amener de l'amélioration surtout dans l'état du cuir chevelu dont l'œdème et les phlyctènes disparurent rapidement.

Obs. II. — Le 14 décembre 1873, c'est-à-dire deux jours après le début de la maladie du sujet de l'observation précédente, je trouve sa femme, âgée de vingt-huit ans, couchée, se plaignant d'un violent mal de gorge, avec fièvre (pouls 96) et embarras gastrique, langue blanche, inappétence : plusieurs frissons dans la soirée d'hier.

A l'examen de la gorge, je constate une rougeur lie de vin occupant le pharynx, l'amygdale droite et le pilier droit et se terminant brusquement sans se mêler progressivement à la rougeur normale du reste de la bouche ; les ganglions sous-maxillaires droits sont très-douloureux et légèrement hypertrophiés.

Ordonnance :

Poudre d'ipéca . . . . 1 gramme
Tartre stibié 0,05

Gargarismes en décoction de feuilles de ronces miellée.

15. — L'angine érysipélateuse n'a pas fait de progrès en étendue : je constate, sur l'amygdale droite, les débris d'une membrane très-mince, déchiquetée : ce sont sans doute les restes d'une phlyctène. La fièvre est beaucoup moindre et l'embarras gastrique moins fort ; pouls 88.

Cautérisation de toute la gorge avec le crayon de nitrate d'argent. Gargarismes émollients.

16. — La rougeur a envahi l'amygdale et le pilier gauche : légère peau blanche sur l'amygdale de ce côté ; plus de l'autre côté : les ganglions se sont aussi pris à gauche ; pouls 100 ; fièvre et nausées. — Même traitement.

17. — Douleur à l'angle interne de l'œil droit : un peu d'œdème, peau rouge et luisante sur le sac lacrymal : pouls 104 : constipation. — Calomel 0,40.

18. — La gorge est toujours dans le même état, cependant la douleur y est moins forte ; mais, sur tout le nez, il y a de l'œdème, de la rougeur et de la sensibilité à la pression : la peau est luisante et quelques phlyctènes se forment déjà à l'extrémité du nez : la joue droite commence également à se prendre. Pouls à 112 : fièvre et peau chaude.

Traitement. — Onctions sur toutes les parties envahies et à 0m03 plus loin avec parties égales d'huile d'olive et d'essence de térébenthine.

L'érysipèle gagna, les jours suivants, jusqu'aux oreilles et le cuir chevelu dans les régions temporales seulement ; mais il fut remarquable que, sous l'influence du topique cité plus haut, les parties primitivement atteintes étaient guéries au bout de deux jours et ainsi de suite, progressivement du centre à la périphérie, jusqu'à la guérison complète. La gorge se guérit en même temps.

L'état général fut beaucoup moins grave que celui du mari et la malade entra en convalescence le 23 décembre, c'est-à-dire le dixième jour de la maladie.

Obs. III. — La sœur de la malade précédente vient la soigner le 15 décembre : elle couche dans la même chambre que les deux malades : le 18, à ma visite du matin, elle se plaint d'avoir mal dormi, de céphalée et surtout d'un mal de gorge violent : à l'examen, je trouve une rougeur vive occupant tout le pharynx, les deux amygdales et le pilier gauche. De ce côté, l'amygdale est recouverte d'une peau blanche très-mince que j'enlève en y passant le crayon de nitrate d'argent. Elle ne reparut pas plus tard ; mais la rougeur persista encore quatre jours, ainsi que la difficulté d'avaler : j'avais donné un vomitif au début et recommandé des gargarismes émollients : je cautérisai avec le crayon quatre fois : les ganglions furent douloureux et tuméfiés à gauche. L'embarras gastrique et la fièvre disparurent le cinquième jour.

Voilà donc un érysipèle de la face qui se déclare chez le premier malade. Sa femme le soigne et, deux jours après, elle est atteinte d'une angine érysipélateuse qui se propage à la face par le canal nasal droit et l'angle de l'œil : enfin la sœur de cette dernière gagne, dans leur voisinage immédiat, une angine également érysipélateuse, car ce dernier caractère fut bien évident, puisqu'il y eut rougeur éclatante, douleur violente, phlyctènes et engorgement ganglionaire.

Ces deux cas de pharyngite érysipélateuse ont donc eu pour *cause* la contagion.

Malgré ce dernier caractère de contagiosité, ils ne furent pas graves. Je termine cette relation par quelques réflexions au point de vue du traitement. J'ai employé un vomitif au début de ces deux derniers cas, et du calomel contre la constipation opiniâtre de l'observation II. L'embarras gastrique diminua après cet emploi.

J'ai aussi cautérisé au nitrate d'argent. Pourquoi ce moyen qui réussit, et dans l'angine érythémateuse, et dans l'érysipèle cutané, ne serait-il pas indiqué dans la pharyngite érysipélateuse ?

Enfin j'ai eu recours à un mélange à parties égales d'huile d'olives et d'essence de térébenthine appliqué localement et directement contre l'érysipèle. J'ai toujours eu à me louer de ce moyen dans le traitement de l'érysipèle ordinaire. Il fait disparaître rapidement et l'œdème et la rougeur. Mais je crois que, grâce aux propriétés antiseptiques de l'essence de térébenthine, il est encore bien plus indiqué dans le traitement de l'érysipèle contagieux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 janvier 1874. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Prival, médecin inspecteur des eaux minérales de Lamalou-le-Bas, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1872. (Commission des eaux minérales.)

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Vienne pendant l'année 1873.

3° Les comptes rendus négatifs des maladies épidémiques dans les départements de l'Aube et de Maine-et-Loire pendant l'année 1873. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non-officielle comprend :

1° Un pli cacheté déposé par M. Florentin Ortéga, externe des hôpitaux de Paris. (Accepté.)

2° Une lettre de remercîment de M. le docteur Parkes, de Southampton, récemment nommé membre correspondant de l'Académie.

3° Une observation de version dans un cas d'accouchement par la face, et de phlegmon de la fosse iliaque guéri par l'allaitement, par M. le docteur Mignot de Chantelle. (Commissaires : MM. Bernutz, Jaquemier et Hervieux.)

4° Un mémoire de M. le docteur Patrice-Levers, médecin à Saint-Julien, sur la fièvre intermittente et sur l'emploi du quassia amara comme succédané du quinquina. (Commissaires : MM. Herard, Chauffard et Woillez.)

5° Un mémoire de M. Viennet, sur l'hygiène des villes par une meilleure orientation, et ce qu'il y aurait à faire pour y suppléer. (Commissaires : MM. Guérard, Vernois et Delpech.)

6° Une étude clinique sur l'aconit pour le concours du prix Orfila.

M. le Président annonce qu'il y a lieu de déclarer une vacance dans la section des associés libres.

M. Bouley informe l'Académie que M. Visard, vétérinaire, est arrivé à Paris avec une cargaison de chats soumis à l'ingestion de matières tuberculeuses provénant de bœufs. Parmi ces chats, au nombre de six, deux sont morts de mort naturelle, deux ont été tués à l'aide de la strychnine, pour l'examen nécroscopique. Les deux derniers sont encore vivants.

Sur la demande de M. Bouley, une commission, composée de MM. Bouley, Chauffard, Colin, Herard et Voillez, est nommée pour l'examen anatomique, physiologique et nécroscopique de ces animaux.

RAPPORT

M. Bourdon donne lecture de son rapport sur le service des eaux minérales pendant l'année 1872.

DISCUSSION

M. Jules Guérin. Je viens d'entendre dans ce rapport l'éloge des méthodes de pulvérisation. Je demanderai si cette question a été étudiée suffisamment par l'Académie. Pour ma part, je crois que l'emploi de la pulvérisation peut amener parfois des accidents graves. J'en ai vu résulter, par exemple, des hémoptysies, sans doute par une différence de la pression intrapulmonnaire avec la pression extérieure. Il me semble donc téméraire de donner une approbation sans discussion.

M. Bourdon. On a déjà discuté cette question à l'Académie, il y a une dizaine d'années à propos d'un rapport favorable de M. Poggiale. J'ajouterai que, dans mon rapport, je fais implicitement mes réserves sur le point de savoir si les liquides pulvérisés pénètrent au-delà de la glotte.

M. Demarquay. Je crois qu'il ne peut y avoir de doute à cet égard. J'ai surabondament prouvé la pénétration jusque dans les plus petites bronches et les vésicules pulmonaires, dans mes expériences sur les animaux. En outre chez une femme de mon service, qui avait subi

l'opération de la trachéotomie, j'ai montré que le liquide pulvérisé arrivait tout de suite jusque dans la trachée et dans les bronches. La démonstration était décisive.

M. DURANT FARDEL. Lorsque cette même question a été discutée devant l'Académie, il y a une dizaine d'années, Trousseau admettait pleinement la pénétration, dans les bronches, du liquide pulvérisé. Moi, au contraire, je la mettais en doute, et la plupart des praticiens m'ont donné cliniquement raison, car on n'emploie plus les liquides pulvérisés que dans les affections du pharynx ou de la région susglottique.

M. POGGIALE. Quand je fis mon rapport sur cette question il y a une dizaine d'années, elle pouvait être douteuse. Elle ne l'est plus. Les expériences que nous fîmes conjointement avec M. Demarquay, et dont je rendis compte, avaient montré les sels de fer, ou le cyanure jaune de potassium, arrivant jusqu'aux vésicules pulmonaires dès les premières aspirations.

M. PIDOUX. J'ai vu souvent employer les liquides pulvérisés, aux Eaux-Bonnes, par exemple, où l'on pulvérise l'eau sulfureuse : je ne les ai jamais vu être utiles au-dessous du larynx.

M. COLIN. Il serait facile de savoir à quoi s'en tenir sur cette pénétration des liquides au-dessous de la glotte. Je crois qu'elle doit réellement avoir lieu, mais d'une façon intermittente. La glotte, irritée par le liquide, se ferme d'abord ; puis le besoin de respirer la fait rouvrir, ainsi de suite.

M. GUBLER. La question est double au point de vue physiologique; les expériences de M. Demarquay sont au-dessus de toute contestation ; depuis lors, du reste, les appareils sont devenus beaucoup plus parfaits. Le liquide divisé n'est plus qu'une sorte de brouillard, une vapeur à l'état vésiculaire. Au point de vue thérapeutique, reste à savoir si ce liquide, qui pénètre dans le poumon, y produit un effet utile. Je ne comprends pas bien, par exemple, comment M. Guérin suppose qu'il y a, dans le poumon, différence de pression en pareil cas. L'air, chargé de liquide à l'état vésiculaire, n'en reste pas moins normalement soumis à la pression atmosphérique.

M. DEMARQUAY. La pulvérisation, excellente en principe, est le plus souvent très-mal appliquée. J'ai démontré que, pour permettre la pénétration des liquides, il fallait ouvrir largement la bouche en respirant d'une certaine manière. La plupart du temps on néglige d'habituer les malades à savoir respirer, et alors on ne produit rien. Trousseau, lui, qui savait s'y prendre, loin de trouver que les liquides pénétraient trop peu, se plaignaient qu'ils pénétrassent trop. C'est ainsi qu'il avait produit, chez une dame hongroise, une pneumonie double en lui faisant pulvériser une solution de tanin.

M. PIDOUX. Les expériences de M. Demarquay sont moins concluantes qu'on ne le suppose, car il changeait absolument les conditions de respiration normale quand il voulait faire pénétrer de force, dans la poitrine des animaux, le liquide pulvérisé. Il leur ouvrait largement la bouche avec des appareils spéciaux, etc. Pour moi, je crois que, dans la pratique, les liquides pulvérisés ne pénètrent jamais au-dessous du larynx.

M. COLIN. Il y a deux objections à faire aux expériences qu'on nous raconte : 1° Les sels ne peuvent rester dessous dans une vapeur, et l'on nous dit que les liquides forment une vapeur à l'état vésiculaire.

M. BÉCLARD. Mais à l'état vésiculaire les liquides conservent leurs sels! Il ne faut pas confondre cet état avec la vaporisation proprement dite !

M. COLIN. 2° On peut se demander si les sels qu'on retrouve dans les mucosités trachiales et bronchiques n'ont pas été d'abord absorbés par la bouche ou par l'estomac, avant d'apparaître dans les diverses sécrétions. Il ne faut que peu de minutes pour trouver ainsi dans les bronches un sel qu'on a fait avaler. Le ferrocyanure de potassium passe en moins de quatre ou cinq minutes.

M. GIRALDÈS. Les expériences de M. Gratiolet répondent à ces objections, car quand il tuait ses animaux après les premières inhalations, il constatait que les liquides avait pénétré seulement jusqu'aux premières divisions des bronches. Si les sels qu'ils contenaient fussent arrivés là après absorption, on les aurait également trouvés dans les vésicules ; ces expériences sont antérieures à celles de M. Demarquay.

M. POGGIALE. Dans les expériences de M. Demarquay, l'autopsie se faisait tout de suite, et l'on trouvait les sels inhalés dans les bronches moins d'une minute après l'inhalation.

M. DEMARQUAY. Souvent même j'ouvrais l'animal après une seule ou deux inhalations. Mes expériences sont du reste antérieures à celles de Gratiolet. M. Giraldès se trompe sur ce point.

M. GUÉRIN. Il est clair qu'au point de vue thérapeutique, on est encore loin d'être d'accord. Il serait donc bon de faire ses réserves jusqu'à discussion approfondie.

M. BOURDON. Mais j'ai eu bien soin de faire mes réserves, puisque j'ai limité l'utilité reconnue de la pulvérisation aux seules maladies de l'arrière-bouche.

RAPPORT

M. SAPPEY lit son rapport sur le prix de l'Académie. Un seul mémoire a été reçu, il est relatif aux résections dans les blessures par armes de guerre.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour discuter les conclusions des deux rapports qui viennent d'être lus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 décembre 1873 (1). — Présidence de M. TRÉLAT.

Anomalie de l'œsophage. — Oblitération du bout supérieur. — Ouverture du bout inférieur dans le conduit aérien au niveau de la bifurcation de la trachée ; par le docteur CH. PÉRIER. — Le 18 novembre 1873, à sept heures du soir, naquit, dans le service d'accouchement de l'hôpital Cochin (maternité-annexe), un enfant du sexe masculin pesant 3k500 et en apparence fort bien constitué. On n'avait remarqué chez la mère qu'une exagération notable dans la quantité du liquide amniotique.

Dès la première fois que l'enfant prit le sein, il eut, après quelques efforts de succion, un accès de suffocation accompagné du rejet de ce qu'il avait ingéré de lait. A chaque tentative d'allaitement, les mêmes phénomènes se produisaient. Parfois la suffocation était si accusée et la cyanose si intense que les assistants pensaient que le petit malade allait succomber.

On me le montra le 20, je lui fis administrer un peu de sirop d'ipéca ; quelques minutes après, il vomit des matières glaireuses.

Les accidents persistèrent. La voracité devint extrême, les efforts de succion étaient tellement douloureux pour la nourrice qu'elle fut obligée de faire couler le lait dans la bouche.

Les accès de dyspnée se manifestèrent en dehors des tentatives d'allaitement et sans cause appréciable.

Le 22, je pratiquai le cathétérisme de l'œsophage avec une sonde uréthrale qui pénétra jusqu'à 0m12 du bord gingival supérieur. Tout effort pour la faire pénétrer davantage n'avait d'autre effet que de la courber.

Il y avait donc oblitération de l'œsophage ou, pour le moins, rétrécissement extrême. Les accès de suffocation indiquaient une anomalie plus complexe, et je songeai à une communication entre l'œsophage et la trachée, communication plus ou moins analogue à celle qui avait été montrée par M. Tarnier à la Société de chirurgie dans la séance du 22 octobre. Un instant, je pensai à l'établissement d'une fistule au niveau de l'estomac; mais, à défaut d'autres raisons, l'état du petit malade eût suffi pour me faire rejeter cette opération.

Le 23, je vis la luette œdématiée : sa moitié inférieure, recourbée en avant, reposait à plat sur le dos de la langue. Comme le frein était fort court, je donnai un léger coup de ciseaux, suivi de l'écoulement de deux ou trois gouttes de sang, et la langue pût se porter un peu en avant du maxillaire.

Immédiatement après, je fis donner le sein à l'enfant; malgré son avidité, je ne le laissai pas teter plus d'une minute; bien qu'il criât très-fort, le vomissement ne survint qu'un quart d'heure plus tard, et cette fois sans suffocation. Les accidents reprirent bien vite leur caractère habituel.

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 janvier 1874.

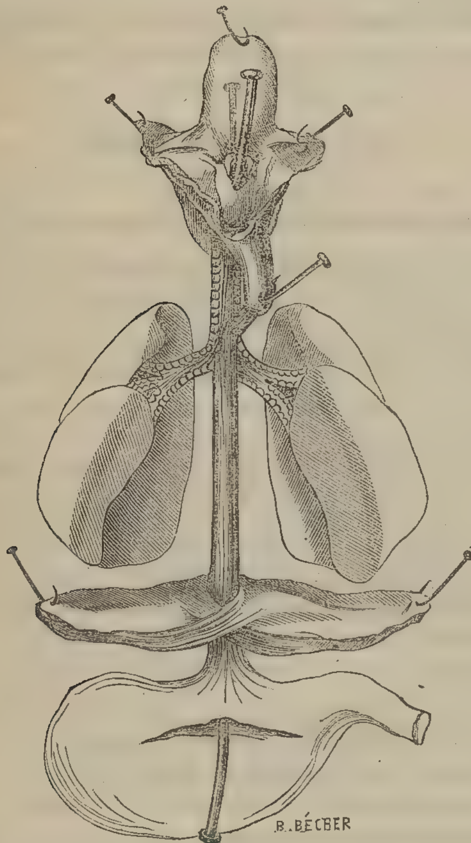
Le 24, l'enfant présentait une teinte subictérique, il était fort amaigri ; la petite plaie buccale était recouverte d'une légère couenne.

Le 25, il y avait des phlyctéries aux lèvres et aux doigts; à six heures du soir, le même jour, l'enfant succombait, après avoir vécu sept jours pleins. Depuis sa naissance, il avait rendu à plusieurs reprises du méconium par l'anus. Il n'avait rien présenté de particulier du côté des voies urinaires.

A l'autopsie, je trouvai l'intestin distendu par des gaz et renfermant très-peu de méconium. L'estomac était revenu sur lui-même, les parois étaient flasques et minces, le pylore et le cardia faisaient relief et donnaient au doigt la sensation d'un noyau résistant.

Les poumons présentaient çà et là quelques points ecchymotiques et paraissaient dans la plus grande partie de leur étendue.

Je ne constatai d'autre anomalie appréciable que celle qui portait sur l'œsophage et la trachée.



L'œsophage se termine en cul-de-sac à 0m04 en dessous de l'orifice supérieur du larynx, et à 0m02 au-dessus de la bifurcation de la trachée.

Le fond du cul-de-sac œsophagien est à 0m105 de la pointe de la langue; mais, en exerçant une pression avec la sonde, comme pour l'enfoncer davantage, cette distance peut être portée à 0m12. C'est cette dernière longueur que nous avions obtenue par le cathétérisme pendant la vie. Cette portion de l'œsophage est remarquable par le développement de la couche musculaire ; la paroi a une épaisseur de 0m002. La cessation de ce conduit est brusque, il se perd dans un tissu cellulaire assez condensé, et paraît rattaché à la paroi postérieure de la trachée par quelques faisceaux aplatis et renfermant très-vraisemblablement des fibres musculaires.

L'orifice du larynx est normal.

La trachée a l'apparence normale sous le rapport de son calibre, de sa dissection et de sa composition par des anneaux cartilagineux interrompus en arrière ; mais de son point de bifurcation, où elle émet les deux grosses bronches, qui sont normales, on voit partir un conduit à parois minces, complétement membraneuses, suivant la ligne médiane au-devant de l'aoste et traversant le diaphragme pour s'ouvrir dans l'estomac au niveau du cardia. En introduisant une sonde par le larynx, on peut à volonté la conduire dans l'une ou l'autre bronche ou bien directement dans l'estomac.

L'insufflation par le larynx distendait à la fois les poumons et l'estomac.

Ce tube membraneux, étendu de la trachée au cardia, représente la partie inférieure de l'œsophage, la couche musculaire en est fort peu développée; aussi les parois sont-elles de beaucoup plus minces que celles du bout supérieur.

Cette disposition anormale permet de se rendre compte des phénomènes observés pendant la vie et de voir qu'une intervention utile était réellement impossible.

DISCUSSION SUR LE RAPPORT DE M. MAGITOT

Nécrose phosphorée. — M. TRÉLAT. A plusieurs reprises, depuis une douzaine d'années, la Société s'est occupée de la nécrose phosphorée.

Un rapport de M. Forget sur un envoi de M. Rizzoli, diverses présentations de M. Verneuil, de M. Guérin, de moi-même, et tout récemment de M. Tillaux, ont été l'occasion de courtes discussions où les opinions étaient énoncées plutôt que défendues.

Le rapport dont M. Magitot nous a donné lecture dans la dernière séance rouvre ces discussions en rappelant les points litigieux du sujet, et déjà nos collègues MM. Dolbeau et Verneuil sont entrés dans le débat. Vous comprendrez que je désire y prendre part. Depuis plus de seize ans que j'ai écrit ma thèse sur la *nécrose phosphorée,* les faits, les opinions et la pratique se sont renouvelés. Les idées que j'avais défendues ont été acceptées par les uns, rejetées par d'autres, exagérées par beaucoup, et, si j'en croyais les apparences, je serais aujourd'hui presque seul de mon avis sur la thérapeutique chirurgicale de la maladie. Mais le proverbe dit qu'il ne faut pas se fier aux apparences.

Ne craignez pas, messieurs, que je fatigue votre attention en reprenant toutes les parties du sujet. Elles vous sont connues; quelques-unes relatives à l'agent toxique et à son action primitive restent incertaines ; sur la plupart des autres, la science est faite et l'accord existe ; la nature et la thérapeutique de l'affection restent seules en discussion.

Faut-il croire que nous aurons fait un réel progrès si nous abandonnons le nom de nécrose phosphorée pour lui substituer celui d'ostéo-périostite progressive qu'a proposé M. Richet dans une leçon qui eut quelque retentissement (*Gazette des Hôpitaux* 1872, p. 233). Cela paraît peu probable. Le titre généralement adopté énonce les deux faits saillants : l'effet nécrose et la cause phosphore ; l'autre titre ne renferme que des caractères transitoires et des indications de marche. D'ailleurs, si l'idée cachée sous ce nom nouveau avait dû conduire les chirurgiens dans une voie thérapeutique meilleure que par le passé, ainsi que le dit M. Richet, il y a longtemps que cette réforme aurait été faite, car j'avais écrit dans ma thèse (p. 50) : « Il « sera facile d'arriver à la conception nette des états pathologiques qui se succèdent dans l'évolution de la nécrose par le phosphore, à savoir: *Inflammation du périoste ayant une grande tendance à s'étaler sur une large surface, sécrétions périostales et ostéites simultanées, mortification de l'os consécutive à ce double état inflammatoire.* »

« *C'est là très-nettement ce que Gerdy appelait fausse nécrose ou nécrose secondaire, nécrose consécutive à l'ostéo-périostite.* »

J'avais donc précédé M. Richet, et si je n'adopte pas sa nomenclature, qui me semble moins expressive que l'autre, et, partant moins juste, nous sommes tous deux adeptes de la même conception pathologique. Mais là où je ne saurais suivre mon savant collègue, c'est lorsqu'il déclare que « la prétendue nécrose phosphorée n'est pas une nécrose », et, ce qu'il y a de piquant, c'est que par là il se trouve en désaccord formel avec quelques-uns d'entre vous qui ne reconnaissent pas de caractères distinctifs à la nécrose phosphorée. En effet, si je ne traite pas, dit-il, la nécrose phosphorée comme on traite et comme je traite moi-même les nécroses en général, attendant la mobilité du séquestre pour l'extraire, c'est que, pour moi, la prétendue nécrose phosphorée n'est pas une nécrose.

Ainsi M. Richet et M. Verneuil sont conduits à une même pratique : seulement, pour l'un, c'est parce que la nécrose phosphorée diffère des nécroses en général ; pour l'autre, c'est parce qu'elle n'en diffère pas ! Mais c'est presque une querelle de mots ; je n'insiste pas.

M. le rapporteur se range parmi ceux qui n'établissent pas de différence entre la nécrose par le phosphore et les autres nécroses. C'est du moins sa conclusion. Il avait cependant reconnu, précédemment, la lenteur extrême de la marche, et cette particularité explique, suivant lui, la *prétendue* tendance à la progression.

M. Magitot veut-il nier la nature envahissante de la nécrose par le phosphore? Veut-il lui assigner une explication particulière? Je l'ignore, et je l'interroge sur ce point; mais rien ne me paraît moins contestable que ce fait trop souvent observé.

Maintenant, allons au fond de la question. Geist avait considéré les ostéophytes comme la lésion spécifique de la nécrose phosphorée. C'était une erreur. La lésion n'est ni spécifique, ni même absolument spéciale. Elle n'est pas spécifique, car ni sa composition chimique, ni sa texture, ni ses éléments histologiques n'offrent de caractère particulier; elle n'est pas spéciale, car on la rencontre, très-exceptionnellement, il est vrai, dans des nécroses étrangères à l'action du phosphore, ainsi que l'ont vu Langenbeck et Lawson.

La spécificité manque également aux autres phénomènes qu'il est inutile d'énumérer devant vous. Nous pouvons donc conclure que la nécrose phosphorée n'a aucun caractère particulier spécifique, aucun attribut exclusif et constant.

Mais de cette absence de signe distinctif absolu résulte-t-il qu'il n'y ait pas de différence : c'est leur réunion, leur enchaînement, leur intensité qui composent un tableau frappant.

Le début constant par le bord alvéolaire, la longue période de périostite plus ou moins diffuse, l'étendue de la nécrose, sa limitation habituellement tardive, l'extrême fréquence des ostéophytes, si rares dans les autres nécroses, voilà, pour parler court et n'indiquer que les traits saillants, la physionomie propre de la nécrose phosphorée.

Prenons par exemple un de ces caractères : l'étendue, la grandeur du séquestre. Pas plus que les autres, il n'est absolument spécial. On cite de loin en loin des cas de nécrose traumatique ou gangréneuse ayant atteint les deux maxillaires supérieurs presque entiers ou la totalité de la mâchoire inférieure. Combien en avons-nous vu les uns et les autres? Depuis quatorze ans que j'appartiens à la Société, je ne garde le souvenir d'aucun cas de ce genre, tandis que depuis ce temps cinq ou six mâchoires inférieures, complétement séquestrées par le phosphore, ont été déposées sur cette tribune.

Les mêmes observations ne sont-elles pas applicables plus directement encore aux ostéophytes?

N'exagérons donc rien et reconnaissons que, si la nécrose phosphorée n'offre dans son processus pathologique et ses résultats ultimes rien qui diffère des autres nécroses secondaires, au moins sa cause, son évolution, sa lenteur et même, dans une large mesure, ses lésions sont autant de traits distinctifs qui méritent d'être étudiés à part.

J'arrive au second point; mais, avant de l'aborder, j'éprouve le besoin d'amender une proposition trop absolue que j'avais émise autrefois. Elle était alors conforme aux faits; elle ne l'est plus et doit être modifiée. Après avoir insisté sur l'extrême utilité des recherches diagnostiques destinées à fixer l'étendue et les limites des parties mortifiées, je posais comme règle : *Tant que le séquestre est immobile, c'est que la nécrose n'est pas limitée.*

Cela reste vrai dans le plus grand nombre des cas, mais il y a des exceptions. Un séquestre limité du maxillaire supérieur peut être maintenu en place et immobilisé par ses adhérences et ses connexions avec les os voisins, et la remarquable pièce que nous a dernièrement montrée M. Tillaux prouve que le maxillaire inférieur peut être solidement invaginé dans un os périostal définitif. Aussi, messieurs, je croirais être plus près de la vérité en substituant à mon ancienne phrase celle-ci ; Tant que le séquestre est immobile, il y a lieu de craindre que la nécrose ne soit pas limitée, et l'on devra multiplier les explorations pour établir si l'on est en présence d'un séquestre immobilisé ou d'une nécrose encore progressive.

(A suivre.)

SOUSCRIPTION

en faveur de la veuve et des quatre enfants d'un confrère.

M. le docteur Miquet d'Amboise vient de nous adresser un certain nombre d'exemplaires de son *Tribut à la chirurgie pratique du vétéran de l'École Bretonneau.* Notre très-honoré confrère désire que ce livre soit vendu au bénéfice de la souscription ouverte dans nos colonnes. Nous avertissons donc nos confrères que chaque exemplaire de ce livre sera cédé, en faveur de la veuve et des quatre enfants de notre confrère David, au prix de *cinq* francs prix dans nos bureaux ou *six* francs envoyé par la poste.

Nous remercions cordialement notre vénéré confrère de la pensée qui lui a dicté cette acte de générosité.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— *École de médecine de Bordeaux.* — M. le professeur Denucé est nommé officier de l'instruction publique.

— *École de médecine de Caen.* — M. le professeur Bourienne est nommé officier d'Académie.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.* — M. le professeur Dourif est nommé officier d'Académie.

— *École de médecine de Dijon.* — MM. les professeurs Boucher et Brulet sont nommés officiers d'Académie.

— *École de médecine de Lyon.* — MM. les professeurs Foltz et Socquet sont nommés officiers d'Académie.

— *École de médecine de Nantes.* — M. le professeur Letenneur est nommé officier d'Académie.

— *École de médecine de Rennes.* — M. le professeur Guignard est nommé officier d'Académie.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. le professeur Bonamy est nommé officier de l'instruction publique.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. le professeur-agrégé Riche est nommé officier de l'instruction publique.

M. Bouis, professeur-adjoint, est nommé officier d'Académie.

— *École de pharmacie de Montpellier.* — M. le directeur Planchon est nommé officier de l'instruction publique.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Mort subite à la suite d'une blessure du doigt, sans cause appréciable. — Question de responsabilité médicale.

Un fait qui vient de se passer dans le service de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu a été signalé par M. le professeur Richet à l'attention de ses élèves, comme un de ces exemples faits pour dérouter la plus active prévoyance et pour montrer en même temps combien il est difficile de fixer où commence la responsabilité du chirurgien.

Il s'agit d'un homme entré dans le service pour une lésion du doigt; l'extrémité d'une phalangette avait été abattue par un coup de hachette qui avait une autre destination. C'était un cas d'amputation à lambeau, si l'on eut tenu essentiellement à substituer une plaie régulière à une plaie contuse avec délabrement et lambeaux irréguliers. Néanmoins M. Richet, ayant jugé à l'aspect de la plaie qu'elle pourrait guérir très-bien sans amputation, jugea plus sage de s'abstenir. Bien lui en a valu, comme on va le voir, au point de vue de la responsabilité qu'on eût pu faire peser sur lui. Il appliqua simplement un bandage par occlusion. Tout paraissait aller bien, la plaie marchait régulièrement vers la cicatrisation, suppurant peu. Le blessé n'avait ni fièvre ni malaise d'aucune sorte; depuis plusieurs jours il se rendait utile en concourant au service de la salle, lorsque samedi dernier, s'étant levé au milieu de la nuit pour aller à la garde-robe, à peine revenu dans son lit, il est mort sans pousser un cri ou un gémissement, si bien que ses voisins de lit ne s'en sont pas doutés. Ce n'est que lorsque la sœur de la salle s'est approchée de son lit qu'elle s'en est aperçue.

L'autopsie, faite avec le plus grand soin, n'a pu faire découvrir la cause de cette mort subite. Rien au cœur ni aux gros vaisseaux, ni dans le cerveau, ni dans la moelle allongée. Mais elle a révélé une lésion qui, dans un temps plus ou moins éloigné, devait le faire périr. En coupant les viscères par tranches, on a trouvé dans le foie huit ou dix abcès métastatiques. Il y avait, en outre, une bronchite très-intense.

Il était difficile de s'expliquer la formation de ces abcès. A peine la plaie du doigt suppurait-elle. Le blessé allait, venait, travaillait dans la salle; il n'avait eu ni frisson, ni fièvre, ni malaise. Il y aurait donc eu là une infection purulente sans symptômes, à marche insidieuse, mais insuffisante pour expliquer la mort subite.

Ce fait a un intérêt au point de vue médico-légal. Supposez que le malade eût demandé à être opéré et que M. Richet eût cédé à ce désir ; il l'eût préalablement chloroformé sans doute. La mort, qui est venue le surprendre si inopinément, n'eût-elle pas pu coïncider avec l'opération et l'administration du chloroforme? et de cette coïncidence n'eût-on pas conclu à un rapport de cause à effet? En d'autres termes, n'eût-on pas mis la mort sur le compte de l'opération ou du chloroforme? Il y a trois mois à peine, un médecin a été condamné, comme coupable d'homicide par imprudence, pour avoir perdu un malade par le chloroforme. Si cette jurisprudence venait à prévaloir, ne voit-on pas les graves conséquences qu'elle pourrait avoir pour les chirurgiens. Ne peut-il pas se faire que, parmi les opérés qui sont morts à la suite du chloroforme, quelques-uns aient succombé par le fait de quelque autre cause inconnue, comme le malade dont nous venons de rapporter l'histoire, ou encore comme cet autre malade dont a parlé M. Richet à cette occasion, et qui est mort au moment où l'on allait lui administrer le chloroforme pour une opération qu'il devait subir?

Évidement de la portion supérieure du tibia.

M. le professeur Richet a pratiqué mardi dernier l'opération de l'évidement de la portion supérieure du tibia sur un homme entré dans le service au mois d'avril dernier, pour une tumeur de la partie supérieure de la jambe, dont le volume n'était pas moindre que celui des deux mains réunies. Il s'agissait d'une tumeur kystique développée dans l'intérieur de l'os et qui en avait distendu et aminci les parois au point de les réduire, dans quelques parties, à l'épaisseur d'une coquille d'œuf. Une ponction faite avec l'appareil aspirateur a donné lieu à l'issue d'un liquide semblable au liquide des hydrocèles. La tumeur s'est affaissée, et elle est restée réduite depuis ce temps-là à un volume modéré, mais dépassant toutefois un peu celui du point correspondant de la jambe saine. Il est resté, en outre, depuis cette époque, des fistules persistantes et qu'aucun moyen n'a pu parvenir à faire cicatriser.

Pensant que c'était à la présence, dans l'excavation osseuse, de débris kystiques, qu'il fallait attribuer la persistance de ces fistules, qui menaçaient le malade d'un état de marasme prochain, M. Richet s'est décidé à pratiquer l'évidement au moyen d'une large boutonnière pratiquée sur la face antérieure de l'os.

L'opération faite, on a pu s'assurer, en effet, que tous les

tissus morbides avaient été enlevés et qu'il ne restait plus qu'une excavation dont les parois étaient constituées par du tissu osseux et qui ne tarderait pas à se combler par le travail de reproduction ou de régénération osseuse qui va s'opérer.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant du résultat de cette opération, ainsi que d'une opération semblable (l'évidement du calcanéum), que M. Richet a pratiquée récemment sur l'un des malades de son service.

Pachyméningite cervicale hypertrophique.

Parmi les malades dont M. Charcot a entretenu son auditoire dans sa dernière conférence à la Salpêtrière, nous avons indiqué seulement une femme atteinte de pachyméningite cervicale hypertrophique, avec atrophie musculaire consécutive partielle des membres supérieurs. Voici quelques renseignements sur cette malade et sur la maladie, encore peu connue, dont elle est atteinte.

Cette malade est une femme âgée de cinquante-cinq ans, sans antécédents morbides personnels ou héréditaires notables, sujette seulement, il y a une vingtaine d'années, à des maux de tête revenant par accès et qui présentèrent, au bout de quelques années, ceci de particulier, qu'à la céphalalgie succédaient des douleurs dans la nuque et dans le cou, avec sentiment très-pénible de constriction. Il y avait deux ans qu'elle était dans cet état, lorsqu'elle vit peu à peu disparaître les accès de céphalalgie et de douleurs cervicales. En même temps ses deux membres thoraciques devinrent faibles; le scir, surtout, elle éprouvait une grande fatigue dans le bras et surtout dans les mains, et il lui arrivait fréquemment d'être prise de douleurs violentes dans les coudes, s'accompagnant de refroidissement des membres. La malade finit par être obligée de renoncer à son état de couturière. Peu à peu les phénomènes s'aggravèrent. Enfin, il y a environ cinq ans, l'atrophie commença à devenir manifeste aux mains et dans certains groupes de muscles des avant-bras. Les mains présentèrent cette déformation spéciale qui les fait ressembler à des griffes, ce qui leur a fait donner ce nom, en même temps qu'elles affectèrent une tendance à se renverser en arrière et en dehors. La malade remarquait, en outre, que ses mains s'enflaient facilement, surtout sous l'impression du froid.

Depuis quinze mois que la malade est entrée à la Salpêtrière, on a constaté l'existence de mouvements fibrillaires aux avant-bras et aux mains. Voici quel était son état au 1er janvier 1873 (à l'époque où M. Joffroy a consigné cette observation dans sa thèse inaugurale, à laquelle nous en empruntons les principaux détails). Il n'y avait plus de céphalalgie ni de douleurs cervicales. Les mouvements du cou étaient parfaitement libres. Les douleurs des coudes étaient également dissipées. L'excitation électrique des muscles de l'éminence thénar et hypothénar, des interosseux et des lombricaux ne produit aucun mouvement. Ces muscles ont disparu en grande partie. La main est habituellement en supination et en extension.

Aux deux avant-bras, le groupe des muscles antéro-internes paraît complétemeut anéanti. Les muscles opposés qui s'insèrent à l'épicondyle présentent leur relief normal et leur excitation détermine une contraction énergique. L'espace interosseux, en avant comme en arrière, est presque complétement vide.

Les muscles du bras, de l'épaule et du tronc répondent normalement à la volonté ou à l'excitation électrique.

Les membres inférieurs ne présentent aucun phénomène morbide semblable, non plus que les muscles des lèvres, de la langue, du voile du palais et du pharynx. L'intelligence est intacte. Les fonctions respiratoire et circulatoire ne présentent rien à signaler. La vue est un peu obscurcie.

Rien n'a été sensiblement changé dans l'état de cette malade depuis un an, et telle elle était à très-peu près lorsque nous l'avons vue, il y a une douzaine de jours à peine.

Comme on le voit, chez cette malade les douleurs ont ouvert la scène, d'abord à la tête et à la nuque, puis dans les membres supérieurs. La paralysie d'abord, puis l'atrophie musculaire, frappent ensuite les deux membres supérieurs, les mains prennent la forme spéciale de griffes et sont dirigées en supination et en extension forcée. Telle a été, en résumé, la marche et tels sont les caractères des phénomènes morbides présentés par cette malade, marche et caractères qui permettaient d'affirmer que la moelle devait être restée intacte.

Si la moelle elle-même n'était pas malade, quelle était donc la cause des phénomènes observés? Le diagnostic était indiqué, dans ce cas, par quelques faits semblables observés déjà dans le service de M. Charcot, et dans deux desquels, terminés par la mort, l'autopsie a fait constater l'existence d'une pachyméningite hypertrophique, remplissant la région cervicale du canal rachidien, ayant déterminé une myélite aiguë ou subaiguë secondaire, une compression et une altération consécutive des nerfs rachidiens correspondants, d'où les lésions périphériques, douleurs et atrophie musculaire constatées chez ces malades.

C'est la parfaite ressemblance symptomatique de ces deux cas avec le fait de la malade dont nous venons de parler, qui a fait diagnostiquer chez elle l'existence d'une pachyméningite cervicale, ainsi que chez une autre malade du service qui est, à quelques nuances près, dans les mêmes conditions pathologiques.

Ces quatre faits, joints à trois ou quatre autres observations semblables, notamment à une observation de M. Gull, publiée en 1868 dans *Guy's Hospital Reports*, une de M. Kœlher, citée dans une monographie de ce médecin, publiée en 1861, et une recueillie par M. Charcot et M. Joffroy et publiée en 1869 dans les Archives de physiologie, ont servi de base à une excellente monographie, sur ce sujet, de M. Joffroy, à laquelle nous renvoyons ceux de nos lecteurs qui désirent se renseigner plus complétement sur cette affection.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. Marc Sée.

Cas de syndactilie (1).

Deux particularités, dit M. Sée, me semblent intéressantes dans ce fait. L'une est relative à la cause productive de la syndactylie, qui, dans ce cas, paraît être une onyxis de l'index dont l'enfant a été atteint dans le sein maternel, et qui a donné lieu à une destruction complète de la matrice de l'ongle. Cette inflammation vraisemblablement s'est étendue à toute la longueur de l'index et, consécutivement au médius, en produisant une hypertrophie considérable et la soudure des deux doigts.

L'autre particularité concerne le procédé opératoire qui a été mis en usage et qui diffère sensiblement de ceux qu'on a proposés ou appliqués précédemment. Les doigts étaient soudés dans toute leur longueur et très-serrés l'un contre l'autre; mais leurs squelettes étaient manifestement indépendants, et l'union ne paraissait déterminée que par la peau, qui passait directement de l'un à l'autre, sur la face dorsale ainsi que sur la face palmaire, sans se déprimer dans leur intervalle et sans présenter aucune trace de cicatrice. Cette der-

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 17 décembre 1873.

nière circonstance suggéra à M. Sée l'idée d'enlever sur l'un des doigts, l'indicateur, assez de peau pour compléter largement le revêtement cutané de l'autre, de pratiquer sur ce dernier la suture des lèvres de la plaie, dans le but d'obtenir une réunion immédiate empêchant la reproduction de l'adhésion.

Dans ce but, il pratiqua sur toute la longueur de la face dorsale de l'indicateur, à la réunion du tiers interne avec les deux tiers externes de cette face, une incision divisant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; puis il disséqua la lèvre interne de cette plaie et la détacha complétement de l'index. La même chose fut répétée sur la face palmaire du *même doigt*. Enfin les bords libres des deux lambeaux de la face dorsale et de la face palmaire furent réunis, le long du bord externe du médius, au moyen de la suture métallique, et chaque doigt fut enveloppé de charpie sèche.

Les suites de l'opération furent extrêmement simples. Dès le surlendemain on pouvait s'assurer que la réunion immédiate s'était faite à la racine du médius, et que, dès lors, la réunion était peu probable. Enfin, après une suppuration d'une certaine durée, la cicatrisation eut lieu sur les deux doigts restés séparés.

CLINIQUE DE LA VILLE. — Dr Boinet.

Grossesse extra-utérine. — Gastrotomie. — Hémorrhagie mortelle (1).

Une jeune femme de vingt-quatre ans, charcutière, rue Saint-Denis, opérée le 21 janvier 1870, avec l'assistance de M. le docteur Perrin.

Cette jeune femme a été mariée à vingt-deux ans; elle avait toujours joui d'une bonne santé, avec des règles régulières. Devenue enceinte six mois après le mariage, les commencements de sa grossesse furent assez difficiles. La dernière époque de ses règles, datait du commencement de février 1869; mais vers le mois de juillet, c'est-à-dire vers le cinquième mois de la grossesse, la santé s'améliora sensiblement et fut bonne pendant les mois de juillet, août, septembre et octobre; elle sentit très-distinctement les mouvements de l'enfant. Le 17 novembre, à la suite d'un bain, les mouvements de l'enfant devinrent très-douloureux, et, dans la nuit suivante, elle ressentit une douleur excessivement vive, au niveau du nombril, ce qui lui faisait dire qu'elle croyait que l'enfant allait sortir par le nombril; les mouvements de l'enfant furent très-sensibles, précipités, désordonnés, puis cessèrent complétement; les seins étaient gonflés, douloureux et laissaient écouler du lait. Huit jours après, les seins deviennent mous, le lait cesse de couler, le ventre continue à se développer, reste douloureux, et la santé va déclinant de plus en plus; il y a affaiblissement général, perte d'appétit, diarrhée, fièvre hectique, amaigrisssement sensible. Plusieurs médecins, appelés à cette époque, hésitent entre une grossesse normale, un kyste multiloculaire ou une grossesse extra-utérine.

M. Tarnier et un autre médecin s'arrêtent à l'idée d'une grossesse normale et conseillent l'expectation. MM. Jacquemier et Perrin soupçonnent un kyste multiloculaire, à cause d'une fluctuation facile à percevoir et de l'absence de tout mouvement fœtal. Je suis appelé à mon tour, par MM. Perrin et Jacquemier, et après un examen très-attentif, application de l'hystéromètre, palpation, toucher qui apprend que le col est effacé, et surtout en tenant compte des antécédents de cette malade, qui n'est ni hystérique ni nerveuse, nous admettons l'existence soit d'un kyste multiloculaire, mais de préférence d'une grossesse extra-utérine.

Comme la malade s'épuise de plus en plus, qu'elle peut à peine manger, qu'elle a des vomissements, de l'insomnie, du frisson, et que tout annonce une décomposition du fœtus, ou une inflammation purulente du kyste, je propose la gastrotomie, qui sera pratiquée comme on doit le faire pour une grossesse extra-utérine, parce que s'il y a erreur de diagnostic et qu'on ne rencontre qu'un kyste multiloculaire, l'opération serait également indiquée.

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 17 décembre 1873.

Je fais sur la ligne médiane, entre le pubis et le nombril, une incision de 0m 10 de longueur, qui intéresse toute la peau et la partie superficielle des muscles; dans cette incision, je place un cylindre de pâte de Canquoin, de la grosseur d'une plume d'oie. Le deuxième jour, j'incise l'escharre formée par le caustique, et dans cette nouvelle incision un nouveau cylindre de pâte de Canquoin est appliqué au fond de la plaie. Les muscles sont détruits jusqu'à l'aponévrose, dans une étendue de 0m 08 à 0m 09, et le 21 janvier 1870, le ventre est ouvert avec le bistouri; des adhérences existent entre le kyste fœtal et les parois abdominales, et je trouve inutile de fixer ces parties entre elles par des ligatures, si ce n'est à la partie inférieure, où j'en place une par mesure de précaution; il s'écoule une grande quantité de matière séro-purulente, d'une odeur infecte, mais pas une goutte de sang ne sort des bords de l'incision; les doigts, introduits par l'ouverture abdominale, reconnaissent l'existence d'un enfant dont l'épaule gauche se présente; les doigts, introduits plus profondément, saisissent un bras qui est attiré au dehors et sur lequel je place un lien, dans le but d'extraire l'enfant, ce qui est tout à fait impossible. Alors l'incision est agrandie en haut et en bas et portée jusqu'à 0m13 ou 0m14, dans l'espoir de pouvoir extraire plus facilement l'enfant qui paraît très-volumineux, et dont l'extraction ne peut être faite encore en tirant sur le bras. Celui-ci est alors réintroduit dans le ventre et avec la main on va à la recherche des pieds, qui sont saisis et attirés au dehors; alors avec des efforts assez pénibles, on arrive à extraire l'enfant, qui est en putréfaction et pèse plus de huit livres; le cordon placentaire existait encore, il était court, et bien qu'il fût oblitéré, une ligature est jetée snr lui, dans le but de prévenir une hémorrhagie du côté du placenta. L'enfant extrait, une grande quantité de liquide puant s'écoula encore hors du ventre.

Cette partie de l'opération achevée, la femme se trouvait bien, et je remplissais cette vaste cavité de nombreuses boulettes de charpie, lorsqu'il se déclara une hémorrhagie que rien ne put conjurer. La malade mourut quelques heures après l'opération. L'autopsie ne put être faite.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 décembre 1873 (1). — Présidence de M. Trélat.

M. Trélat continue en ces termes :

Encore une question dont je vous demande la permission de me débarrasser ici. On a fait valoir l'avantage des opérations précoces au point de vue de la reproduction des os enlevés. Rien n'est moins vrai que cette affirmation. L'observation de la femme Chassart, opérée par Blandin en 1848, les deux faits que je vous ai présentés en 1870 et 1871, un autre dû à notre collègue M. Guérin (31 janvier 1872), enfin celui de M. Tillaux, où le nouvel os ne péchait que par excès de force et de développement; ces faits, qui pourraient aisément être multipliés si je ne voulais me borner aux Bulletins de nos travaux, suffisent à prouver amplement que ce n'est pas le séjour prolongé des séquestres qui trouble ou anéantit la régénération osseuse. C'est presque le contraire qui est vrai pour la mâchoire inférieure, et, s'il faut trouver une cause aux différences qu'on observe dans l'ampleur et la solidité des os régénérés, c'est dans l'intensité de la périostite primitive qu'il faut la chercher. C'est elle qu'on doit combattre hâtivement et habilement par les incisions précoces, les débridements convenables, le drainage, les lavages, les applications artiphlogistique et même les cautérisations si elles sont indiquées.

Je ne résiste pas à vous rappeler ici les propres paroles de M. Guérin dans la dernière de ses deux présentations, celle que je citais il y a quelques instants. Faisant allusion à son premier malade, il disait en parlant du second : « Actuellement, la reproduction osseuse est excellente. Elle est bien meilleure que celle d'un malade que j'ai présenté l'année dernière et chez lequel j'avais dû pratiquer l'ablation du maxillaire inférieur *prématurément* à cause d'une salivation excessive, opération qui avait été suivie de la chute secondaire du nouvel os. »

(1) Fin. — Voir le numéro du 29 janvier.

Ainsi le fait a été bien constaté à plusieurs reprises par des chirurgiens différents; il a même pris, comme dans la remarquable pièce de M. Tillaux, une brutale et excessive évidence : la régénération osseuse n'est aucunement compromise par le séjour prolongé des séquestres; elle semble plutôt favorisée par ce séjour.

Mais si grande est la puissance des idées préconçues, qu'elle peut substituer le blanc au noir et l'erreur à la vérité. M. Billroth et son élève M. Haltenhoff exposent les raisons théoriques pour lesquelles l'ablation prématurée des séquestres favorise la régénération osseuse. Ne nous arrêtons pas, messieurs, à ces théories un peu obscures; allons aux faits. Lisez les observations de la thèse de Haltenhoff, et sans vous préoccuper de la thérapeutique, voyez les résultats et dites si les mâchoires régénérées après ablation précoce valent mieux que celles où l'on a attendu que la nécrose fût limitée pour enlever le séquestre.

Je ne dirai rien des cas où la régénération est considérée comme médiocre ou mauvaise par l'auteur lui-même; mais il fournit six observations relatives à de très-bons résultats, suivant lui. Or trois de ces malades ont le menton dévié d'un côté, du côté où la première résection a été faite. L'un présente une difformité extérieure assez frappante : il a une paralysie opératoire du facial et la région condylienne d'un côté profondément enfoncée. Deux autres ont, à la place de leur mâchoire, une bande osseuse qui paraît assez mince puisqu'on insiste sur l'épaisseur et la solidité de la muqueuse qui la recouvre, et que cette bande osseuse sert plus ou moins bien à la mastication. Pour un dernier il n'y a pas de détails; il est dit que la reproduction est très-satisfaisante et présentera, après sa solidification, toutes les conditions requises pour une bonne prothèse.

Y a-t-il là de quoi chanter victoire et célébrer les mérites des opérations hâtives ? Je vous abandonne la comparaison avec nos cas et le jugement. Dans un moment, vous le porterez comme moi, j'en ai l'espoir, et vous reconnaîtrez que la théorie que je combats n'est qu'une théorie incertaine, tardivement invoquée pour justifier une pratique aventureuse et même dangereuse.

Permettez-moi de reprendre maintenant le sujet sous un autre aspect et de revenir directement à la question de thérapeutique chirurgicale.

Quand j'écrivis ma thèse sur la nécrose phosphorée en 1857, j'étais un opérateur presque vierge, mon expérience était à peu près nulle et ma science bien courte sur le mal chimique. Je composai mon travail avec les faits, et je me bornai à leur servir d'interprète.

Je disais alors que les résections, non pas les ablations de séquestres, mais les vraies résections dans le tissu réputé sain avec la scie ou la cisaille, que les résections, dis-je, avaient donné de mauvais résultats. Je rappelais que l'un des premiers malades observés, une femme ayant été réséquée de sa mâchoire inférieure par Heyfelder père, avait succombé aux progrès de sa maladie; que les malades B... et V... dont je donnais les observations avaient eu le même sort; que sur trois opérés, Diez de Nuremberg, en avait perdu deux; que Neumann n'avait vu guérir les siens qu'après la chute d'autres séquestres volumineux. Je citais un malade liégeois opéré par Jobert et revenant au bout de dix-huit mois pour un nouveau séquestre. Depuis je vous ai fourni un nouvel exemple de ce genre; la pièce probante est donnée dans notre *Bulletin* de 1871 et est placée au musée Dupuytren.

En présence de ces faits, je concluais ainsi : « Nous conseillons donc formellement de ne jamais pratiquer de résection, tant que le séquestre est immobile, de ne jamais porter la scie sur des parties de l'os qui paraissent saines, mais qui le plus souvent sont déjà frappées de nécrose. En opérant on fait trop ou trop peu. En attendant on atteint la véritable limite. »

Sauf pour ce qui concerne l'immobilité du séquestre sur laquelle je me suis expliqué précédemment, ce conseil me paraît encore bon, encore juste, je dirai même plus juste qu'il y a seize ans, car il a reçu la confirmation de faits nouveaux et nombreux dans les deux sens.

Mais dire : Ne faites pas de résection ne veut pas dire : Ne faites rien du tout. Et en effet, citant un cas observé à la clinique de Juncken, et le cas bien connu de Blandin, j'ajoutais que l'extraction des séquestres pourrait nécessiter des opérations utiles sur les parties molles ou sur le nouvel os. Sans doute, mes indications n'étaient guère complètes; les faits manquaient. Tout au moins je ne fermais pas la porte de ce côté, et ces opérations d'ablation de séquestres pouvaient dans l'avenir être variées, améliorées, rendues plus fréquentes sans que mon jugement fondamental se trouvât renversé.

Qu'est-il arrivé depuis ? Il est arrivé que de temps à autre, nos collègues se sont trouvés en face de malades parcourant douloureusement l'interminable route de cette longue maladie, et qu'ils se sont demandé si un peu d'audace ne pourrait abréger les souffrances et calmer les douleurs; mais jamais leur audace n'est allée jusqu'à la témérité. Jugez-en.

M. Verneuil traitait, il y a douze ans, une jeune femme de vingt-cinq ans, atteinte de nécrose du maxillaire supérieur. Le mal semblait progresser : fièvre hectique, insomnie, dégoût des aliments, intoxication lente par les produits putrides. Malgré l'immobilité du séquestre, M. Verneuil se résout à opérer, pensant, dit-il, qu'une résection portant uniquement sur les parties nécrosées ne pourrait entraîner un danger sérieux. Combien j'aurais mieux aimé que le mot résection ne figurât pas dans la rédaction si claire et si correcte de notre collègue ! Combien et quels profonds malentendus eussent ainsi été évités !

Quoi qu'il en soit, M. Verneuil divise les parties molles, il saisit le séquestre et, à sa grande et heureuse surprise, une traction modérée l'ébranle, et le voilà extrait. C'était presque tout le maxillaire supérieur gauche.

L'opération eut un bon résultat; je n'en fus point surpris, et notre *Bulletin* atteste qu'en présence de la malade, je disais : « M. Verneuil a fait simplement l'ablation d'un séquestre; le résultat est excellent et cela doit être. »

Plus récemment, M. Richet a suivi la même conduite, encore pour une nécrose du maxillaire supérieur, et quoiqu'il fasse montre de la cisaille de Liston qui a été un simple adjuvant, il formule nettement son principe : *L'extraction du séquestre doit être faite dès que ce séquestre est reconnu.*

Vous entendez bien : séquestre, portion d'os mortifiée et séparée, séquestrée. Nous apprécierons bientôt l'importance de ces expressions.

Que fait encore M. Guérin pour un malade émacié par la perte quotidienne du deux ou trois litres de salive ? Une ablation hâtive du séquestre comprend toute la mâchoire inférieure; ablation qui eut pour conséquence la destruction du nouvel os et pour résultat une régénération incomplète. (*Bull. de la Soc. de chirurgie* 1870, pag. 64, et 1871, pag. 307.)

Eh ! messieurs, suis-je donc si ennemi de ces manières de faire? Me suis-je montré l'inexorable défenseur de principes immuables ? A chacune de ces opérations, n'ai-je pas dit que c'étaient là des ablations de séquestres dont la précocité avait pu être opportune dans les conditions spécifiées par les observateurs ?

Cependant on s'habituait à dire et à répéter qu'avec M. Lorinser et Lailler, je restais le défenseur d'une chirurgie expectante, tandis qu'une chirurgie plus efficace et plus entreprenante comptait parmi ses adeptes MM. Maisonneuve, Verneuil, Guérin, Richet en France, Langenbeck, Pitha, Billroth en Allemagne.

Laissons de côté les faits anciens, très-antérieurs à nos débats, de MM. Maisonneuve et Langenbeck, et, en face de la pratique de nos collègues que je viens de rappeler, regardons de près la pratique allemande, celle de M. Billroth, imitée plus tard par M. Haas.

C'est là, messieurs, que je trouverais des preuves surabondantes en faveur de l'idée que j'avais autrefois défendue et que je maintiens, à savoir que les résections n'arrêtent pas les progrès de la nécrose phosphorée. Mais qu'importe, la théorie et la pratique de l'auteur allemand ressemblent à la romance de don Juan qui pleure pendant que l'accompagnement sautille. La théorie dit que la résection peut entraver la marche de la nécrose, et la pratique nous montre les malades subissant une, deux, trois résections jusqu'à ce que tout leur maxillaire y ait passé.

Et quand je dis ici : résections, ce sont bien de vraies opérations sanglantes. La peau est divisée par le bistouri, l'os isolé, scié avec la scie à chaîne ou désarticulé, et la plaie est suturée.

C'est ainsi qu'un enfant de treize ans subit d'abord une résection partielle du côté droit du maxillaire supérieur et, deux mois après, la désarticulation sanglante de ce qui reste de ce côté; qu'une femme

de trente ans est traitée par l'ablation sanglante de la moitié droite de son maxillaire inférieur, deux mois après par une nouvelle résection partielle, et six mois plus tard par la désarticulation (toujours sanglante) de la moitié gauche de sa mâchoire; qu'une autre, âgée de dix-neuf ans, se voit enlever tout son maxillaire par une incision faisant le tour de la mâchoire ; qu'une malheureuse phthisique de dix-neuf ans aussi subit la même opération et succombe moins de trois semaines après; qu'une autre jeune femme, après une résection de deux pouces d'os, perd au bout de deux mois un séquestre comprenant toute la partie antérieure de la moitié gauche.

On allègue que la guérison est possible et qu'on l'a même observée par cette terrible chirurgie. Je le crois bien. Voici deux jeunes gens de dix-sept ans, qui ont des nécroses très-petites de la mâchoire inférieure. L'un a une fistule; les gencives sont un peu rouges et gonflées et baignées de pus épais. On lui resèque deux pouces de mâchoire. L'autre à un abcès qui s'ouvre spontanément au milieu de la branche de la machoire et une fistule gingivale. A celui-là on enlève toute la portion horizontale droite du maxillaire. C'est presque de la résection préventive. Ces deux jeunes gens ont guéri; ils le méritaient bien.

C'est dans les mêmes errements que marche M. Haas. Il resèque la moitié du maxillaire inférieur une première fois pour une nécrose limitée autour d'une grosse molaire, dans un autre cas pour une nécrose étendue de la ligne médiane à la seconde petite molaire. Sur un troisième malade il enlève tout le maxillaire supérieur gauche, quand un tiers de l'os est seulement atteint. Quelle prodigalité ! Ignore-t-on donc que la nécrose phosphorée se borne assez souvent à de petits, très-petits séquestres ?

Comme M. le rapporteur a bien fait de dire que la pratique de M. Haas n'est en vérité pas suffisamment justifiée !

Mais vous penserez sans doute que quelque indication pressante, une douleur intolérable, un épuisement marqué ont servi de motif à ces opérations. La lecture des observations vous montrerait qu'il n'en est rien. C'est un point de vue théorique qui guide l'opérateur. Il opère pour abréger la maladie, pour en borner l'étendue, pour favoriser la régénération ; nous avons vu comment.

Dès lors pourquoi attendre ; le plus tôt sera le mieux.

Voici, par exemple, une jeune fille robuste et florissante qui a une tumeur sensible à la pression, les gencives tuméfiées, des abcès qu'on ouvre sous le menton. A travers une fistule on sent l'os dénudé. Les souffrances sont tolérables. Le 30 juin, elle souffre davantage, la tuméfaction a augmenté; suppuration toujours copieuse et de mauvaise qualité. Le 10 juillet, le professeur Billroth lui pratique la résection totale du maxillaire inférieur. C'est vif, mais il est clair que la durée de la maladie est abrégée par ce procédé sommaire.

Est-ce cette chirurgie impatiente, exagérée, indocile aux indications dont vous vous êtes faits les adeptes, messieurs Guérin, Richet, Verneuil, mes collègues? Doit-on dire encore que vous marchez dans la même voie que les chirurgiens d'Allemagne? Me référant à vos propres paroles, je n'en crois rien. Vous aussi vous voulez abréger les lenteurs de l'affection, vous aussi vous voudriez élever une barrière à son extension et prendre les meilleurs dispositions pour la reproduction des os enlevés. Mais en présence d'une durée et d'une propagation qui restent incertaines quoi qu'on ait dit, vous ne vous arrogez pas le droit de commettre des dégâts dont rien ne démontre la nécessité. Plus soucieux observateurs des faits et des réalités que nos systématiques voisins, vous vous bornez à aider la marche naturelle, à la faciliter, à détruire les obstacles qu'elle peut rencontrer.

Il est si vrai que cette voie est la bonne, que je ne voudrais point jurer que M. Billroth n'ait fini par y entrer. M. Haltenhoff nous avertit à la fin de sa thèse (1868) que son maître, tenant compte des cicatrices profondes, des mentons déviés, des paralysies faciales, et peut-être aussi de la médiocre efficacité de ses résections, a abandonné les incisions cutanées et que, depuis quelques années, il extrait les séquestres par la bouche et sans incisions extérieures. C'est un véritable progrès. Ces extractions étaient encore laborieuses parce qu'elles étaient prématurées, nuisibles au nouvel os dont elles détruisaient les éléments. Il n'y a rien d'impossible à ce que M. Billroth ait reconnu ces inconvénients et se borne maintenant à enlever des séquestres plus ou moins complétement limités.

Alors, mais seulement alors, il serait juste de dire que la pratique de MM. Verneuil, Guérin, Richet et Billroth est la même.

Je touche au terme, messieurs, car je vous ai montré l'immense écart qui existe aujourd'hui entre les deux écoles. Je vous ai fait voir qu'un peu par inattention, un peu par routine, on s'était laissé aller à des rapprochements et à des distinctions mal fondés.

Aujourd'hui, après ce nouveau débat, mettant à profit les faits publiés, les doctrines émises et l'expérience de mes collègues, je crois que, dans la nécrose phosphorée, la première indication est de combattre la périostite par les moyens que j'ai indiqués ; je crois que, tant au point de vue de la régénération osseuse (surtout pour le maxillaire inférieur), qu'à celui de la sécurité de la guérison, le mieux est d'attendre la *limitation* des séquestres pour les extraire ; que certaines indications particulières : douleurs intenses, insomnies rebelles, ptyalisme excessif, hecticité, septicémie, peuvent conduire les chirurgiens à devancer ce moment et à enlever des portions d'os nécrosées mais non encore séquestrées; que la valeur de ces indications et leur subordination relative sont un fait d'appréciation personnelle, d'art chirurgical et ne peut être précisée dans une formule ; je crois enfin aujourd'hui comme autrefois, et plus fermement qu'autrefois, que les inconvénients des résections proprement dites sont péremptoirement démontrés, tandis que leurs avantages demeurent problématiques.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. TILLAUX. Dans une de nos précédentes séances, j'eus l'honneur de demander à la société son avis sur le mode de traitement qu'il convenait d'opposer à une tumeur érectile siégeant à la nuque d'un enfant âgé de dix-huit jours. Je vous présente aujourd'hui cet enfant radicalement guéri. Voici cette importante observation :

Tumeur érectile de la nuque du volume d'une grosse mandarine chez un enfant de dix-huit jours. — Guérison absolue par la cautérisation ignée. — G. E... en venant au monde, portait à la nuque, sur la ligne médiane, une tache rouge violacé, en forme de cœur, et de la largeur environ d'une pièce de 1 franc. Cette tache ne présentait aucune induration, aucun gonflement, et ne faisait nullement saillie au-dessus des téguments voisins.

Trois jours après la naissance, la mère s'aperçut que cette tache s'élargissait et surtout commençait à faire une légère saillie, au point que, en trois ou quatre jours, elle vit se former une tumeur volumineuse, que l'on constate aujourd'hui.

18 juillet 1873. — L'enfant a quinze jours, il paraît fort et bien portant ; sa mère qui jouit d'une bonne santé, le nourrit elle-même et en a grand soin.

A l'examen local, on trouve, sur la ligne médiane, une tumeur environ du volume d'une grosse mandarine, et cette comparaison est d'autant plus juste que, comme ce fruit, la tumeur est légèrement aplatie de telle façon que son sommet présente une sorte de plateau. Cette tumeur est rouge violacé, d'une consistance pâteuse, elle est mobile sur les parties profondes, elle augmente de volume et devient de plus en plus violacée à mesure que l'enfant crie ; elle est complétement indolente; elle ne présente ni battements, ni bruits de souffle.

Nous nous proposâmes de circonscrire la base de la tumeur avec un nombre suffisant de piqûres, à l'aide du galvanocautère ; mais, à la première piqûre, il sortit un jet de sang assez notable qui fut cependant facilement arrêté en mettant le doigt sur l'ouverture. Une seconde piqûre amena le même jet de sang. On s'en tint là, car la perte de sang eût été trop considérable pour un si jeune enfant.

29 juillet. — Tous les deux jours nous pratiquons une ou deux piqûres avec une aiguille à tricoter rougie à la lampe; l'aiguille est enfoncée jusqu'au centre de la tumeur. Après chaque piqûre, il sort quelques gouttes de sang, et l'enfant reprend le sein presque immédiatement ; son état général est très-bon.

28 juillet. — Les piqûres ont circonscrit environ la moitié inférieure de la base de la tumeur, et, de ce côté, elle s'est un peu affaissée; mais elle s'est élargie et a grossi à la partie supérieure. L'état général est toujours bon : on continue les piqûres tous les deux jours

5 août. — Les piqûres suppurent, la tumeur se flétrit et paraît un peu diminuée de volume.

25 août. — La tumeur est entièrement circonscrite par seize piqûres, dont plusieurs suppurent, elle a diminué environ de moitié, elle paraît beaucoup moins vivante et se flétrit. On recommence la série des piqûres à la base, tantôt enfonçant l'aiguille dans les trous anciens, tantôt en en faisant d'autres. La tumeur n'augmente plus pendant les cris de l'enfant; les piqûres ne provoquent presque plus d'écoulement de sang; l'état général est toujours bon.

4 septembre. — Il s'est produit au centre de la tumeur une escharre qui, en tombant, laisse à sa place une sorte de cratère assez profond qui communique dans l'intérieur de la tumeur avec les trous des piqûres par lesquels le pus s'écoule.

15 septembre. — On a fait encore de temps à autre quelques piqûres, cinq ou six environ depuis le commencement du mois; mais, on cesse complétement, en sorte que trente piqûres environ ont été pratiquées.

25 septembre. La tumeur s'affaisse, l'ulcération du centre augmente d'étendue, l'état général est toujours bon.

9 octobre. — La tumeur est presque de niveau avec les parties voisines; elle est ulcérée dans la plus grande partie de son étendue, la plaie se recouvre de bourgeons charnus, et si l'on n'avait suivi l'enfant, on ne pourrait jamais deviner que ce sont là les restes d'une tumeur érectile; mais, d'un autre côté, l'état général souffre un peu, l'enfant dort mal, crie souvent, et vomit presque aussitôt le lait qu'il vient de prendre.

25 octobre. — L'indisposition de l'enfant, due à un érysipèle léger, a complétement disparu, la plaie se cicatrise, et l'on ne voit reparaître aucune trace de tissu érectile.

10 décembre. — La plaie est complétement cicatrisée, l'enfant est radicalement guéri. C'est, de plus, un très-bel enfant, fort et vigoureux pour son âge.

La séance est levée.

Le secrétaire, TILLAUX.

Séance du 17 décembre 1873. — Présidence de M. TRÉLAT.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : *La Gazette des Hôpitaux. — L'Union médicale. — La Gazette hebdomadaire. — Le Progrès médical. — Le Mouvement médical. — Le Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — Le Bulletin général de thérapeutique. — La Tribune médicale. — La France médicale. — Le Bordeaux médical. — Le Montpellier médical. — Le Recueil des travaux de la société de médecine d'Indre-et-Loire. — Les Mémoires et comptes rendus de la société des sciences médicales de Lyon. — Les Transactions de la société pathologique de Londres*, 34e vol., 1873. — *Les Transactions médico-chirurgicales publiées par la société royale, médicale et chirurgicale de Londres.* Vol. LVI, 1873. — *L'Ovotomie abdominale, ou opération césarienne*, par le docteur Baudon, médecin-major au 1er d'artillerie.

M. MICHAUX (de Louvain), membre correspondant, adresse les mémoires suivants : *Nouveau Procédé de guérison des tumeurs érectiles. — Nouvelle note sur le diagnostic et le traitement des polypes fibreux naso-pharyngiens. — Quelques mots encore sur les polypes naso-pharyngiens volumineux.*

M. LETENNEUR (de Nantes), membre correspondant, adresse une observation de *kyste multiloculaire de la mâchoire inférieure.*

M. DOLBEAU présente pour le concours du prix Duval la thèse de M. Henri Thorens : *Documents pour servir à l'histoire du pied bot varus congénital.*

M. VANZETTI (de Padoue), membre correspondant, adresse une observation imprimée d'*opération césarienne*, publiée par le docteur Valentinotti et faite par le docteur Grandesso Silvestri. — La plaie de l'utérus fut réunie par quatre points de *suture élastique*. M. Vanzetti annonce l'envoi prochain d'une publication de M. Grandesso Silvestri sur les avantages de cette espèce de suture pour la suture de l'utérus.

M. Vanzetti adresse, en outre à M. Demarquay, la lettre suivante :

« Padoue, 1er décembre 1873.

« Monsieur et très-honoré confrère,

« Je viens de lire, dans le n° 238, 22 novembre dernier, de l'*Union médicale*, la communication que vous avez faite à la société de chirurgie en lui présentant la brochure de M. Esmarch, relative à la compression élastique.

« Je vous prie, à mon tour, de vouloir bien faire hommage, de ma part, à la société, de la brochure ci-jointe, que j'ai publiée dès le 7 juin dernier, c'est-à-dire *avant que la communication faite par M. Esmarch au congrès des chirurgiens d'Allemagne ne fût livrée à la publicité.*

« J'écrivis cette brochure à l'occasion d'un mémoire que le professeur Dittel, de Vienne, avait publié dans l'*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, du 18 février 1873, sur la *ligature élastique.* Un cas tout à fait extraordinaire, qui s'était présenté à l'observation de cet honorable confrère, lui fit connaître toute la puissance qu'un lien en gomme élastique peut avoir sur les tissus vivants pour les couper lentement et sans hémorrhagie, — et il en étendit l'application à un nombre considérable d'autres cas. — N'étant pas informé de ce qu'on avait déjà écrit sur la ligature élastique, il crut, de bonne foi, avoir été *le premier à l'introduire dans la pratique chirurgicale.* — De là ma brochure.

« Voici ce qu'elle contient :

« 1° Un extrait détaillé d'une publication faite en 1862 par le docteur Grandesso Silvestri (de Vicence), ancien aide d'anatomie à l'université de Padoue, sur l'emploi de la gomme élastique pour les ligatures chirurgicales.

« 2° La reproduction d'un article de la *Gazette des Hôpitaux*, du 30 juin 1863, contenant l'extrait d'une lettre publiée dans la *Gazette hebdomadaire*, par laquelle M. Richard indique les résultats qu'il a obtenus au moyen de la ligature élastique.

« 3° Un extrait détaillé d'une seconde publication (1871) de M. Grandesso Silvestri, dans laquelle il expose ses essais ultérieurs avec la ligature élastique, — et fait connaître son *invention d'un constricteur élastique, qu'il décrit admirablement, et qui est destiné à faire les amputations des membres sans la moindre perte de sang*, — constricteur qu'il conseille aussi d'appliquer *aux morsures d'animaux vénimeux.*

« 4° La reproduction du passage d'un rapport contenu dans un volume publié par l'université de Padoue à l'occasion de l'exposition de Vienne, par lequel j'indique, entre autres particularités de ma clinique, que je fais *les amputations sans perte de sang au moyen du constricteur élastique introduit dans la pratique chirurgicale par M. Grandesso Silvestri*, — mais en faisant *précéder l'application de ce constricteur* d'un *bandage expulsif depuis l'extrémité du membre jusqu'au lieu de l'amputation, afin qu'il ne contienne que* LA MOINDRE QUANTITÉ DE SANG VEINEUX POSSIBLE.

» Quelques jours après la publication de ma brochure, je la fis parvenir à M. Billroth, en soulignant les passages qui se rapportent à la méthode de M. Grandesso Silvestri et à son emploi dans ma clinique. C'est à la suite de cette circonstance que M. Billroth, publiant dans la *Gazette médicale de Vienne*, du 19 juillet (*Gazette médicale de Paris*, n° 33, 16 août) son article par lequel il fit connaître le procédé de M. Esmarch et les résultats qu'il en avait déjà obtenu luimême, n'a pu se dispenser de dire *qu'il venait d'apprendre par ma brochure qu'un procédé exactement le même* (1) *que celui de M. Esmarch — mais seulement pour les amputations* — (ce qui est vrai) *avait été publié en 1871 par M. Grandesso Silvestri, de Vicence, et appliqué immédiatement dans la clinique chirurgicale de Padoue*, etc., etc.

« J'espère pouvoir présenter d'ici à peu à la savante société une brochure qui contiendra, par ordre chronologique, la reproduction littérale en français de tous les documents concernant l'*invention* et l'*emploi de la méthode*, — qui doit à M. Esmarch *sa généralisation*, en dehors des amputations, aux autres opérations sur les extrémités.

« Le compresseur en gomme élastique, imaginé dans le but spécial

(1) La traduction de ce passage de l'article de M. Billroth, dans la *Gazette médicale de Paris*, n'est pas tout à fait exacte.

de faire les amputations sans perte de sang, et sans lequel toute la méthode ne saurait exister, est une propriété indisputable de M. Grandesso Silvestri, — et j'espère que ce sera sous ce nom qu'on le trouvera chez M. Galante.

« Veuillez, je vous prie, avoir la bonté de communiquer cette lettre à M. le professeur Verneuil, que je préviens aujourd'hui même de cette communication en lui envoyant un exemplaire de la brochure.

« Agréez, monsieur et très-honoré confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

« VANZETTI. »

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1873.

486. Bézaguet. Considérations sur le prétendu antagonisme entre la phthisie et les fièvres intermittentes.
490. Refrogney. Des perforations intestinales.
491. Jagu. Contribution à l'étude de la nécrose de cause phosphorée.
492. Dalkiewicz. Généralités sur la goutte et son traitement.
493. Debove. Psoriasis buccal.
494. Nikiphorakis. Études sur l'étiologie et la pathogénie de la tumeur et de la fistule lacrymale. Traitement par la cautérisation avec le beurre d'antimoine.
495. Conord. De la fièvre traumatique dans le pansement ouaté.
496. Godebert. Essai sur les rétrécissements syphilitiques du rectum.
497. Gassmann. De l'uréthrotomie externe.
498. Sagot. De l'anévrysme de l'artère sous-clavière, son diagnostic à l'aide du sphygmographe, son traitement par la compression.
499. Vinsonneau. Contributions à l'histoire anatomo-pathologique de l'hydrocéphalie chronique.
500. Boubet. Essai sur la goutte et le traitement de cette affection par la médication thermo-résineuse.
501. Valette. De la bourse séreuse rétro-calcanéenne et de son inflammation.
502. Legras. Des kystes des bourses synoviales tendineuses du creux poplité.
503. Blazy. Affections éruptives de la conjonctivite.
504. Baudoin. Considérations sur une nouvelle forme d'accidents consécutifs aux suppurations chroniques externes.
505. Boudarel. De la suppression des règles chez les phthisiques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique d'auscultation appliquée au diagnostic des maladies des organes respiratoires, par le docteur L. MAILLIOT, professeur particulier de percussion et d'auscultation. — Paris, 1874, 1 vol. in-8° de 545 pages, 12 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Dictionnaire annuel du progrès des sciences et institutions médicales, suite et complément de tous les dictionnaires, par M. le docteur P. GARNIER, — neuvième année, 1874. — 1 vol. in-18 de 524 pages. — Prix, 7 francs. — Paris : Germer Baillière.

Étude clinique et anatomique sur le sarcome de la choroïde et sur la mélanose intra-oculaire, par le docteur Léon BRIÈRE, chef de clinique du docteur Sichel. 1 vol. in-8, avec 4 planches et 5 tableaux. Prix : 5 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Recherches cliniques sur l'intoxication saturnine, locale et directe par absorption cutanée, par le docteur A. Manouvriez. In-8. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Des fistules ossifluentes de la région anale, de la résection du coccyx et de ses indications, par le docteur Paul DENUCÉ. In-8. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Du siphon vésical dans le traitement des fistules par la sonde à demeure, par le docteur H. Gripat. In-8. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Étude sur les kystes du maxillaire inférieur. par le docteur Charles REYNAUD. In-8. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Vulpian, candidat à la place laissée vacante, dans la section de médecine et de chirurgie, par la mort de M. Nélaton, présente un travail intitulé : *Nouvelles Recherches sur la réunion bout à bout des fibres nerveuses sensitives avec les fibres nerveuses motrices.* Dans ses leçons comme dans ses livres, M. Vulpian professait depuis longtemps que la *motricité* et la *sensitivité* sont de simples aptitudes excitatrices, et non pas des propriétés physiologiques. Pour lui, la vraie propriété physiologique est « une modification matérielle passagère qui se produit dans la fibre nerveuse sous l'influence des excitations ». Cette excitation, qu'il compare à la *contractilité*, il l'appelle avec M. Lewes *neurilité*, réservant le nom de *neurérethisme* à l'acte nerveux qui correspond à la contraction musculaire. Cette manière de voir, si peu conforme aux notions que nous possédons sur les lois générales de la vie, M. Vulpian la fait reposer sur une série d'expériences assurément très-curieuses, très-intéressantes et qui tendaient toutes à prouver ce fait *que les fibres sensitives et les fibres motrices peuvent transmettre indistinctement soit le mouvement impressionneur, soit le mouvement incitateur des mouvements.* On connaît cette expérience qui consiste à souder l'extrémité centrale d'un nerf moteur (hypoglosse) avec l'extrémité périphérique d'un nerf sensitif (lingual), et à provoquer des mouvements sous la langue par l'excitation directe de l'hypoglosse. On connaît aussi l'expérience de M. P. Bert sur la queue du rat greffée sur le dos, puis coupée à sa racine, et donnant sur cette nouvelle place des signes de sensibilité. Eh bien, toutes ces belles expériences, sur lesquelles M. Vulpian avait édifié sa *neurilité*, en démolissant bien entendu la *motricité* et l'*impressionnabilité*, sont des faits *mal interprétés*, et c'est M. Vulpian lui-même qui, avec une loyauté parfaite, en fait la confession devant l'Institut. Répétant ses anciennes expériences sur la soudure bout à bout du nerf lingual et du nerf hypoglosse, il a reconnu « que ces expériences ne sauraient plus être invoquées comme prouvant que des excitations électriques ou mécaniques portant sur des fibres sensitives peuvent se transmettre librement à des fibres motrices. » Certes cet aveu est précieux pour nous qui prétendons que l'expérimentation seule est insuffisante pour édifier la science, et que les expérimentateurs ont tort lorsqu'ils se hâtent d'encombrer nos chantiers sous prétexte de faits nouveaux, avant d'avoir soumis ces faits au creuset difficile des notions déjà acquises. Mais les expérimentateurs, tout au moins M. Vulpian, nous paraissent incorrigibles. On devait s'attendre, en effet, qu'après son aveu M. Vulpian aurait modifié ses vues sur l'interprétation qu'il donne au mot *propriété physiologique* et, principalement, qu'il aurait abandonné sa *neurilité*. Point du tout.

« Les résultats de nos expériences actuelles, dit-il, ne peuvent pas d'ailleurs être considérés comme une réfutation péremptoire de l'opinion des physiologistes, qui admettent que les fibres sensitives, motrices, sympathiques, ont la même propriété physiologique intrinsèque, la neurilité. » Sans doute ces résultats ne peuvent être considérés comme une réfutation, mais ils enlèvent à cette manière de voir le seul point d'appui expérimental sur lequel elle repose, ce qui revient au même.

Allons, un peu moins de faits curieux et un peu plus de logique ! Quand s'apercevra-t-on enfin qu'à force de ne regarder que les faits, parce qu'on s'imagine à tort qu'un fait nouveau est chose facile à trouver, on laisse de côté la partie la plus essentielle de la science, qui consiste à scruter, à interroger les faits, à les comparer judicieusement entre eux de manière à réaliser le seul, le véritable progrès sérieux? La génération actuelle, nous le craignons, ne changera pas de système parce que l'on ne peut vouloir ce qu'on ne connaît pas ; mais nous avons ferme confiance dans la génération qui vient.

En attendant, nous recommandons à M. Vulpian la lecture d'un livre où les questions de physiologie générale et en particulier la question des propriétés physiologiques des nerfs sont traitées, comme il convient, d'après la saine interprétation des faits de l'expérience : « Dans son argumentation, dit M. Édouard Fournié, M. Vulpian veut absolument trouver dans les nerfs une propriété physiologique analogue à la contractilité musculaire quant au nom et à la chose ; il semble, d'après lui, que, du moment où il y a pour les fibres musculaires une contractilité, il doit y avoir pour les fibres nerveuses quelque chose se terminant en *ilité*. Dominé par cette pensée M. Vulpian se renferme exclusivement dans sa comparaison ; il ne voit qu'une fibre à l'état de contraction, et il admet ce principe très-hasardé, selon nous, que, « pour qu'une propriété « physiologique mérite ce nom, il faut absolument ce carac- « tère, à savoir qu'elle soit intrinsèque. » En d'autres termes, il faut que la propriété se manifeste en dehors de l'effet produit ; il faut que toujours, analogue à la fibre musculaire qui se contracte isolément, séparée des agents qu'elle fait mouvoir, cette propriété se montre toujours par un mouvement sensible du tissu qui en est le siége.

Partant de là, M. Vulpian cherche dans le système nerveux une propriété analogue à la contractilité et résultant « d'une modification matérielle et passagère qui se produirait dans le tissu nerveux », et bien qu'il ne la trouve pas, il la désigne sous le nom de *neurilité* tout en avouant « qu'il ne sait pas au juste en quoi elle consiste. » Cela ne nous étonne pas.

La propriété inhérente à la fibre musculaire a été désignée sous le nom de *contractilité* parce que le *mouvement-contraction* qui accompagne les effets est sensible à nos yeux. Or ce mouvement est un produit et non une cause. La propriété considérée dans sa cause, c'est la vie, et la propriété considérée dans ses effets, c'est la modalité particulière que le principe de vie imprime à la matière de chaque organe. En général, nous ne connaissons rien de ce qui se passe dans cette union du principe de vie avec la matière; mais nous savons qu'il en résulte une puissance, une propriété dont les effets prouvent l'existence.

« Nous connaissons les résultats de la mise en activité des fibres musculaires : c'est un mouvement que nous appelons *contraction ;* nous connaissons les résultats de la fonction du foie : c'est un produit chimique que nous appelons *bile ;* nous connaissons les résultats de la mise en activité des glandes salivaires, c'est un produit chimique désigné sous le nom de *salive ;* nous connaissons les résultats de la mise en activité des propriétés physiologiques des testicules, c'est un produit physiologique d'une nature spéciale. Si l'on voulait donner à chacun de ces résultats de la mise en activité des propriétés physiologiques des organes un nom analogue à celui qui représente les résultats de la mise en activité des propriétés physiologiques de la fibre musculaire, nous devrions dire : la bilivité (propriété physiologique du foie) ; la salivité (propriété physiologique des glandes salivaires) ; la spermaticité (propriété physiologique de glandes spermatiques). Tous ces noms en *ité* peuvent paraître étranges, mais ils sont aussi légitimes que le nom de contractilité, car tous représentent le résultat de la mise en jeu des propriétés physiologiques des organes. La seule chose qui distingue ces résultats, c'est la nature du produit : pour les muscles, c'est un mouvement mécanique ; pour les organes à sécrétions, c'est un mouvement chimique.

« Lorsque M. Vulpian veut absolument trouver dans le tissu même du système nerveux, quelque chose se terminant en *ité*, il ne le trouvera pas, et cela ne doit pas nous étonner. Les propriétés physiologiques ne nous sont connues, comme nous le disions tout à l'heure, que par les effets sensibles de leur mise en activité. Or, selon que ces effets sont d'une nature chimique ou physique, ils se présentent à nous sous forme de mouvements exécutés par l'organe lui-même (contraction musculaire) ou bien sous forme de produits chimiques (bile, salive, etc.). Le système nerveux ne révèle son activité ni par des mouvements appréciables à la vue, ni par un produit chimique spécial ; cependant cette activité est réelle, elle est démontrable, et personne ne la conteste.

« Puisque nous avons emprunté déjà des termes de comparaisons à la physique et à la chimie, nous dirons que les résultats de cette activité ressortent de la *dynamique moléculaire* et que, analogue en cela à la chaleur et à l'électricité, elle se manifeste par des effets particuliers en dehors de l'organique qui en est le siége. Ce n'est donc pas dans le tissu nerveux lui-même qu'il faut aller chercher les manifestations, les résultats de ses propriétés. Mais en dehors de lui ou en dehors de la partie de ce système dont on étudie les propriétés spéciales.

« Vouloir trouver dans le tissu nerveux quelque chose d'analogue à la contractilité, c'est méconnaître le sens du mot *propriété*, et c'est ce qui explique comment M. Vulpian a été conduit à inventer la *neurilité* « sans savoir au juste en quoi elle consiste ».

Au point de vue de la nature de leurs propriétés, le système nerveux et le système musculaire ne sont point du tout comparables : l'un ressort de la mécanique (contraction musculaire), l'autre ressort de la dynamique moléculaire (mouvement intime des éléments nerveux); de telle façon que le premier peut manifester directement son mode d'activité par un mouvement appréciable, tandis que le second ne peut manifester son activité propre qu'en déterminant des effets sensibles sur des corps en rapports directs avec cette activité même. Mais de ce que ce dernier ne peut manifester son activité que par des effets appréciables en dehors de lui, dira-t-on qu'il n'a qu'une propriété *excitatrice.* Non, l'effet produit peut être ce qu'on voudra, mouvement musculaire ou sensation ; mais ce qui s'est passé dans les nerfs avant la contraction ou la sensation mérite qu'on s'en occupe. Or ce quelque chose n'est pas de l'excitation, mais bien le mouvement d'activité propre aux fibres nerveuses ; c'est, en un mot, leur propriété physiologique, propriété qui est incapable de se montrer directement, sur place, dans les conduits nerveux eux-mêmes, mais qui manifeste ses caractères distinctifs dans les effets qu'elle produit.

Ces effets sont différents selon le point où aboutissent les fibres nerveuses, et il est assez naturel de faire ici pour les propriétés des nerfs ce qu'on fait en définitive pour toutes les propriétés, y compris la contractilité, c'est-à-dire d'attribuer à chacun des effets différents le nom d'une propriété différente : *motricité* pour les fibres qui déterminent la contraction des muscles, *impressionnabilité* pour celles qui provoquent la sensation.

Dans l'appréciation de cette question, on ne doit pas oublier non plus que les nerfs ne forment pas un système isolé comparable, à ce point de vue, au système musculaire : les nerfs font partie d'un tout, et si par leurs propriétés organiques ils se distinguent des autres éléments nerveux, ils ne sont pas moins liés à ces derniers d'une manière nécessaire et indissoluble, quand il s'agit d'étudier leurs propriétés physiologiques. (Docteur E. Fournié. — *Physiologie du système nerveux cérébro-spinal*, page 64 et suivantes.)

Et plus loin, répondant à cette assertion de M. Vulpian, que la *sensitivité* et la *motricité* des nerfs doivent être considérées, non pas comme des propriétés intrinsèques, mais comme des *possibilités excitatrices* identiques dans les deux ordres de nerfs, revêtant le caractère sensible du moteur, selon le point où le mouvement physiologique du nerf va s'épuiser, M. Fournié ajoute :

« D'après cette manière de voir, il suffirait de faire immerger une fibre motrice en ce point du cerveau où viennent aboutir les fibres sensitives, et l'on pourrait ainsi déterminer le sentiment douloureux en irritant la partie où se rend exclusivement le nerf moteur. Cette transplantation, impossible à réaliser expérimentalement, n'est pas nécessaire.

« En considérant, en effet, que le système nerveux moteur et le système nerveux sensitif sont unis par de nombreux anastomoses soit dans les centres, soit à la périphérie ; en considérant encore que le système nerveux moteur n'entre en activité que sous l'influence du système nerveux sensitif à la faveur de ces anastomoses, on est conduit à se demander pourquoi l'on ne peut pas changer le courant nerveux et déterminer une sensation en agissant sur un nerf moteur, de la même façon qu'on détermine l'activité de ce dernier en agissant sur un nerf

sensitif. On répondra peut-être que parmi les cellules cérébrales, les unes président à la sensation et les autres au mouvement. D'accord, mais puisque les anastomoses existent pour laisser passer le courant *sensitivo-moteur*, pourquoi le courant en retour, le courant *moto-sensitif* ne peut-il pas passer ?

« Évidemment c'est que les nerfs moteurs sont incapables de transmettre le mouvement impressionneur, et qu'ils jouissent d'une propriété physiologique distincte de celle des nerfs sensitifs. Telle est notre conclusion. » (Docteur E. Fournié. — *Physiologie du système nerveux cérébro-spinal*, page 73.)

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY

Deux observations de compression de la trachée par des tumeurs du corps thyroïde

par M. BALZER, interne des hôpitaux.

L'étude des tumeurs du corps thyroïde, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique, a été dans ces derniers temps l'objet de travaux importants qui ont bien fait connaître les traits principaux qui les caractérisent. Néanmoins ces tumeurs sont de celles qui, par la variété des phénomènes qu'elles présentent, mettent le praticien en présence des difficultés les plus imprévues, aussi bien lorsqu'il s'agit d'une détermination à prendre que lorsqu'il faut reconnaître la nature et le siége de la maladie. C'est pourquoi nous avons voulu faire connaître les observations de deux malades que nous avons pu observer récemment dans le service de M. Demarquay.

OBS. I. — *Epithélioma de l'œsophage, de la trachée et du corps thyroïde*, par G. Marcano, interne des hôpitaux. (*Bulletin de la Société anatomique*, juin 1873.)

J. B. C..., cinquante-six ans, entre à la maison de santé (service de M. Demarquay) le 31 mai, pour une gêne de la respiration et de la déglutition. D'après lui, ces phénomènes seraient survenus dans ces derniers jours et presque subitement ; sa santé avait été très-bonne d'ailleurs.

Au moment de son arrivée, la dyspnée est très-intense et la respiration est accompagnée de sifflement ; la déglutition n'est pas assez gênée pour l'empêcher de manger ; la voix est presque éteinte, et il ne peut articuler que très-difficilement ; l'examen laryngoscopique ne fait rien découvrir d'anormal. On sent, sur les côtés du cou, une tumeur beaucoup plus saillante à droite, dure, peu mobile, et se continuant avec celle de gauche en passant au-devant de la trachée, au niveau de son premier anneau cartilagineux. L'état général est mauvais ; coloration cachectique, amaigrissement, pas de fièvre.

Les jours suivants, la suffocation devient de plus en plus considérable, et le 5 juin on est obligé de pratiquer la trachéotomie.

5 juin. — L'opération fut très-laborieuse, car après l'incision de la peau, on tomba sur la tumeur située en avant de la trachée et qui était formée aux dépens de l'isthme du corps thyroïde ; sa dissection, quoique difficile, put être faite sans accidents ; les anneaux de la trachée se présentent ensuite, très-durs, et presque ossifiés, ce qui exige une certaine force pour les inciser. Passage facile de la canule. La respiration devient plus facile immédiatement après l'opération.

Les jours suivants, le malade s'affaiblit de plus en plus, et la mort eut lieu le 8.

Nous n'insisterons pas sur les détails de l'autopsie et de l'examen microscopique qui sont exposés dans le *Bulletin de la Société* : il y avait à la fois un épithélioma du corps thyroïde et de la partie supérieure de l'œsophage, destruction de la paroi postérieure de celui-ci et adhérence à la colonne vertébrale ; enfin, destruction de sa paroi antérieure et communication avec la trachée.

Malgré la compression exercée sur la trachée, on n'a observé l'aphonie que dans les derniers jours. Au contraire, les accidents de suffocation sont devenus graves d'une façon subite.

Les mêmes faits ont été observés dans le cours des rétrécissements de la trachée, produits soit par une altération de ses parois, soit par une tumeur qui la comprime.

M. Charnal, ancien interne de M. Demarquay, a publié dans sa thèse des observations dans lesquelles il est remarquable de voir avec quelle soudaineté s'est produite l'aggravation dont nous avons parlé. (Charnal, thèse de Paris 1859. — *Considérations sur les rétrécissements de la trachée, consécutifs aux ulcérations de ce conduit.*)

L'opération, comme il a été dit plus haut, fut laborieuse : néanmoins M. Demarquay, ne croyant pas à la possibilité d'une hémorragie, ne jugea pas à propos d'employer son procédé et de sectionner l'isthme du corps thyroïde à l'aide de l'écraseur.

OBS. II. — *Tumeur purulente du corps thyroïde. — Compression de la trachée. — Trachéotomie. — Mort.*

Le nommé C..., employé, cinquante-huit ans, entre dans la Maison de santé, le 15 août, dans le service de M. Demarquay.

Cet homme, d'une complexion vigoureuse, buvait habituellement beaucoup de vin, mais sans pousser ses libations jusqu'à l'ivresse.

Depuis quatre ou cinq ans environ, il avait la respiration difficile et bruyante, surtout lorsqu'il marchait un peu vite ou se livrait à une besogne fatigante.

Pas d'antécédents syphilitiques.

Le samedi 9 août, il se plaint d'éprouver un peu de fièvre ; en même temps la respiration est plus difficile qu'à l'ordinaire.

Le 10. — La dyspnée continue. Il garde la chambre.

Le 11. — Amélioration légère.

Le 12. — Il revient tout à coup de son travail. Il a été pris d'accès de suffocation qui se renouvellent dans la journée. On envoie chercher un médecin qui prescrit un vomitif, une potion de kermès, et lui fait appliquer un vésicatoire dans le dos.

Le 13. — Même état. Nouvelle potion de kermès. Accès de suffocation pendant la nuit.

Le 14, matin. — Mieux sensible qui se continue pendant la journée. — Soir. Les accès de suffocation recommencent ; vésicatoire à la partie antérieure du cou.

Le 15. — Pendant la journée la malade subit encore cinq ou six accès de suffocation. Il entre à la Maison de santé à six heures du soir.

A ce moment, les accès de suffocation se renouvellent environ toutes les heures. La cyanose est généralisée, mais surtout apparente au visage ; le regard est anxieux, les yeux légèrement saillants. Tous les muscles respiratoires se contractent pour effectuer la respiration qui est sifflante, prolongée, aussi difficile dans l'inspiration que dans l'expiration. Le malade n'a jamais craché de fausses membranes : au moment de la toux qui est, du reste, assez rare, il n'expectore que des crachats spumeux et clairs. La voix, un peu voilée, s'entend très-distinctement. Le son fourni par la percussion de la poitrine est normal. A l'auscultation, le bruit respiratoire s'entend faiblement des deux côtés de la poitrine, on perçoit aussi le retentissement des bruits laryngés. Le pouls est très-fréquent, l'agitation assez vive : le malade ne peut parvenir à trouver une position commode dans son lit. On prescrit une potion d'éther. Nuit très-agitée. Délire. Le malade est très-difficile à maintenir. Accès de suffocation fréquents. Déglutition difficile.

Le 16. — La dyspnée a considérablement augmenté : la cyanose de la face et des extrémités est très-marquée. M. Demarquay pratique immédiatement l'opération, qui se fait sans difficulté. Au moment d'inciser la trachée, il reconnaît qu'elle est déviée, et, après l'avoir incisée, qu'elle est rétrécie d'arrière en avant et repoussée de droite à gauche. L'incision se fait avec facilité ; l'introduction de la canule est plus difficile ; on se sert d'une canule dilatatrice à trois valves

mobiles, dans laquelle pénètre une autre canule qu'on peut retirer à volonté.

L'écoulement de sang cesse aussitôt après l'opération : la respiration devient plus facile, température rectale, 39°.

Deux heures de l'après-midi. — L'agitation reparaît ainsi que la cyanose, qui avait notablement diminué. La face se couvre d'une sueur froide, le ventre est ballonné. La respiration devient plus courte et plus pressée. Le délire ne tarde pas à paraître, accompagné de carphologie, de mouvements convulsifs des lèvres et des mâchoires. La dysphagie a augmenté, les efforts de déglutition provoquent des accès de suffocation. On nettoie la canule interne toutes les trois heures : elle est remplie de mucosités sanguinolentes et très-adhérentes. Mais l'introduction de la canule de rechange se fait avec difficulté et douleur; il est évident que la canule est fortement serrée par les parois de la trachée.

Six heures. — L'état du malade continue à empirer. Les symptômes d'asphyxie s'affirment de plus en plus.

Il meurt à neuf heures du soir.

Autopsie. — L'incision de la trachée, commence immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde; elle porte sur sept cerceaux. Après avoir enlevé les muscles superficiels du cou, on trouve les deux lobes du corps thyroïde hypertrophiés. La trachée présente à droite une concavité remarquable; elle est aplatie de droite à gauche, repoussée en haut par le lobe droit du corps thyroïde, plus bas par une tumeur : sa partie postérieure est en même temps repoussée en avant, et un peu de droite à gauche. Ses anneaux sont amincis et remarquables par leur faible consistance. La tumeur dont nous venons de parler est pyriforme, lisse en avant, d'une couleur rosée analogue à celle du corps thyroïde. Elle s'insère en haut par un pédicule assez long, à toute la partie postérieure du corps thyroïde : elle descend en bas jusqu'à la branche gauche qui est comprimée et aplatie de haut en bas. Elle adhère aux tissus environnants par de larges lames de tissu cellulaire, elle adhère fortement à l'œsophage, qu'elle comprime aussi de droite à gauche. Elle est recouverte eu avant et au-dessous du corps thyroïde par la carotide primitive, l'origine de la sous-clavière et le tronc brachio-céphalique, plus bas par la veine cave supérieure. Ces vaisseaux ne paraissent pas néanmoins comprimés par la tumeur. Celle-ci est fluctuante dans toute son étendue, excepté à sa partie supérieure, qui est résistante. Elle présente le volume d'une petite poire allongée. Son incision laisse écouler une asssz grande quantité de pus sanguinolent. Les parois du kyste présentent leur plus grande épaisseur à sa partie supérieure. La surface interne est inégale, surtout dans sa portion pédiculée : on trouve là des éminences assez considérables qui donnent une grande épaisseur aux parois supérieures. Ces mamelons sont formés par un tissu mou qui s'écrase facilement sous le doigt.

Les deux poumons sont fortement congestionnés. La trachée ne présente qu'une rougeur très-légère à sa surface interne. Dans le larynx on trouve un polype rosé, consistant, irrégulier, environ de la grosseur d'un pois, siégeant sur la corde vocale droite : on en voit un second, beaucoup plus petit sur la corde vocale gauche.

Le cœur est volumineux, chargé de graisse, l'aorte athéromateuse.

La muqueuse de l'estomac présente une injection capillaire étendue, et plusieurs ulcères ronds, très-petits. Le foie est gras, très-volumineux. La rate grosse, molle, diffluente. Reins : décortication difficile, entraînant des lambeaux de tissu cortical. Lésions de néphrite interstitielle.

Cette tumeur purulente appartient évidemment à la variété de tumeurs du corps thyroïde désignée sous le nom de goître en dedans par Fodéré et Ferrus, et que Chassaignac a aussi appelée tumeur thyroïdienne plongeante. Nous avons vu qu'elle avait aplati la trachée dans le sens antéro-latéral, et qu'elle avait déterminé l'usure et le ramollissement de ces cerceaux cartilagineux. Billroth a décrit un goître qui avait usé la trachée et s'étendait jusque dans le larynx.

Cette altération a été observée également dans les cas de rétrécissement organique de la trachée et, d'après M. Charnal, il est probable que le fait de l'altération pathologique voisine fait disparaître ces anneaux en partie, ou bien qu'ils perdent leur résistance et deviennent plus friables.

Déjà M. Ferrus, dans le Dictionnaire en trente volumes, avait signalé la gravité du goître en dedans et fait remarquer que, chez les individus qui en sont porteurs, il peut se développer des symptômes rares et nullement en rapport avec le volume de la tumeur. Ces accidents apparaissent lorsqu'il s'agit de tumeurs développées à la partie inférieure ou postérieure de la thyroïde. Celles-ci, au lieu de se porter vers l'extérieur, descendent vers la partie supérieure de la poitrine et sont quelquefois si peu apparentes que le médecin, trompé par les apparences, se croit en présence d'une toute autre maladie, d'un asthme, d'un catarrhe chronique, etc... (Bonnaud, Thèse de Paris, 1855.) Néanmoins, comme l'a fait remarquer M. Houël (Thèse d'agrégation, 1860 : *Des tumeurs du corps thyroïde*), pour que la respiration soit gênée notablement, il n'est pas nécessaire que le calibre de la trachée soit considérablement diminué, et M. Demarquay, dans un cas dont il a présenté l'observation à la Société de chirurgie, a vu survenir l'asphyxie assez rapidement, bien que la compression exercée fût considérable. (*A suivre.*)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Névrome traumatique du saphène interne. — Cautérisation. — Guérison.

Par le docteur E. Sonrier, médecin principal en retraite.

On rencontre si rarement, même dans une pratique longue et répandue, des cas de névrome, que cette observation, à cause des particularités physiologiques qu'elle a présentées, nous a semblé n'être pas dépourvue d'un certain intérêt.

Les annales de la science sont muettes à ce sujet. Paré, il est vrai, en cite des exemples, mais c'est tout; le silence se fait de nouveau, et l'on ne trouve plus rien de semblable ni d'analogue sur cette question.

La *Gazette des Hôpitaux* (1858, n° 117) en publie un cas remarquable dû à la plume savante du docteur Legrand ; c'est à cette observation si consciencieusement rédigée que nous avons puisé nos inspirations pour la rédaction de cet article.

Mlle P..., quarante-deux ans, tempérament nerveux, excellente santé habituelle, a eu, le 7 août 1871, une violente contusion sur le mollet droit, à l'union des 1/3 supérieur et moyen sur le trajet de la saphène interne.

Immédiatement elle éprouve une vive douleur dans le point contus avec irradiations vers la face externe du membre, tandis que la sensibilité tactile est émoussée dans la sphère nerveuse du saphène interne où l'on constate l'analgésie la plus absolue ; mais, par contre, la sensibilité récurrente du centre trophique du nerf paraît exaltée, il y a là une hyperesthésie répandue autour du genou sans toute fois le dépasser.

Le médecin de la famille, appelé, remplit les premières indications . combattre l'acuité des symptômes : sangsues, vésicatoires opiacés, cataplasmes, bains froids, douches, injections hypodermiques morphinées, électricité, etc. On épuise enfin la série des moyens les plus rationnels pour obtenir un peu de soulagement, mais de courte durée, car bientôt le mal reparaît, opiniâtre, atroce, s'acharne à sa victime pour ne lui laisser que le sentiment des heures douloureuses d'une longue insomnie. Ces désordres ont bientôt un retentissement fâcheux dans l'économie, la santé s'altère, l'appétit diminue, l'émaciation dessine ses formes, le membre s'atrophie de 0m05, et l'on se demande alors s'il ne faudrait pas, ainsi qu'on l'a déjà fait, trancher la question par une opération radicale.

Mais avant de se résoudre à une détermination aussi grave, on conduit, en mai 1872, la malade à Nancy, pour avoir une prompte solution. Après avoir, par voie d'élimination, circonscrit le diagnostic, en le réduisant à une ou deux probabilités, on s'arrête à l'idée d'une tumeur variqueuse de la saphène interne, pour laquelle on propose la ligature qui fut pratiquée quelques jours après. Inutile de dire que le mal fut aggravé par le nouvel élément de douleur : et la pauvre malade, ne sachant plus à quel médecin se vouer, resta près d'un an en cet état, ayant perdu tout espoir de guérison.

Appelé en avril dernier, en consultation, avec ses deux médecins traitants, je la trouve à bout de courage, ses forces sont épuisées, elle veut en finir, et se soumettre à tout ce qu'on voudra, hormis toutefois le bistouri.

Aux symptômes, déjà signalés plus haut, se sont ajoutées d'autres lésions très-curieuses à étudier : la sensibilité tactile est extrême, le simple contact, le plus léger frôlement des vêtements exaspèrent la douleur : sensation de piqûres, de fourmillements, de crampes dans le membre contus : la surface cutanée elle-même devient rouge, brûlante, violacée pendant la station, pour se colorer, au repos, des nuances les plus diverses, vert, jaune, orangé, violet, en un mot, revêtir toutes les tonalités de la gamme chromatique : notons en outre qu'elle se fendille, se recouvre de stries en forme d'arabesques capricieuses, tantôt imprégnées de sueurs profuses, d'autres fois sèches et parcheminées : lésions qui annoncent assez qu'une modification profonde a eu lieu dans sa contexture.

Ce phénomène morbide, qui appelle plus particulièrement notre attention, et qui nous explique comment la ligature du saphène a pu produire la gangrène de la peau dans la zone seule qui n'est plus animée par ses ramifications nerveuses, a été pour nous un trait de lumière qui a éclairé nos doutes sur le diagnostic.

Rien de spécial à signaler dans la circulation artérielle et centripète; la motilité est réduite à quelques mouvements limités par la douleur. La station n'est plus possible qu'appuyée sur des béquilles.

En explorant le trajet de la veine et du nerf qui la cotoie, on sent au lieu même de la contusion, une nodosité résistante, du volume d'une lentille, immobile, adhérente à la peau qu'elle soulève à peine et qui semble déjà, par sa présence, confirmer notre diagnostic.

S'il arrive parfois qu'en médecine les organes silencieux ne traduisent leur souffrance par aucun symptôme bien tranché, si après avoir interrogé l'organisme avec une médication exploratrice, le doute s'affirme dans votre esprit et laisse votre thérapeutiquee indécise : il n'en est plus de même en chirurgie, il y a là une lésion apparente tangible, une épine qui se traduit par de vives douleurs, qui nécessite un traitement immédiat : il faut que, par une autopsie faite sur le vivant, le coup de bistouri fasse jaillir une vérité ou bien ouvre la porte à une erreur.

Les tumeurs qui se développent dans cette région sont assez restreintes pour nous permettre de concentrer notre attention sur une affection nerveuse : en effet, l'acuité des douleurs, la cause traumatique, la situation de cette nodosité sur le trajet du nerf, les troubles de l'innervation limités à une zone anatomique connue, de calorification, de sécrétions, semblent inscrire en signes évidents le diagnostic : nous avons donc affaire à une concrétion calcaire infiltrée au milieu des fibrilles nerveuses qu'elle irrite, qu'elle dissocie : ou bien il ne faut voir là qu'une hyperplasie du tissu connectif du névrilème qui comprime et étouffe la fibre nerveuse. Au surplus c'est là une question de doctrine que l'histologie seule pourrait résoudre, mais quelle que soit l'interprétation qu'on donne à cet exsudat plastique, le traitement est toujours le même, il faut détruire ou enlever cet aiguillon de douleur, par cautérisation ou par l'énucléation.

Dans nos hôpitaux militaires, que nous venons de quitter, quand le médecin propose ou, pour mieux dire, impose une opération reconnue nécessaire, le soldat l'accepte bravement, sans forfanterie, comme un ordre donné, par habitude d'obéissance passive; mais, dans la médecine civile, il n'en est plus de même, et, bien souvent, la volonté du médecin se heurte à la pusillanimité du malade ; on veut bien guérir, mais sans souffrir, et l'on repousse même l'anesthésie, de là des compromis; et, en définitive, on est obligé d'accepter ce qu'un malade timoré veut bien vous permettre de faire. Il fallut donc nous contenter de la cautérisation inhérente destructive sur place. Dans l'espace de trois mois plusieurs séances sérieuses ont eu lieu et ont été chaque fois suivies d'une amélioration progressive. Au mois d'octobre dernier, quelle ne fut pas ma satisfaction de rencontrer Mlle P... marchant avec des béquilles ; les douleurs avaient presque disparu, le sommeil était revenu, et les mouvements plus faciles permettaient une première sortie, enfin le mieux, qui nous faisait enfin entrevoir une guérison prochaine, nous engageait à persister dans le traitement.

Le médecin traitant a persisté dans cette conviction, et aujourd'hui la guérison est définitive, il ne reste plus rien de ce noyau, autrefois si douloureux ; avec l'atrophie qui a disparu, le membre a repris des forces, l'état général est très-satisfaisant, le pied pose franchement sur le sol, la marche a lieu sans béquilles, sans claudication apparente. et notre malade reconnaissante a pu venir à pied à notre village sans gêne ni fatigues : elle pourrait déjà faire de six à huit kilomètres.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 26 juin 1873. — Présidence de M. Peter, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

Une lettre de M. le docteur Polaillon, qui remercie la société de l'avoir admis au nombre de ses membres titulaires.

M. Boissarie (de Sarlat) adresse à la société, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, les travaux suivants :

1° *Sacro-coxalgie* ; 2° *Choléra infantile ;* 3° *Relation d'une opération césarienne;* 4° *De l'embolie : son étude critique.*

Ces travaux sont renvoyés à une commisssion composée de MM. Perrin, Polaillon et Reliquet, rapporteur.

RAPPORT

M. de Saint-Germain, au nom de la commission dont il fait partie avec MM. Leudet et Reliquet, lit son rapport sur le mémoire de M. Camuset.

Les conclusions de ce rapport : 1° Renvoyer le mémoire au comité de publication ; 2° Inscrire M. Camuset sur la liste des candidats au titre de membre titulaire, sont adoptées.

LECTURE

Nouveau procédé de trachéotomie. — M. de Saint-Germain. Messieurs, j'ai l'honneur de présenter un nouveau procédé de laryngotomie.

Frappé de la difficulté qu'apporte à l'opération faite par le procédé ordinaire l'hémorrhagie plus ou moins abondante qui, à un moment donné, force presque toujours la main du chirurgien et l'oblige à terminer à la hâte une opération commencée avec la lenteur indiquée, j'ai cherché à résoudre le problème suivant :

1° De déterminer un lieu d'élection superficiel facile à trouver, même chez les individus les plus gras ;

2° Perforer l'arbre laryngo-trachéal à ce niveau à l'aide d'un instrument qui ne donne lieu à aucune hémorrhagie.

Le lieu d'élection m'a été fourni par Lenoir, qui, dans sa thèse pour le professorat, publiée en 1841, relate les opérations de Vicq d'Azyr, de Desault, de Bichat, pratiquées sur la membrane crico-thyroïdienne, et se montre assez favorable à l'adoption de ce point de repère.

Quant à l'instrument perforateur, je me suis arrêté au cautère olivaire de la grosseur d'une plume de corbeau et porté au rouge cerise.

J'ai expérimenté sur des sujets d'abord, sur des chiens ensuite, et voici comment j'ai procédé :

Le sujet placé sur le dos, la tête fortement étendue et soutenue par un billot placé sur la nuque, j'ai saisi de la main gauche, en me plaçant à la droite du sujet, la larynx et l'ai immobilisé aussi complétement que possible, en tendant fortement les téguments et appliquant cet organe sur la colonne vertébrale.

Saisissant alors le cautère porté au rouge cerise, je l'ai enfoncé

perpendiculairement à la membrane crico-thyroïdienne, puis, introduisant par l'orifice ainsi créé le dilatateur de Laborde, j'ai divulsé la solution de continuité jusqu'à ce qu'il fût permis d'introduire une canule de moyen calibre. Chez les chiens que j'ai opérés ainsi, je n'ai pas eu une goutte de sang.

Il y a donc lieu, je crois, d'expérimenter de nouveau ce procédé, de conserver les animaux opérés et munis de canules durant un mois ou six semaines, et de les sacrifier ensuite pour examiner l'état de leurs cartilages et de leurs cordes vocales.

Si, comme on peut l'espérer, ces désordres ne sont pas considérables ou peuvent être conjurés par une modification légère apportée au manuel opératoire, il y aura lieu, je crois, de tenter l'emploi de ce procédé, soit chez l'enfant, soit chez l'adulte.

DISCUSSION

M. BLONDEAU. Lenoir et Trousseau donnent les raisons pour lesquelles on ne doit pas inciser la membrane thyroïdienne.

M. DE SAINT-GERMAIN. Justement, je n'incise pas. J'entre dans les voies aériennes à travers la membrane thyroïdienne avec un cautère actuel.

M. POLAILLON. On a abandonné comme lieu d'élection de la trachéotomie la membrane crico-thyroïdienne à cause d'une petite artère transversale qui est appliquée à cette membrane et qui donnait lieu à des hémorrhagies.

M. DUROZIEZ. Le premier temps de l'opération, faite avec l'instrument de M. Maisonneuve, consistait justement dans la ponction de la membrane crico-thyroïdienne.

M. CHARRIER. Je crains que le procédé si ingénieux de M. de Saint-Germain ne puisse pas être mis en usage chez les enfants jeunes. Car il est à craindre que chez eux l'espace crico-thyroïdien ne soit pas assez grand pour recevoir la canule.

M. DE SAINT-GERMAIN. J'ai opéré sur des chiens de taille petite, et je n'ai eu aucune difficulté pour introduire une canule moyenne.

M. ANTONIN-MARTIN. Dans une de ses expériences, M. de Saint-Germain a eu une hémorrhagie veineuse parce que son cautère avait glissé sur la face externe du larynx. Cet accident peut-il se produire sur l'homme ? Je me demande aussi si la rétractilité cicatricielle consécutive à la cautérisation n'aura pas de graves inconvénients ? Enfin ne pourrait-on pas se servir ici d'une canule dilatatrice à valves multiples.

M. PERRIN. Je crains que l'opération faite par le procédé de M. de Saint-Germain soit un peu longue et surtout délicate, en raison de la difficulté de tenir immobile le sujet.

M. DE SAINT-GERMAIN. Je répondrai à M. Perrin que le moment pendant lequel le sujet doit être tenu immobile est très-court, puisqu'il ne dure que le temps nécessaire à la ponction avec le cautère ; puis on peut laisser libre le sujet et introduire le dilatateur et la canule le malade étant assis.

Le fait d'expérimentation où le cautère a ouvert une veine en glissant sur le larynx s'est produit à ma première expérience, parce que je n'avais pas bien fixé le larynx ; mais, depuis, cet accident ne s'est pas renouvelé.

Quant à la cicatrice consécutive et à ses conséquences, rien ne fait prévoir ce qui arrivera. L'expérience jugera la question.

M. DUROZIEZ. Je proposerai à M. de Saint-Germain de se servir de collodion pour éviter une brulûre étendue de la peau. — Et je lui demanderai s'il ne serait pas possible d'avoir un instrument spécial pour fixer le larynx.

M. DE SAINT-GERMAIN. Ce serait un instrument de plus, et je cherche surtout à simplifier.

M. PETER. Je remercie M. de Saint-Germain d'avoir donné à notre société la première communication sur son nouveau procédé de trachéotomie, qui me paraît très-ingénieux et appelé à rendre de grands services. Le point important sera, je crois, de trouver la membrane crico-thyroïdienne sur les sujets dont le cou court est gonflé, comme cela arrive souvent dans les cas de croup. Mais si ce procédé réussit, ce sera très-heureux, car nous ne verrons plus des mains inhabiles faire ces grands délabrements avec le bistouri.

M. DE SAINT-GERMAIN. La trachée est difficile à trouver sur les sujets dans les conditions que vient de rappeler M. Peter; il n'en est plus ainsi pour le larynx, qui est toujours facile à sentir. — Pour trouver le bord antérieur du cartilage cricoïde, je procède de bas en haut, je cherche la première saillie au-dessus de la fourchette sternale.

M. DE RANSE. Pourquoi ne par perforer la trachée avec le cautère?

M. DE SAINT-GERMAIN. Le cautère glisse sur les anneaux de la trachée sans les perforer, et il va blesser les organes voisins.

M. PETER. Le procédé de M. de Saint-Germain est des plus heureux, car avec lui on ne peut pas blesser le tronc brachio-céphalique, ce qui est arrivé par le procédé ordinaire, et il permet d'entrer sûrement dans les voies aériennes, et cela rapidement sans perte de sang; aussi je souhaite que les résultats consécutifs viennent confirmer les espérances qu'a fait naître à priori le procédé ingénieux de M. de Saint-Germain.

La séance est levée à six heures un quart.

Le secrétaire annuel : Dr RELIQUET.

Séance du 12 juillet 1873. — Présidence de M. PETER, vice-président.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

1° Une lettre de M. Lunier qui s'excuse de ne pas pouvoir assister à la séance ;

2° Une de M. Chéron, remerciant la société de l'avoir nommé membre titulaire;

3° Une autre de M. Bouyer (d'Amélie-les-Bains) qui remercie la société de l'avoir nommé membre correspondant.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE

1° *La Rage au point de vue physiologique*, par le colonel S. Belleville, de Toulouse;

2° *Le Bulletin de la Société médico-pratique*, Paris, années 1868-70-71-72;

3° *Examen de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés*, lu à la Société médico;

4° *Éloge de Félix Voisin*, lu à la Société médico-psychologique, par M. Motel ;

5° *Société de médecine légale de Paris*, 1870, 1873;

6° *Étude sur les végétations* (produits épigéniques des muqueuses), par le docteur Aimé Martin.

COMMUNICATIONS

Des végétations. — M. AIMÉ MARTIN. J'ai l'honneur de présenter à la société un travail que je viens de publier sur les végétations. J'ai essayé de prouver que cette sorte de lésion n'a rien de commun avec les affections syphilitiques ou vénériennes, et je crois être arrivé à une démonstration probante. J'ai donné une division très-simple qui permet de rattacher toutes les espèces connues de végétations à des types parfaitement déterminés. Au point de vue de l'étiologie, j'ai insisté sur une cause qui n'a encore été signalée que par M. Rollet, et que j'ai observée plusieurs fois déjà, c'est le diabète. J'ai discuté, à propos du traitement, tous les moyens qui ont été proposés, et j'ai terminé par une étude des végétations pendant la grossesse, me rattachant à l'idée émise, dans ces derniers temps, à la Société de chirurgie, c'est qu'à moins que ces végétations ne constituent par leur masse un obstacle matériel à l'accouchement, il faut les respecter, car elles disparaissent d'elles-mêmes dès que l'accouchement a eu lieu.

M. MOTET. — J'ai aux Jeunes-Détenus un jeune garçon atteint de végétations à l'anus contre lesquelles j'ai employé tous les moyens ordinaires sans résultat.

M. AIMÉ MARTIN. Dans des cas semblables, je me suis bien trouvé d'applications successives de pâte de Vienne très-diluée.

M. POLAILLON. Les végétations des diabétiques se produisent sur les ulcérations herpétiques spéciales, que l'urine du diabétique provoque sur le prépuce.

M. RELIQUET. J'ai observé plusieurs faits de phimosis consécutifs à l'herpès des diabétiques. J'ai remarqué que les végétations ne ressemblent pas à celles qui sont dues aux écoulements muqueux, elles sont toujours rouges, très-vasculaires et saignant facilement. Chez un

de mes malades, les ulcérations typiques du diabète n'étaient pas limitées à la partie du prépuce qui se trouve facilement en contact avec l'urine, il y en avait sur le fourreau de la verge ; aussi je me demande si le contact de l'urine diabétique est nécessaire pour déterminer ces herpès.

M. CHARRIER. J'obtiens de très-bons résultats en cautérisant les végétations avec l'acide chromique.

Trachéotomie. — M. DE SAINT-GERMAIN. Depuis notre dernière séance, j'ai sacrifié les chiens sur lesquels j'ai expérimenté mon procédé de trachéotomie douze jours auparavant. Sur deux, il y avait une ulcération sur la partie postérieure du cartilage cricoïde. La muqueuse avait été cautérisée.

Chez les deux autres, nous avons trouvé des ulcérations bi-latérales suppurantes. Enfin j'ai été frappé de trouver la trachée très-grosse, même chez les petits chiens ; elle a les dimensions de celle des enfants de sept à huit ans.

Je compte faire des expériences sur des cadavres d'enfants de tout âge, pour m'assurer des dimensions de la membrane crico-thyroïdienne à toutes les époques de l'enfance.

Je vais modifier le cautère auquel je vais mettre un curseur qui limitera son entrée dans les tissus.

Enfin je vais reprendre les expériences sur les chiens. Cette fois, je laisserai la canule en place pendant quinze jours, puis je sacrifierai les animaux pour examiner l'état des parties.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sont nommés officiers d'Académie : MM. Carteron, médecin du lycée de Troyes ; Cochard, médecin du lycée de Nantes ; Faton, médecin du lycée de Vendôme ; Simyan, médecin de l'école normale de Cluny.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Un crédit de 100,000 francs, applicable aux dépenses de la Faculté, a été ouvert au ministre de l'Instruction publique par décret du 26 décembre dernier.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Chartier, professeur de thérapeutique, est nommé, en outre, secrétaire agent comptable de l'école, en remplacement de M. Laennec, démissionnaire.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Merry-Delabost, professeur, est nommé, en outre, secrétaire agent comptable de l'école, en remplacement de M. Duménil, démissionnaire.

— *Hôpitaux de Paris.* — Le jeudi 24 février 1874, à midi précis, il sera ouvert à l'amphithéâtre de l'administration, un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie. — L'inscription a lieu de onze heures à trois heures, du lundi 2 février au samedi 14 février à trois heures.

— *Société de chirurgie.* — Ordre du jour de la séance du 5 février : M. Guéniot : Traitement des fractures de cuisse chez les enfants. — M. Labbé : Fongus bénin du testicule. — M. Perrier : Observation de ligature de l'artère iliaque externe.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Annuaire de l'Internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, depuis son origine, an IX, jusqu'en 1872 inclusivement. — 1 joli vol. in-18, cartonné à l'anglaise. Prix : 2 fr. — Paris, P. Asselin.

De la péritonite herniaire et de ses rapports avec l'étranglement, par L. Gustave RICHELOT, aide d'anatomie à la faculté de médecine de Paris. Paris 1873. — In-8° de 88 pages. Prix : 2 fr. — Paris, J. B. Baillière et fils.

Des principaux procédés d'extraction de la cataracte et de leur appréciation, par la Société de chirurgie de Paris, parallèle et critique, par le docteur BAUDRY, chef de clinique ophthalmologique du docteur L. de WECKER. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Les Eaux de Chatel-Guyon (Puy-de-Dôme), par le docteur A. HUGUET, médecin-inspecteur. 1 vol. grand in-18. Prix : 1 fr. 50. — Paris, P. Asselin.

Contribution à l'étude de la nécrose de cause phosphorée, par le docteur A. YAGU. In-8, avec 1 planche. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 15. — JEUDI 5 FÉVRIER 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 5 FÉVRIER 1874. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance publique approche. Aussi la lecture des rapports annuels et des rapports sur les divers concours absorbe-t-elle tous les moments de l'Académie.

On a cru un instant qu'on allait revenir à la discussion entamée sur la pénétration des liquides pulvérisés jusque dans les bronches. M. Demarquay avait apporté et faisait passer de main en main les planches lithographiques qu'il a fait graver, il y a douze ans, pour représenter les résultats de ses expériences sur les animaux, mais le temps a manqué pour qu'il prît la parole.

A ce sujet nous devons rappeler que quand M. Demarquay aborda cette question, elle avait été déjà expérimentalement étudiée par notre cher collaborateur M. Édouard Fournié.

Après un grand nombre d'expériences sur des tubes recourbés imitant la courbure de l'arbre respiratoire, sur des animaux, sur un malade atteint de fistule trachéale et enfin sur lui-même, M. Édouard Fournié en était arrivé aux conclusions suivantes.

« 1° Il est possible d'exercer, au moyen de la pulvérisation, une action topique sur le larynx ; mais une action courte, instantanée, par exemple le temps suffisant pour cautériser cet organe.

« 2° Les liquides pulvérisés *ne pénètrent dans les voies respiratoires* ni avec assez de facilité ni en quantité suffisante pour qu'on puisse les employer à la curation des maladies des bronches et du parenchyme pulmonaire. »

Survinrent les expériences de M. Demarquay sur une infirmière de Beaujon portant une fistule trachéale. Mais les résultats qu'obtint, à son tour, M. Édouard Fournié en expérimentant sur cette même femme, furent absolument contradictoires.

« Cette contradiction expérimentale nous a préoccupé longtemps, dit-il (1), et, dans l'impossibilité d'en trouver la cause, nous nous sommes consolé par cette pensée que, arrivant tous les jours à introduire des liquides non-pulvérisés, des sondes, des éponges, dans le larynx des malades, un autre que nous avait bien pu y faire parvenir un liquide réduit en poussière, nous acceptons ainsi le fait comme tour de force opératoire, mais nous le nions comme preuve démonstrative de la possibilité de mettre tous les jours en contact avec les poumons, des liquides médicamenteux pulvérisés. D'ailleurs, il faut savoir s'élever, en cette circonstance, au véritable point de vue de la question, qui est le point de vue thérapeutique. Peu importe, en effet, que l'on démontre expérimentalement la pénétration, dans quelques cas, des liquides pulvérisés dans la trachée, si les malades ou la majorité des médecins eux-mêmes ne peuvent pas obtenir le même résultat.

« Le tube aérien est plus ou moins ouvert, plus ou moins accessible, selon les circonstances, à l'arrivée des corps étrangers : on a vu des pois, des haricots, pénétrer jusqu'aux bronches, par conséquent des liquides pulvérisés peuvent bien y pénétrer, eux aussi, dans des circonstances *rares et exceptionnelles*. Peuvent-ils pénétrer avec *facilité, toujours et en quantité* suffisante ? Telle est, au point de vue vraiment utile, la question qu'il fallait résoudre, et c'est ce que nous croyons avoir fait au moyen de la méthode expérimentale fécondée par quelques considérations physiologiques. »

C'est encore dans les mêmes termes que la question se pose aujourd'hui. On admet généralement l'exactitude des expériences de M. Demarquay et la pénétration occasionnelle du liquide pulvérisé au-delà des cordes vocales chez les malades bien dressés, mais comme un fait expérimental sans application thérapeutiqne. Telle était, du reste, la conclusion du rapport de M. Bourdon.

Dr Victor REVILLOUT.

(1) *De la pénétration des corps pulvérulents, gazeux, solides et liquides dans les voies respiratoires*, par le docteur Édouard Fournié. Paris, 1862. — Adrien Delahaye.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY

Deux observations de compression de la trachée par des tumeurs du corps thyroïde

par M. BALZER, interne des hôpitaux (1).

Les signes les plus importants mentionnés par les auteurs étaient peu sensibles chez le malade de M. Demarquay. Le cornage était très-intense, il est vrai, mais le point précis où il se faisait entendre à son maximum était impossible à déterminer, et il se propageait dans les deux côtés de la poitrine où le murmure vésiculaire était à peine perceptible.

Bien que la compression s'exerçât sur une portion considé-

(1) Fin. — Voir le numéro du 3 février.

rable des voies aériennes, et malgré la présence des deux polypes du larynx, la voix était assez bien conservée et s'entendait très-distinctement. Les auteurs ont presque tous signalé la conservation de la voix dans les rétrécissements de la trachée. La voix devient rauque, mais n'est pas abolie : elle suit, dit M. Charnal, dans son extinction, l'état général du malade. M. Empis a aussi beaucoup insisté sur la conservation des sons laryngés, à laquelle M. Bœkel accorde une moindre importance. Un fait également remarquable chez le malade de M. Demarquay, et que nous avons eu déjà l'occasion de signaler, c'est l'aggravation subite des symptômes : malgré une dyspnée habituelle, il pouvait vaquer assez paisiblement à ses occupations et, dans l'espace de quelques jours, les accidents se développent avec une rapidité presque foudroyante. Le même fait s'est présenté dans un certain nombre de cas, et M. Chassaignac en particulier l'a signalé (*Société de chirurgie*, 1873), et on le retrouve dans les auteurs que nous avons cités. L'explication de cette marche de la maladie doit varier suivant les cas : peut-être dans celui qui nous occupe doit-elle être rattachée à l'augmentation du liquide et au développement subit de la poche.

La dysphagie, qui est aussi un bon signe du goître en dedans, était très-prononcée chez notre malade, surtout dans les deux derniers jours.

Mais tous ces signes, d'une grande valeur pour le diagnostic d'un rétrécissement des voies aériennes situées au-dessous du larynx, étaient évidemment insuffisants pour faire préjuger de sa nature et de son siége précis. De plus, l'examen de la région reste sans résultat ; le cou, légèrement augmenté de volume par suite de la stase veineuse, ne présente pas de déformation apparente, et le palper ne découvre aucune trace de tumeur. L'examen laryngoscopique n'a pas été pratiqué : il eût été, du reste, impossible, dans l'état de suffocation et d'agitation où se trouvait le malade.

Dans ces conditions, M. Demarquay songea d'abord à parer au danger le plus imminent, l'asphyxie, et la trachéotomie fut décidée. Cette opération, destinée à remédier aux accidents de compression de la trachée, est rejetée par plusieurs auteurs. M. Houël dit qu'elle offre peu de chances de succès ; Lenoir est aussi de cet avis, particulièrement, dit-il lorsque les parois du tube aérien sont comprimés jusqu'à la bifurcation des bronches, et que l'obstacle ne peut être levé, mais il dit aussi qu'on peut y avoir recours dans le but de s'opposer aux symptômes d'asphyxie et de prolonger quelque temps la vie. M. Demarquay insiste beaucoup sur la nécessité d'employer dans ces cas des canules doubles : en effet, nous avons vu que, même dans ces conditions, l'introduction de la canule de rechange ne se faisait pas sans difficultés ni sans douleurs. Il est important aussi d'employer des canules assez longues, afin que la compression ne puisse pas s'exercer contre l'extrémité inférieure de la canule et la bifurcation des bronches.

Pendant l'opération, M. Demarquay reconnaît la présence d'une tumeur qui repoussait la trachée de droite à gauche. Était-ce un kyste ou une tumeur solide ? La première hypothèse fut promptement écartée, car les signes fournis par l'exploration tendaient évidemment à faire croire à l'existence d'une tumeur solide. Et, en effet, comme l'autopsie l'a démontré depuis, le doigt, en s'appuyant sur elle dans toute l'étendue découverte par l'incision, ne rencontrait que des parois dures, très-épaisses et appliquées immédiatement l'une contre l'autre. Il était donc naturel de penser qu'on avait affaire à une tumeur solide. Pouvait-on dès lors songer à l'extirpation ? Cette opération que M. le professeur Michel, de Nancy, vient de préconiser dans un mémoire important : (De l'extirpation complète de la glande thyroïde dans les cas de goître suffocant, cystiques ou parenchymateux (opération suivie de succès) *Gazette hebdomadaire*, 31 octobre et 7 novembre 1873), ne paraissait pas pouvoir être décidée dans un cas où l'on ne pouvait s'assurer de l'étendue et des connexions de la tumeur.

Mais supposons que la disposition que nous avons signalée et qui explique l'erreur n'eût pas existé, et que la présence d'une tumeur purulente eût pu être reconnue : il devenait dès lors possible d'employer les moyens préconisés par les auteurs, l'incision suivie de lavages, ou la ponction.

Pour M. Bonnaud, la difficulté d'arriver au diagnostic précis d'un kyste pour une tumeur profonde doit faire écarter la ponction. M. Houël n'est pas favorable à cette opération, qui a été suivie d'un phlegmon du cou dans un cas de kyste du corps thyroïde ponctionné par la méthode de Dieulafoy, et dont l'observation a été présentée récemment à la Société anatomique par M. Rémy. (*Bulletin de la Société anatomique*, avril, 1873.)

Malgré ce fait malheureux, il n'est pas probable que cette opération soit suivie d'accidents sérieux dans la majorité des cas.

D'ailleurs, se souvenant que l'ouverture des kystes de la thyroïde dans la trachée a été observée plusieurs fois, et dans quelques cas suivie de guérison, on pourrait, dans un cas analogue à celui qui nous occupe, une fois la trachéotomie terminée, diriger la pointe du trocart dans l'intérieur de la trachée, perforer celle-ci et atteindre la tumeur dans le point où elle proémine le plus.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

De l'anasarque essentielle chez les enfants.

Par M. le docteur RINALDI (de Constantine).

L'anasarque essentielle chez les enfants est généralement considérée comme une affection bénigne, exempte de complications inflammatoires graves et se terminant toujours par la guérison. — L'observation suivante prouve cependant que l'on doit montrer une grande réserve dans le pronostic de ces affections, qui peuvent présenter des complications mortelles, lesquelles viennent à l'appui de l'opinion émise par M. Bouchut, (*Gazette des Hôpitaux*, 11 décembre 1873), à savoir que les anasarques *a frigore* se rattachent aux anasarques par cause mécanique et par gêne de la circulation.

Le fils R..., âgé de neuf ans, est un garçon superbe, doué d'une constitution vigoureuse, à cheveux bruns et abondants. Il n'a jamais eu d'affection sérieuse. Sa dernière maladie, qui remonte à deux ans, consistait en un mal de gorge. Enfin ses parents paraissent être exempts de toute diathèse suspecte.

Le 18 décembre 1873, ce jeune imprudent, après avoir joué avec ses camarades, reste exposé, pendant une demi-heure, à l'action d'une pluie froide qui, sur le moment, ne parût point porter atteinte à sa santé. Mais trois jours après, le pied gauche se gonfle sans présenter cependant de points douloureux ; quelques heures après, la face offre un gonflement semblable, et le lendemain l'infiltration est générale. Cet état n'éveille point chez les parents de craintes sérieuses ; l'enfant en effet ne se plaint d'aucun malaise ; il dort bien, a bon appétit ; on lui défend seulement de sortir.

Cependant, dans la nuit du 27, on s'aperçoit d'une gêne marquée dans la respiration, et l'on m'appelle auprès du malade.

20. — Anasarque très-marquée. Chaleur de la peau normale. Pouls à 92. Langue excellente. L'enfant n'accuse aucune douleur. Rien

dans l'abdomen. Légère sub-matité à la base des poumons, quelques râles d'œdème. Le cœur est sain. Les urines sont normales et disons une fois pour toutes qu'elles n'ont jamais présenté d'albumine. — Cet état n'offrant aucune apparence de gravité, j'ordonne simplement de la tisane de chiendent nitré, le repos au lit et un régime léger.

29. — L'état de la poitrine est le même. Mais le malade paraît un peu abattu et accuse une légère douleur à la fosse iliaque droite n'augmentant pas par la pression. Aucun gargouillement.

30. — Trois selles en diarrhée dans la nuit. Rien à noter en dehors de cela. La douleur n'a pas augmenté. — Sous-nitrate de bismuth.

31 décembre, 1 et 2 janvier 1874. — L'infiltration générale ne change pas. Le scrotum cependant a pris assez brusquement le dernier jour un volume considérable. Jusque-là gros comme une pomme ordinaire, il a le volume d'une orange. Toutefois la diarrhée disparu, et la douleur de la fosse iliaque est apaisée. — Les nuits sont toujours bonnes, l'appétit est conservé !

3. — Une douleur vive et brusque se déclare le matin dans la région inguinale droite qui est très-sensible à la pression. L'aine du reste paraît tuméfiée. La face-antérieure du scrotum et la peau de la verge présentent une coloration rosée uniforme. Cependant la fièvre est peu sensible; l'oppression n'augmente pas; les urines sont abondantes; l'appétit est toujours conservé ! Pommade belladonnée en onction sur l'aine.

4. — Le malade a passé une mauvaise nuit; il se plaint beaucoup; l'oppression est plus accentuée; langue poisseuse; peau chaude et sèche; il y a de la toux; les deux aines sont douloureuses, la droite surtout; le malade accuse de nouvelles douleurs dans les membres supérieurs et inférieurs qu'il ne peut mouvoir. Aussi m'est-il impossible de le faire asseoir pour l'ausculter en arrière.

En avant la respiration est rude; pas de douleurs thoraciques ; aucune douleur dans les régions rénales. — Potion calmante aux kermès.

5. — Frisson dans la soirée du 4. — La nuit a été insomnieuse, agitée. Cependant l'enfant me paraît plus calme; les douleurs sont aiguës. Langue rouge et sèche au milieu, blanche et humide sur les côtés. — Sulfate de quinine. — Je revois le malade dans la soirée. Il a dormi dans la journée; douleurs vives dans l'aine droite qui présente plus de gonflement. — Onction mercurielle belladonnée.

6. — Il paraît y avoir de l'amélioration. La nuit en effet s'est bien passée. L'enfant peut remuer le membre supérieur droit; l'aine droite est moins sensible; la fièvre est modérée. — Même traitement. — Laitage.

7. — Plaintes continuelles dans la nuit. Douleurs vives aux mains, aux aines, aux cuisses; le scrotum tendu devient livide à sa face antérieure ainsi que la peau de la verge : on y voit quelques points gangrénés. Langue sèche; pouls à 140. — Poudre de charbon et de quinquina sur les parties sexuelles.

8. — Le malade agonise et meurt à onze heures du matin. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Personne ne verra dans ce fait autre chose qu'un cas bien manifeste d'anasarque essentielle, reconnaissant pour cause l'action du froid humide.

M. Bouchut, pour expliquer le mécanisme de cette affection, s'exprime ainsi : « Sous l'influence du froid, il se produit un spasme cutané qui serre et comprime le réseau capillaire périphérique, qui enlève à la circulation générale un de ses plus larges débouchés, ce qui engendre l'augmentation de pression dans les veinules voisines et consécutivement l'anasarque..... sans lésion organique..... un simple trouble fonctionnel de la peau, le strictum passager du derme et de son réseau capillaire peuvent produire soit l'œdème, soit l'anasarque..... »

Tout en attachant une grande importance à cette théorie, je dois avouer que je la trouve insuffisante. Si, en effet, une anasarque essentielle pouvait se produire à la suite d'un simple strictum passager de la peau, lequel donnerait lieu seulement à de la gêne circulatoire, cette affection serait beaucoup plus fréquente. Que d'individus en effet subissent ce strictum sans être atteints par la maladie. C'est que ce phénomène, ordinairement passager, est suivi d'une réaction qui rétablit la circulation capillaire périphérique.

Ce strictum, qui est le phénomène initial, agissant sur le réseau capillaire, peut donc être suivi de près de réaction, et aucun trouble ne se produit. Mais, à la suite de ce strictum, variable avec l'intensité du froid et les dispositions personnelles, il peut se produire plus que de la gêne circulatoire; il peut se former de véritables obstacles, une stase proprement dite plus ou moins généralisée qui déterminera une infiltration séreuse en rapport avec l'intensité de la stase. Toutefois la réaction s'établissant, c'est-à-dire la stase se dissipant peu à peu, l'infiltration disparaîtra avec elle; c'est ce qui s'observe dans les cas ordinaires d'anasarque essentielle. — Mais l'on comprend que la stase peut être plus ou moins persistante; qu'elle peut donner lieu à certaines irritations, à des inflammations plus ou moins étendues, à de véritables phlébites capillaires et à toutes ses conséquences.

Mon malade en a fourni un exemple. Après être resté huit jours dans le même état, une douleur apparaît dans la fosse iliaque droite. D'abord sourde, elle prend le 3 janvier un caractère spécial; il y a de la fièvre; de nouvelles douleurs se montrent dans des régions diverses; la fièvre persiste, s'accompagne de frissons; des points gangréneux se déclarent, et la mort arrive. Il y a eu sans doute en dernier lieu, chez cet enfant, des phlébites multiples produites sur place par des thromboses spontanées résultant d'une stase trop prolongée ou ayant pour point de départ une phlébite de la région inguinale droite.

En résumé, dans l'ordre d'idées que nous étudions, le strictum dû à l'action du froid produisait trois ordres de phénomènes distincts :

1° Une simple compression temporaire du réseau capillaire sous-cutané, suivie bientôt d'une réaction salutaire et ne laissant aucune trace.

2° Une stase temporaire suivie d'une infiltration séreuse se résorbant peu à peu.

3° Une stase permanente, plus ou moins généralisée, suivie d'une infiltration stationnaire et pouvant donner naissance à des thromboses, des phlébites et à des accidents métastatiques graves.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 février 1874. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le conseiller d'Etat, directeur de l'administration départementale et communale au ministère de l'intérieur, informe l'Académie que M. le ministre de l'intérieur met à sa disposition une somme de 2,000 francs destinée à récompenser les auteurs des meilleurs mémoires sur la mortalité des enfants du premier âge et servir à la publication du rapport de la *commission permanente de l'hygiène de l'enfance.*

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non-officielle comprend :

1° Une lettre de M. Leroy de Méricourt qui se porte comme candidat à la place vacante dans la section des associés libres;

2° Le résumé des conclusions des travaux entrepris par M. le docteur Bouloumié sur certains faits relatifs à la question des urines ammoniacales ;

3° Une lettre de M. le docteur Rengade, qui rappelle à l'attention de l'Académie l'instrument qu'il a présenté à la séance du 12 août 1873 et qui permet d'obtenir *par des pulvérisations doubles réagissant l'une sur l'autre,* le dégagement instantané du médicament actif;

4° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Tamin d'Espalles (accepté);

5° Un mémoire intitulé : *Des fièvres paludéennes de Bône* (Algérie), *et de leur traitement par la médication arsenicale,* par M. le docteur Sistach (commissaires, MM. Bouillaud et Moutard-Martin);

6° Un mémoire pour le concours du prix Rufz de Lavizon.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente au nom de M. Depaul le premier numéro du recueil périodique qu'il publie sous le titre d'*Archives de gynécologie.*

M. HENRY ROGER offre en hommage de la part de l'auteur, M. Charles West (de Londres), deux ouvrages intitulés, l'un : *Traité des maladies des femmes,* l'autre : *Traité des maladies de l'enfance.*

M. LARREY présente, au nom de l'auteur, M. Bérenger Ferraud, médecin en chef de la marine, un volume intitulé : *De la fièvre biliaire mélanurique des pays chauds comparée à la fièvre jaune.* (Ces ouvrages sont destinés au concours du prix Barbier.)

M. AMÉDÉE LATOUR présente, au nom de M. le docteur Édouard Burdel, de Vierzon, une brochure intitulée : *Des étangs, de leur maintien et de leur suppression au point de vue de l'hygiène, de l'agriculture et de la population.*

M. WOILLEZ présente à l'Académie une sangsue artificielle pour le col de l'utérus, construite par M. Collin.

Cet instrument remplace avantageusement les sangsues naturelles, car il supprime les difficultés et les ennuis d'application de ces dernières tout en donnant les mêmes résultats.

L'instrument se compose d'une ventouse qui contient une lame de lancette cachée dans son piston, on peut scarifier et faire l'aspiration sans déplacer l'instrument.

La vis qui forme la tige du piston est creusée dans toute sa longueur et donne passage à une seconde tige munie également d'un piston pour empêcher la pénétration de l'air, elle est terminée par la lancette A qui rentre complétement dans le piston et n'en sort que par la volonté du chirurgien.

Quand l'orifice de l'instrument est appliqué sur le col utérin, on aspire légèrement pour tuméfier, puis on ponctionne en poussant le bouton G, après quoi ce bouton est retiré, et la lancette reste fixée dans sa gaîne par un mouvement de torsion au moyen du point d'arrêt F ; ensuite on aspire au moyen de la vis jusqu'à ce que la ventouse soit remplie de sang.

Un curseur C permet de graduer la pénétration de la lame.

L'instrument est disposé pour recevoir un tube tranchant B, à la place de la lame A. On pourrait faire ainsi des scarifications circulaires.

M. RICHET dépose sur le bureau deux numéros du *Recueil d'ophthalmologie,* de M. Galezowski.

M. HÉRARD présente au nom de l'auteur, M. Léon Brière, une thèse inaugurale intitulée *Études cliniques et anatomiques sur le sarcome de la choroïde.*

M. DEPAUL dépose sur le bureau, de la part de l'auteur, M. Berthier, un ouvrage intitulé *Des névroses menstruelles.*

M. LE PRÉSIDENT désigne une commission composée de MM. Gosselin, Pasteur, Wurtz, Colin, Berthelot, Chauffard et Gubler pour examiner les travaux adressés à l'Académie sur la question des urines ammoniacales.

M. LE PRÉSIDENT annonce ensuite que madame Huguier, veuve de l'éminent chirurgien, a adressé, pour être soumis à l'appréciation de l'Académie, un projet d'acte de fondation d'un prix qui porterait le nom de prix Huguier, le prix de 3,000 francs à décerner tous les trois ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections (non compris les accouchements.)

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés. Seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Le prix ne sera pas partagé.

Si, dans une période de trois années, aucun ouvrage relatif aux maladies des femmes n'était jugé digne du prix, ce prix serait donné, l'année suivante, à l'auteur du meilleur ouvrage de chirurgie pratique publié pendant la même période : Dans ce cas, le prix de 3,000 francs pourra être partagé en deux prix.

La première période comprendrait les années 1874, 1875, 1876, et le prix de cette première période serait décerné en séance publique de l'Académie à la fin de l'année 1876 ou au commencement de 1877.

La valeur de ce prix sera donné en entier tous les trois ans et toujours dans les mêmes conditions.

RAPPORTS

M. VOILLEMIER lit le rapport du concours du prix Barbier; un seul mémoire a été adressé, et la commission ne le juge pas digne de récompense.

M. DEVILLIERS, au nom de la commission de l'*hygiène de l'enfance,* lit le rapport sur l'exercice 1873.

M. LEFORT, au nom de la *commission des remèdes secrets et nouveaux,* lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées.

A cinq heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour les conclusions des rapports de prix.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 décembre 1873 (1). — Présidence de M. TRÉLAT.

M. LÉON LEFORT. La réclamation qui précède est double, puisqu'elle porte à la fois sur l'hémostasie préventive dans les amputations que M. Vanzetti attribue à M. Grandesso Silvestri, et sur l'application de la ligature élastique préconisée récemment par M. Dittel, de Vienne.

La Société n'a pas à être juge de la question de priorité; mais comme il s'agit de collègues et surtout de procédés pouvant avoir une certaine utilité pratique, vous m'avez autorisé à prendre connaissance de ces documents et de vous les résumer.

Voyons d'abord la compression des membres pratiquée avant les opérations, procédé décrit par M. Esmarch sous le nom d'évacuation artificielle du sang dans les opérations (*Ueber künstliche Blutleere bei Operationen*). M. Demarquay vous l'a décrit dans une de nos dernières séances. Il y a dans ce procédé deux choses : ligature très-serrée sur la racine du membre, opérée à l'aide d'une bande ou plutôt d'un tube plein de caoutchouc; 2° bandage roulé partant de l'extrémité du membre, appliqué au moyen d'une bande de tissu élastique.

Dans le n° de décembre 1871 de la *Gazetta medica Italiana Provincie Venete,* M. Grandesso Silvestri décrit, en effet, bien antérieurement à M. Esmarch, l'emploi et les avantages du lien constricteur appliqué, avant l'opération, à la racine du membre, mais M. Silvestri ne va pas au delà, il ne parle pas de l'évacuation du sang contenu dans le membre et le procédé réduit à cette manœuvre n'est qu'une application du tourniquet ou du garrot, simplifiée ou modifiée.

Du reste le moyen serait loin d'être nouveau, puisque Sabatier (édition de Sanson et Begin, 1832, vol. IV, p. 578) disait : « On applique autour du membre (dans l'amputation de la cuisse) un lien qui se met

(1) Fin. — Voir le numéro du 31 janvier 1874.

comme la ligature dans l'opération de la saignée, et que l'on serre avec force, tant pour l'engourdir que pour affermir les chairs et les disposer à être incisées avec plus de facilité. »

Quand au bandage roulé fortement serré, M. Silvestri n'en parle pas, et ce n'est qu'en 1873, après l'exposition de Vienne, que M. Vanzetti a publié le passage dans lequel il est dit : « *Avant d'appliquer le lac élastique au membre à amputer, nous avons l'habitude de le tenir soulevé autant que possible pendant quelques minutes et de l'envelopper assez fortement, depuis son extrémité jusqu'au point de l'amputation, afin qu'il contienne le moins de sang veineux possible.* »

D'un autre côté, dans sa leçon clinique parue cette année dans le numéro 58 du recueil intitulé : *Sammlung Klinischer Vorträge*, publié à Leipzig, Esmarch rapporte un cas dans lequel *Stromeyer*, dont il était l'aide, eut recours à ce moyen vers 1855, l'observation se trouve du reste dans le livre de *Stromeyer* (*Maximen der Kriegsheilkunst*, 2e édition, p. 164). Quant à l'application de la méthode actuelle pour l'amputation, elle a été largement employée par lui dans l'hôpital baraqué de Berlin, pendant la guerre de 1870-1871.

Tel est l'état d'une question sur laquelle nous n'avons pas à nous prononcer ; mais je crois plus utile de dire que, depuis le commencement de cette année jusqu'à la fin du semestre d'été (15 août), sur 329 opérations faites à la clinique de Kiel, le procédé a été mis 87 fois en usage.

Sur les 87 cas, comprenant 21 amputations ou désarticulations (6 amputations de cuisse, 8 de la jambe, 1 désarticulation de l'épaule, 8 résections, 13 enlèvements de séquestre, 5 extirpations de tumeurs), il y eut seulement 4 morts.

Peut-on attribuer à ce procédé une part dans les résultats ? *a priori*, messieurs, je crois pouvoir répondre par l'affirmative. Dès 1860, plus tard en 1870 et récemment dans l'édition du *Manuel de médecine opératoire*, j'ai montré que la désarticulation de la hanche, si meurtrière, avait été le plus souvent suivie de guérison lorsque le malade avait, pour une cause quelconque, subi antérieurement l'amputation de la cuisse. Ainsi, tandis que sur 161 désarticulations faites pendant la guerre d'Amérique il y eut 142 morts et 16 guérisons, ce qui donne une mortalité de 88,1 pour 100 ; tandis que 8 désarticulations faites sur des malades déjà amputés de la cuisse, il y eut 4 guéris et 4 morts.

Dans la pratique civile, les résultats sont bien plus remarquables encore, puisque sur 10 cas de désarticulation faite après amputation par A. Cooper, Mayor, Textor, Cox, Syme, Van Busen, Bradbury, Fayzer (2 cas) et Hancock, il y eut 8 guérisons.

J'ajouterai que la cause de la mort dans cette opération tient moins à l'étendue de la plaie qu'à cette circonstance que le retranchement de près d'un quart du corps amène un changement formidable dans l'hydrostatique du système vasculaire.

Ce qui le prouve c'est, outre la gravité moindre de la désarticulafaite après amputation, la mort dans la moitié des cas est survenue le jour même de l'opération. Sur 88 cas, dans lesquels l'époque de la mort est spécifiée, elle survint 43 fois dans les vingt-quatre heures (4 fois immédiatement, 10 fois après une heure, 9 fois dans les cinq premières heures, etc.), 13 fois le lendemain, 18 fois dans la première semaine et seulement 14 fois après les huit premiers jours.

Je crois donc qu'il y a une extrême importance de s'opposer à toute perte de sang, non-seulement de celui qui s'écoule des vaisseaux ouverts, mais encore de celui que renferme la section du membre que l'on ampute ; et sans vouloir me prononcer sur une question de priorité qui, je ne puis le dire qu'en mon nom personnel, me paraît appartenir à notre collègue M. Esmarch ; on ne peut s'empêcher de reconnaître que c'est à lui qu'on doit attribuer la vulgarisation du procédé.

J'ai peu de chose à dire pour ce qui concerne la ligature élastique, dont l'invention est également revendiquée par M. Vanzetti en faveur de M. Grandesso Silvestri.

C'est en 1862 que M. Silvestri publia son premier article, ce n'est que le 25 juin 1863 que Richard publia sa lettre dans la *Gazette hebdomadaire* et la tentative de Trousseau n'avait été faite que deux mois auparavant. Dans une lettre envoyée de Vienne le 11 juillet 1873, M. Dittel reconnaît l'antériorité des titres de M. Silvestri, mais il faut ajouter que sans le hasard qui amena le 5 mars 1872, à la clinique du grand hôpital de Vienne, la petite fille qui fait le sujet de l'observation de M. Dittel, on n'aurait pas soupçonné qu'un simple fil de caoutchouc était susceptible de couper même les os du crâne.

Quel sera le sort des ligatures élastiques, procédé que M. Silvestri a employé le 2 octobre dernier pour réunir l'utérus ouvert dans une opération césarienne ? C'est ce que l'avenir nous montrera ; mais comme procédé de section, il me paraît, à tous les points de vue, inférieur à l'écrasement linéaire.

M. GUYON lit l'observation suivante, adressée par M. Letenneur, de Nantes :

Kyste multiloculaire de la mâchoire inférieure. (Voir notre numéro du 17 janvier.)

M. DOLBEAU. A propos de l'observation si importante de M. Letenneur, je ferai la remarque suivante. Ce fait vient confirmer l'opinion que j'ai défendue, à savoir que l'os maxillaire inférieur peut présenter des kystes multiloculaires sero-sanguins, qui semblent indépendants de révolution pathologique des follicules dentaires.

M. FORGET. Un mot au sujet de la récidive observée sur le malade de M. Letenneur. — J'ai publié en 1840 dans ma thèse deux observations de kystes multiloculaires suppurés ; l'opération n'a pas été suivie de récidive. Mais, dans l'un et l'autre cas, le maxillaire dans sa moitié avait été entièrement enlevé (désarticulé) : dans la première opération faite sur le malade de M. Letenneur, une portion du massillaire avait été conservée et fut le point de départ de la récidive.

Peut-être en eût-il été de même pour les deux malades que j'ai observés, si l'état anatomique avait permis de conserver une portion de l'os ; comme chez l'opéré de notre confrère.

Il n'y a donc pas de contradiction entre le fait qui lui est propre et ceux que je viens de rappeler.

M. NEPVEU lit un mémoire intitulé : *Des Lésions vasculaires dans les fractures de jambe.*

Renvoyé à une commission composée de : MM. Verneuil, Polaillon, Paulet.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

M. Sée présente un enfant atteint de *syndactilie* des doigts indicateur et médius de la main gauche et opéré par lui à l'hôpital Sainte-Eugénie. (Voir notre numéro du 31 janvier.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. DEPAUL. J'ai l'honneur de soumettre à la société les pièces anatomiques provenant d'une femme à laquelle j'ai pratiqué la *gastrotomie pour une grossesse extra-utérine.*

Voici l'observation : Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, mariée récemment et ayant toujours eu une conduite parfaitement régulière.

Elle vit une fois ses règles après son mariage, en décembre 1872. A partir de cette époque, elle présenta quelques phénomènes de grossesse et aussi une sorte de mélancolie. Assistant quelque temps après à un mariage, elle tomba en dansant et ressentit dans le ventre une violente secousse, ce qui l'obligea à garder le lit. Le ventre grossit ensuite régulièrement, mais, arrivée au terme présumé de la grossesse, elle n'accoucha pas.

Bientôt survinrent dans le ventre des douleurs vives, offrant le caractère péritonéal, et c'est alors que je fus mandé auprès d'elle par notre confrère le docteur Aubrun, le 10 novembre dernier.

La fièvre était intense, le ventre modérément développé, mais fort douloureux à la pression, ce qui rendait l'exploration difficile. — Je sentis à l'ombilic une masse molle, fluctuante et saisis manifestement la sensation du ballottement abdominal. — Le col était ramolli, entr'ouvert et pouvait recevoir la première phalange. — Je ne crus pas devoir pratiquer le cathethérisme pour mesurer la hauteur de l'utérus ; — les seins étaient développés et contenaient du lait. Mon impression fut que cette malade avait une grossesse extra-utérine. — Je l'engageai à venir dans mon service de la clinique, ce qu'elle fit le soir même. Pendant quinze jours la fièvre et les vomissements s'oppo-

sèrent à un examen complet; cependant nos collègues, MM. Blot, Tarnier et Guéniot, étaient comme moi d'avis qu'il s'agissait très-probablement d'une grossesse extra-utérine. — Le ventre augmenta, il devint dur, tendu, extrêmement douloureux. — Quinze jours après son entrée à l'hôpital, je me décidai à pratiquer une ponction exploratrice avec l'appareil de M. Potain. — Je retirai cinq litres de matière purulente, et la malade en retira un soulagement très-notable. Enhardi par ce résultat, je me décidai, le 2 décembre, à pratiquer la gastrotomie, sans avoir la certitude absolue d'avoir affaire à une grossesse extra-utérine, ce dont je prévins tout d'abord l'assistance. J'ouvris la cavité abdominale du pubis à l'ombilic; il sortit une grande quantité du pus, et nous fûmes bientôt tous soulagés d'un grand poids en apercevant un bras: c'était le bras droit; l'épaule se présenta ensuite et, ne pouvant faire la version, je coupai le cou; le cordon fut ensuite sectionné. — Quant au placenta, après quelques tractions légères, sentant de vives résistances, je pris le parti de le laisser dans la cavité abdominale.

Les suites de l'opération furent extrêmement favorables; tous les accidents disparurent, et nous pûmes un instant espérer la guérison. — Ce que nous redoutions surtout, l'infection putride, fut énergiquement combattu par les lavages avec le permanganate de potasse.

Tout allait donc très-bien lorsque, le mardi matin, 14, quinze jours après l'opération, elle fut prise tout à coup d'accidents singuliers. — La sage-femme arriva tout de suite auprès d'elle et trouva le pansement ensanglanté; la malade s'affaiblit rapidement et succomba. La mort était le résultat d'une hémorrhagie dans la poche, dont nous ne pûmes trouver la source.

Voici les pièces anatomiques: la poche contenant le placenta reposait sur les viscères et y adhérait intimement. — L'utérus est également adhérent à cette poche, et la trompe gauche communique avec sa cavité.

La vessie était enflammée et contenait des urines purulentes.

M. BOINET. La communication de M. Depaul me rappelle un fait de grossesse extra-utérine, où l'hémorrhagie fut presque immédiate après la gastrotomie et amena aussi la mort très-promptement. Voici un court résumé de cette observation.

Grossesse extra-utérine; — Gastrotomie; — Hémorrhagie mortelle.— Une jeune femme de vingt-quatre ans, charcutière, rue Saint-Denis, opérée le 21 janvier 1870, avec l'assistance de M. le docteur Perrin. (Voir notre numéro du 31 janvier.)

La séance est levée. *Le secrétaire :* TILLAUX.

Séance du 24 décembre. — Présidence de M. TRÉLAT.

La correspondance comprend : *La Gazette des Hôpitaux. — L'Union médicale. — La Gazette hebdomadaire. — Le Mouvement médical. — Le Progès médical. — La Tribune médicale. — La France médicale. — Le Bordeaux médical. — La Gazette médicale de Bordeaux. — Le Lyon médical. — Les Mémoires et comptes rendus de la société des sciences médicales de Lyon. — La Gazette obstétricale.*

M. PUTÉGNAT, membre correspondant à Lunéville, offre à la société un ouvrage intitulé : *les Aventures d'un médecin.*

M. VERNEUIL offre, de la part de M. Raoul Hervey, sa thèse inaugurable intitulée : *Applications de la ouate à la conservation des membres et des blessés.* Cette thèse est destinée au concours du prix Duval.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Des kystes de la mâchoire. — M. MAGITOT. Dans la dernière séance, à la suite de la lecture faite par M. le secrétaire général de l'observation due à M. Letenneur, d'un *kyste multiloculaire du maxillaire inférieur ayant récidivé;* M. Dolbeau a cru devoir considérer le fait comme de nature à infirmer la théorie qui fait dépendre la production des kystes des mâchoires d'une lésion prochaine ou lointaine du système dentaire.

N'ayant pas à ce moment présents à l'esprit les détails de la première communication de M. Letenneur (1861, *Bulletin* p. 476), je n'ai pas voulu prendre la parole; mais j'ai relu depuis cette observation, et je demande la permission d'en rappeler quelques points :

Il y est dit, d'une part, que le malade, étant au service militaire, voulut se faire extraire la première et la troisième molaires qui étaient cariées. Ces deux dents se brisèrent sous l'instrument, et les racines, laissées dans la mâchoire, « restèrent toujours douloureuses ».

Quelques années plus tard, la seconde mollaire, s'étant cariée à son tour, fut extraite, mais, cette fois du moins, complétement.

A ce moment on constata qu'il existait déjà depuis quelque temps, dans la région occupée par les débris fracturés, un gonflement notable. C'est le gonflement qui, après s'être maintenu longtemps stationnaire, prit rapidement un grand développement et constitua la masse kystique.

N'est-ce pas là le processus ordinairement suivi par les kystes de la seconde variété, c'est-à-dire les *kystes périostiques?*

D'autre part, en ce qui concerne la récidive survenue aux dépens d'une languette osseuse dépourvue de dent et ménagée par M. Letenneur lors de la première opération en 1857, nous ferons remarquer que le chirurgien paraissait déjà préoccupé de la possibilité de laisser au sein du tissu osseux quelques cavités kystiques rudimentaires, car il avait porté le cautère actuel sur toute la surface de section osseuse.

N'est-il pas possible de supposer dès lors que, malgré les précautions prises, plusieurs loges du kyste primitif, ayant subsisté dans l'os, ont pu ultérieurement reconstituer une nouvelle tumeur.

Nous ne voyons donc, pour notre part, aucune difficulté à conserver comme possible, sinon comme démontrée, l'intervention de ce kyste. Les exemples de kystes multiloculaires des mâchoires se rattachant incontestablement aux lésions du système dentaire, ne sont pas rares, et dans tous les cas nous pensons qu'il serait préférable d'accepter cette théorie que de comparer sans explication certains kystes des maxillaires avec les exemples très-rares des kystes des autres os, ceux du fémure par exemple. Cette assimilation ne prouverait rien, si ce n'est que la pathogénie des kystes des os en général nous échappe entièrement, tandis qu'il n'en serait pas absolument de même de ceux des mâchoires.

RAPPORT

M. VERNEUIL commence la lecture d'un rapport sur le travail de M. le docteur Krishaber, relatif à l'opération de la trachéotomie par le galvano-cautère.

La lecture en sera achevée dans la prochaine séance.

ÉLECTIONS

La société procède ensuite au renouvellement de son bureau pour l'année 1874.

M. Perrin est élu président par 27 voix sur 28 votants.

M. Le Fort est élu vice-président par 19 voix sur 28 votants.

M. de Saint-Germain est élu premier secrétaire par 21 voix sur 24 votants et M. Marc Sée deuxième secrétaire, par 21 voix sur 24 votants.

MM. Guéniot et Giraud-Teulon sont élus par acclamation, le premier trésorier et le second bibliothécaire archiviste de la société.

La commission tirée au sort pour la vérification des comptes de M. le trésorier se compose de : MM. Dubrueil, Panas, Guérin, Lannelongue, Polaillon.

Cette commission devra faire son rapport dans la prochaine séance.

La société se forme en comité secret à quatre heures trois-quarts.

Le secrétaire : TILLAUX.

Prix pour 1874 et 1875.

La Société de chirurgie décernera, pour l'année 1874, le prix Duval et le prix Laborie; cette année, le sujet du prix Laborie est libre.

Pour l'année 1875, la Société de chirurgie décernera le prix Duval, le prix Laborie et le prix Gerdy.

PRIX LABORIE. — *Établir, à l'aide d'observations, la valeur thérapeuthique de l'urétrotomie interne.*

PRIX GERDY. — *De l'action de l'air sur les plaies, au point de vue historique et doctrinal.*

Les commissaires nommés pour désigner ces questions ont eu le désir de s'inspirer des habitudes et des tendances scientifiques des fondateurs. Ils ont, d'ailleurs, voulu suivre les traditions de la Société de chirurgie en se préoccupant de ne pas séparer l'étude des points relatifs à la pratique chirurgicale de celle de l'histoire de l'art et des doctrines. La société invite les compétiteurs pour le prix Gerdy à accorder à l'étude historique de la question toute l'importance qu'elle comporte.

Les thèses qui devront concourir pour le prix Duval 1874, les mémoires qui devront concourir pour le prix Laborie 1874, seront déposés sur le bureau de la Société de chirurgie, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre 1874.

Les thèses et mémoires destinés aux concours de 1875 devront être déposés avant le 1er novembre 1875.

La société rappelle que le prix Duval est de la valeur de 100 francs en livres; que le prix Laborie est de la valeur de 1,200 francs, et que divers arrérages permettent de disposer d'une somme importante à distribuer, s'il y a lieu, en encouragements; que le prix Gerdy est de 2,000 francs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — MM. Dubrueil et Bouchard, agrégés de la Faculté, ont commencé une série de leçons complémentaires, le lundi 2 février 1874, à huit heures du soir.

Ces leçons ont lieu dans l'ordre suivant : M. Dubrueil, les mardi et samedi, traitera de l'*orthopédie*; et M. Bouchard, les lundi et jeudi, parlera des *altérations humorales* et particulièrement des *diabètes*.

— *Muséum.* — M. Bureau, aide naturaliste, est nommé professeur de botanique (chaire créée).

— Les sciences naturelles viennent de faire une perte considérable en la personne de M. Guérin-Méneville, qui vient de mourir subitement. Voulant, même après lui, rendre des services à la science, qu'il a si dignement servie, M. Guérin-Méneville a fait don au Muséum de ses collections si célèbres d'entomologie.

— Nous recevons le premier numéro du journal mensuel les *Annales de Gynécologie,* publiées par M. le docteur Leblond, sous la direction de MM. Pajot et Gallard. Salut cordial à ce nouvel organe des maladies de femmes et accouchements, qui, si nous ne nous trompons, est le quatrième ou cinquième journal obstétrical en cours de publication depuis l'année dernière.

— *Hospice de la Salpêtrière.* — M. le docteur Aug. Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales, le dimanche 8 février, à neuf heures, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 11 février, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Compte-rendu des visites officielles. — 2° Rapports sur les candidatures de MM. Cintrat et Rochette. — 3° Rapport du trésorier. — 4° Rapport de M. Lafont sur l'admission des aliénés indigents dans les asiles. — 5° Nouvelles propositions d'amélioration du service médical des bureaux de bienfaisance, par M. Poignet.

— Clientèle médicale à céder pour cause de santé. S'adresser à Mme Dénau, rue de Douai, 14, de midi à trois heures.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

SAINT-RAPHAËL

VIN TANNIQUE DE BAGNOLS, prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. Pasteur, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin de *quinquina naturel*, fort agréable à boire.

Dose : Un petit verre après les deux principaux repas.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

VIN DE QUINQUINA AU MALAGA D'ABBADIE

Rue Sainte-Apolline, 21 (Porte Saint-Denis), Paris

Ce vin qui, depuis 1814, est préparé avec le plus grand soin, **avec des quinquinas choisis et d'excellent vin,** se recommande à MM. les médecins qui veulent prescrire l'emploi d'une préparation sûre et toujours identique.

Ce vin, d'une saveur agréable, est parfaitement pris par les enfants, les vieillards les convalescents, et par toutes les personnes dont l'estomac est délicat. — *Dépôts dans toute la France.*

VIN ET SIROP AROUD AU QUINA

ET A TOUS LES PRINCIPES NUTRITIFS SOLUBLES DE LA VIANDE

Médicament aliment d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant, par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — *A même base et à même dose :* Vin et Sirop ferrugineux Aroud ; Sirop concentré Aroud ; Vin Aroud, au malaga ; Bonbons Pates, Pastilles Aroud. — Lyon, pharmacie AROUD, 4, rue Lanterne. — Paris, 3, rue du Chaume.

SIROP ANTISCORBUTIQUE DE RIVIÈRE IODO-FERRÉ

Combinaison intime et naturelle de l'iode et du fer avec les plantes antiscorbutiques ; très-efficace dans les *affections chlorotiques, lymphatiques, scrofuleuses :* Chlorose, Anémie, Pertes blanches, Menstruation irrégulière, etc. 3 fr. le flacon. — Dépôt à la pharmacie J. Rivière, 68, Chaussée d'Antin, Paris.

VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE

de Ad. CARPENTIER, pharmacien, à Paris

Ce vin ne produit jamais de constipation par un long usage. Agréable au goût, il convient dans tous les cas où le fer est indiqué. Le flacon, 3 francs. 61, Boulevard Malesherbes et dans toutes les pharmacies. — Dépôt a Saint-Quentin, *pharmacie Lebon.*

PILULES DE BLANCARD

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS, ETC.

Contre les *Affections scrofuleuses, tuberculeuses,* la *Chlorose,* l'*Anémie,* l'*Aménorrhée,* etc., etc.

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD,** exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte.* — Se défier des contrefaçons.

Blancard

Se trouvent dans toutes les pharmacies. *Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.*

CARBONATE ET CITRATE DE LITHINE EFFERVESCENTS

DE CH. LE PERDRIEL

employés avec succès, contre la **Goutte**, les **Douleurs rhumatismales** et la **Gravelle**,

GRANULOIDES OU PETITES DRAGÉES DE CARBONATE ET DE CITRATE DE LITHINE

Dosés à **0,05** *centigrammes.*

Exiger le vrai cachet Le Perdriel. — Vente en gros : 54, rue Sainte-Croix de la Bretonnerie. Détail : 70, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris, et dans toutes les Pharmacies.

SOLUTION COIRRE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX

24, rue du Regard, Paris, et pharmacies.

Même médicament sous forme de **SIROP** pour les enfants et les personnes délicates.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

VIN TONIQUE RECONSTITUANT

DU DOCTEUR FORESTIER

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX à l'écorce d'oranges amères

Tous les organes de la presse médicale : *Gazette des Hôpitaux, Courrier médical, France médicale, etc.,* ont depuis dix ans, signalé l'excellence de cette préparation qui contient, dissous dans d'excellent vin de Malaga, les deux éléments formateurs des *os* et du *sang*, le *quinquina* et le *pyrophosphate de fer.*

La facilité avec laquelle l'économie s'assimile le vin de quinquina au pyrophosphate de fer, l'absence de toute saveur styptique, la double influence qu'en raison de ses deux éléments formateurs il semble devoir exercer, tant sur la composition du système osseux, que sur la reconstitution du sang, telles sont les qualités qui recommandent à priori *cette nouvelle préparation ferrugineuse* (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*).

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 41.

DRAGÉES DE GÉLIS ET CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris, qui deux fois, à vingt ans d'intervalle, a constaté leur supériorité sur tous les autres ferrugineux solubles et insolubles. Elles sont généralement employées dans le traitement de la chlorose, de l'anémie, de l'aménorrhée, de la leucorrhée, et dans tous les cas où les ferrugineux sont indiqués.

Paris, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*), et dans les principales pharmacies de chaque ville.

PILULES DE PEPSINE

Digestion difficile, dyspepsie, vomissements, etc.

PIL. DE PEPSINE au fer réduit dans toutes les maladies où le fer est nécessaire.

PIL. DE PEPSINE au proto-iodure de fer. Maladies scrofuleuses, syphilitiques, etc.

Chez **HOGG,** pharmacien-chimiste, 2, rue Castiglione, Paris. Pharmacies de province ; on envoie *franco* par la poste.

TAMAR INDIEN

Fruit laxatif rafraîchissant

Contre **LA CONSTIPATION**

Et les affections qui l'accompagnent, telles que la **Congestion cérébrale,** les **Hémorrhoïdes,** la **Migraine,** etc. — Prix de la boîte : 2 fr. 50.

GRILLON, pharm., 25, rue de Grammont, Paris.

NÉVRALGIES calmées à l'instant même par les pilules antinévralgiques du Dr CRONIER. — Dépôt, M. Levasseur, pharm., rue de la Monnaie, 19, Paris, 3 fr. la boîte.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO. PHTHISIES, *Anémie,* **Rachitisme,** DIABÈTE, *Diarrhée,* **Cachexies,** *Albuminurie, la* **Convalescence,** *l'épuisement.* (*Gros*), 8, *r. Neuve-Saint-Augustin, Paris.*

N° 16. — SAMEDI 7 FÉVRIER 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 7 FÉVRIER 1874. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La clinique et l'histoire. — La saignée devant le cours d'histoire de la médecine à la Faculté.

Qu'a à faire ici, dira-t-on, le cours d'histoire de la médecine ? D'abord rien n'est étranger à la clinique, aujourd'hui surtout qu'elle vit plus que jamais des apports de toutes les branches des connaissances médicales et biologiques. Et puis, il est bon qu'on sache à l'hôpital ce qui se dit à l'école, et à l'école ce qui se fait à l'hôpital. Or, pendant que je parcourais l'une des récentes publications de clinique médicale, que je recommanderais particulièrement aux lecteurs de la *Gazette*, s'ils n'avaient déjà été tous à même d'en apprécier la valeur par les nombreuses leçons dont ils ont eu la primeur, — je veux parler du premier volume des leçons de clinique médicale de M. le docteur Peter, — une phrase venait de fixer mon attention. Je venais de lire en tête d'une leçon sur *les pneumoniques* (la 32e du recueil) ces mots : « Vous avez été témoins, messieurs, d'un fait presque monstrueux, vous avez vu saigner un malade dans un service de médecine ! » Pour ceux qui ont pratiqué ou vu pratiquer la médecine il y a quelque trente ans seulement, pour ne pas remonter plus haut, il y avait dans le rapprochement de leurs souvenirs avec cette exclamation ironique arrachée au bon sens pratique de l'auteur, tout un abîme de réflexions. Que s'était-il passé dans ce court laps de temps pour que d'un abus contre lequel une partie de la presse médicale dut se récrier alors, on arrivât aujourd'hui à ce point d'abandon que la prescription d'une saignée dans un service d'hôpital pût être regardée à l'égal d'un événement. Ce n'était pas la première fois que cette singulière vicissitude dans le sort d'une médication, qui en avait subi déjà bien d'autres, me préoccupait, et j'en cherchais la raison sérieuse, n'ignorant pas, d'ailleurs, les motifs plus ou moins plausibles déduits de la physiologie, sur lesquels se fondent aujourd'hui ses nombreux détracteurs, lorsque sur l'annonce de l'ouverture du cours d'histoire, que j'avais lue le matin même, l'heure venue, j'allai assister à la première leçon du nouveau professeur.

Je ne pouvais être mieux servi. L'objet de ma préoccupation devait être aussi, en partie du moins, l'objet de la leçon.

Mais avant de dire ce que j'y ai entendu, qu'il me soit permis d'ouvrir ici une parenthèse.

Si je me rends bien compte de ce que doit être un cours d'histoire de la médecine dans une faculté, soit qu'on le considère comme une initiation aux études médicales pratiques ou comme un complément, il me semble que le professeur chargé de cet enseignement doit beaucoup moins se préoccuper de faire étalage d'érudition, de collationner des textes, d'aligner des faits ou de rectifier des dates, que de faire connaître aux élèves les grands faits primordiaux, les idées et les principes qui ont formé les premières assises de la science, d'en suivre dans le temps les évolutions successives, d'exposer les découvertes dont elle s'est enrichie aux principales époques, en un mot, de remonter avec eux le cours des temps pour leur montrer dans le passé les sources, les origines et le développement graduel des lois, des principes et des faits qui constituent aujourd'hui la somme de nos connaissances acquises.

Le résultat d'un pareil enseignement, s'il était fait conformément à ce but, devrait être, bien moins de suggérer aux auditeurs le goût des recherches historiques qui pourraient n'être pas toujours dans leurs aptitudes et qui ne seraient pas d'ailleurs d'une utilité immédiate pour ceux d'entre eux qui se consacrent exclusivement à la pratique, que de les familiariser, plus que ne peuvent le faire les autres parties de l'enseignement, avec les méthodes, les procédés et la marche des progrès scientifiques, de les prémunir contre les dangers des systèmes, les erreurs, les illusions et les abus si fréquents dans l'histoire de notre art, de leur inspirer, enfin, avec l'amour de la science, la part légitime de respect qui est due à la tradition et aux hommes éminents de toutes les époques, qui en ont édifié et nous en ont transmis tous les éléments.

Je n'insisterai pas davantage sur ce point de vue du programme d'un cours d'histoire de la médecine, qui a été développé, d'ailleurs, dans plusieurs circonstances, et récemment encore, dans les colonnes de ce journal.

Ce que sera le cours de M. Lorain, on ne saurait le dire encore. Mais à en juger par cette première leçon, faite beaucoup plus sur le ton d'une causerie familière que selon le rhythme cathédratique, il est peu présumable qu'on ait jamais à lui reprocher une prétention exagérée à l'étalage d'érudition. Si tant est qu'en l'absence de tout programme bien nettement défini on puisse saisir sa tendance, elle paraît être moins d'éclairer le présent par le passé que d'expliquer le passé par le présent ; en d'autres termes, de prendre l'esprit scientifique moderne comme critérium de la valeur des doctrines anciennes. On ne pouvait pas moins attendre de l'auteur de *la Réforme des études médicales par les laboratoires*.

Entré dès le début en pleine période actuelle, M. Lorain a

donné à juger de l'intérêt que pourrait avoir l'histoire de la médecine ainsi comprise, par l'exemple des changements, d'autres diraient des révolutions, dont les quarante dernières années nous ont donné l'étourdissant spectacle. L'auditoire s'est égayé plus d'une fois au récit de ces brusques revirements, qui se sont opérés en si peu de temps dans l'opinion médicale, et la thérapeutique, en particulier, que nous suivions tous, il y a vingt-cinq ans à peine, sur la trace de nos maîtres, a provoqué un redoublement d'hilarité lorsque le professeur en a montré, çà et là, les tristes épaves sur le vaste océan où se sont engouffrées les anciennes doctrines.

Si M. Lorain s'était rencontré, en quelques points du moins, avec la première partie du programme ci-dessus esquissé, ne s'en est-il pas écarté notablement en ce qui regarde la dernière partie?

Mais il serait temps de fermer la parenthèse et de revenir au point de départ, au traitement de la pneumonie en général et particulièrement à la saignée et au rôle qui lui a été assigné par le professeur.

C'est ce qui sera l'objet d'un autre article dans la revue prochaine, d'autres sujets appelant aujourd'hui notre attention.

Transfusion du sang.

M. Béhier a pratiqué la transfusion du sang, il y a eu hier huit jours, sur une jeune femme de vingt et un ans, entrée dans son service le 24 pour une métrorrhagie incoercible, et qui l'avait jetée en quelques jours dans le dernier degré de l'anémie et de la prostration. Cette malade, que nous avons vue le lendemain de l'opération, alors que sa vie était en question, et que nous avons revue en pleine période de reconstitution ce matin même, a fourni à M. Béhier le texte d'une importante leçon, dans laquelle il a examiné et discuté les divers procédés proposés ou mis à exécution pour cette grave opération.

Laissant de côté pour le moment le point de vue historique de la question, nous nous bornerons à rapporter aujourd'hui la relation simple du fait.

Une femme de vingt et un ans, Valentine U..., assez vigoureusement constituée, est prise, le 12 janvier, à la suite de quelques efforts nécessités par sa profession de femme de ménage, d'une abondante métrorrhagie. Elle avait eu déjà des accidents semblables.

Le sang, dit-elle, s'échappa à flots. Elle n'en continua pas moins à travailler pendant quinze jours encore, perdant constamment du sang en abondance. Le 24, à bout de forces, elle se fait transporter à l'Hôtel-Dieu, où elle est couchée au n° 9 de la salle Saint-Antoine. Elle avait eu plusieurs lypothimies pendant le trajet.

A son entrée à l'hôpital, on la trouve dans l'état suivant: la face est d'une pâleur mortelle, les conjonctives et les muqueuses buccales sont blanches; le pouls est petit, mou et bat 120 par minute, 26 respirations, sans dyspnée. Extrémités froides. Température axillaire 37 degrés. Il s'écoule constamment, par la vulve, un sang pâle, fluide, lent à se coaguler.

Au toucher, on trouve le vagin rempli de caillots mous et friables.

L'auscultation des vaisseaux du cou fait entendre, à droite surtout, un bruit de souffle continu à timbre musical (bruit de diable), et celle du cœur un souffle doux, systolique à la base.

Rien à l'exploration de la poitrine. La malade ne se plaint que d'une céphalalgie frontale, intense et persistante, augmentant toutes les fois qu'elle essaye de se mettre sur son séant. Elle est prise alors de vertige et retombe sur son oreiller dans un état de demi-syncope.

On prescrit l'application de glace sur le ventre, les boissons froides, etc.

Le 25, aux phénomènes précédents, se joignent les nausées. Pouls filiforme 132. Températ. axill. 36 degrés.

Le 26. Une hémorrhagie abondante avait eu lieu la veille au soir et avait été arrêtée par le tamponnement. La malade éprouvait une céphalalgie atroce; tous les aliments ingérés étaient aussitôt vomis.

Le 29, rien n'ayant pu arrêter la perte, qui continue toujours sous la forme d'un suintement de sang décoloré, et la malade, en proie à des vomissements incoercibles, s'affaiblissant de plus en plus, au point d'arriver au dernier degré d'anémie et de prostration: pâleur cadavéreuse de la face, blancheur absolue des membranes muqueuses ne se distinguant plus, par leur teinte, de la peau, langue froide, voix cassée, aphone, pouls excessivement faible, à 110; température axillaire 36; syncopes provoquées par le moindre mouvement; photophobie intense qui oblige la malade à tenir ses yeux constamment fermés; la vue est d'ailleurs vague et confuse; léger délire dans la nuit.

En présence de cet état si grave, constituant un péril extrême et imminent, M. Béhier se décide pour la transfusion qui est pratiquée séance tenante avec l'appareil et l'aide de de M. Mathieu.

Le sang a été fourni par M. Strauss, chef de clinique, qui a bien voulu faire ce sacrifice partiel de sa personne pour sauver cette malheureuse.

Il a été employé en nature, sans défibrination ni aucune autre préparation préalable. Il a été introduit dans la veine médiane céphalique de la malade. La quantité ingérée a été de 80 grammes.

Nous reviendrons plus tard sur le procédé, à l'occasion du parallèle qui en sera fait avec les autres procédés.

Immédiatement après l'opération (onze heures du matin), la malade observée par M. Liouville présente l'état suivant: la face a toujours l'aspect blafard et présente un peu de bouffissure; la respiration est pénible, haute; la malade s'agite un peu, elle parle, mais ses idées sont un peu vagues, il y a un léger subdélirium; par moment, il survient un peu d'agitation, avec dyspnée et cris de douleur, faible d'abord, puis plus forte quelques minutes après. Elle déploie manifestement un peu plus de force qu'auparavant.

A onze heures dix minutes. — Pendant qu'on procède à la toilette de son bras, elle a la force de soulever sa tête et se déplace avec plus de facilité; elle boit avec une sorte d'avidité de l'eau vineuse qu'elle garde. Le pouls est toujours misérable.

L'agitation persiste, avec respiration haletante, pénible et aspect hagard de la face qui est légèrement cyanosée, jusqu'à une heure. C'est à ce moment seulement qu'on est frappé du changement en bien. Les mains sont réchauffées, le pouls est vif, la malade parle et déclare se sentir plus forte.

A deux heures. — L'amélioration est de plus en plus accentuée, la physionomie est changée et devenue beaucoup plus naturelle et plus calme; la langue, restée longtemps froide est redevenue chaude; il en est de même des pieds et des mains. Le pouls est facilement perceptible, plus de bouffissure, ni de cyanose; plus de délire, ni d'agitation; la malade répond justement et à voix distincte.

A quatre heures. — La malade accuse un peu d'appétit, elle a pris du bouillon et du vin qu'elle n'a point rejetés; les vomissements ont cessé. Elle a pris près d'un litre de vin vieux depuis l'opération. Le pouls devient fort et résistant

(de 126 à 130), la céphalalgie a disparu; le suintement sanguin par la vulve a complétement cessé.

Le 30 janvier. — L'insomnie opiniâtre des nuits précédentes a fait place à un sommeil paisible qui a duré toute la nuit. Pouls 120, petit, serré; respiration 32; températ. axill. 37.

On lui donne pour aliments un potage à la reine, qui est parfaitement supporté, ainsi qu'un jaune d'œuf battu dans du bouillon.

Le 31. — Amélioration considérable; la malade est assise sur son lit, causant avec ses voisines; elle supporte tout ce qu'elle prend (potages, vin de Bagnols, potion de Todd). Les muqueuses commencent à prendre une teinte légèrement rosée, l'œil devient vif, la face légèrement excitée; il y a un mouvement fébrile accentué (pouls, 112; respiration, 22; température axill., 37,4, augmentée de 2,8 le soir), mais sans malaise notable. On continue l'alimentation, le vin vieux et la potion de Todd, et l'on ajoute: teinture de mars tartarisée 20 gouttes.

Les 1, 2 et 3 février, l'amélioration s'accentue de plus en plus; la face, et surtout les muqueuses se colorent. L'appétit devient insatiable, les digestions sont parfaites, sommeil tranquille. Le 2, la malade avait ressenti de la douleur au niveau du pli du coude, au voisinage de la piqûre de la veine, qui était cicatrisée. Le lendemain 3, on constate vers le tiers inférieur du biceps un léger engorgement phlegmoneux du tissu cellulaire. Le 4, l'engorgement est presque dissipé. L'état de la malade est parfait.

Cure définitive du tœnia par la méthode de M. Laboulbène.

M. Brouardel a eu, dans son service, un cas de tœnia. Rien d'extraordinaire jusque-là. Mais l'on sait les difficultés que l'on éprouve souvent à obtenir l'expulsion complète de cet hôte incommode, dont la tête, presque toujours retenue, reproduit à la longue l'animal entier. M. Brouardel a saisi cette occasion pour mettre à l'épreuve la méthode de M. Laboulbène, méthode que ce médecin désigne lui-même, dans un travail inséré récemment dans le *Bulletin de thérapeutique*, sous le nom de « manière physiologique de faire rendre le tœnia ». En quoi consiste cette méthode? Le voici. M. Laboulbène emploie la racine de grenadier et l'huile de ricin. Il n'y a rien de bien nouveau, comme on le voit, dans le choix des agents. Aussi n'est-ce pas là qu'est le mérite de la méthode. Aussi bien M. Laboulbène emploierait-il, au lieu du grenadier, le kousso ou le kamala, plus récemment préconisé. Sa seule prétention, sinon à la nouveauté, du moins à l'efficacité, repose tout entière sur le *modus faciendi*, sur le choix du moment opportun pour l'administration de ces agents, lequel est déduit de la double connaissance physiologique de la manière d'être du tœnia, par rapport à l'organe qui lui sert d'asile et du mode d'action spécial isolé ou combiné des agents mis en usage.

Partant de l'observation de ce fait que la reproduction du tœnia est due à la puissance extrême de fixation dont cet animal est doué, au moyen de ses ventouses, le cou se rompant avant que la tête ait lâché prise, M. Laboulbène a déduit de ce fait l'indication de ne laisser qu'un très-court intervalle de temps entre l'administration du médicament qui engourdit le tœnia et l'administration du médicament qui en provoque l'expulsion, de manière à ne lui laisser ni le temps, ni la force de fixer de nouveau ses ventouses aux parois de l'intestin; l'expulsion provoquée ainsi à court délai ayant beaucoup plus de chances de faire sortir le tœnia tout entier avec sa tête.

Voici, conformément à ce programme, quelle est la manière d'agir qu'a adoptée M. Laboulbène.

Quand il s'est assuré que le malade a, depuis peu, des cucurbitins ou des fragments de tœnia dans les garde-robes ou quand il s'échappe par l'anus, malgré les efforts du sphincter anal, des fragments vivants de tœnia, il fait préparer l'apozème suivant :

Écorce sèche de racine de grenadier (du Midi, d'Espagne ou de Portugal, de préférence), 60 à 90 grammes; eau pure deux verres; faites macérer vingt-quatre heures. Au bout de ce temps réduisez d'abord à feu doux, puis sur la fin à grand feu, pour une verrée seulement de liquide.

La verrée de maceratum réduit de moitié par la chaleur, doit être donnée en une ou deux fois, en deux fois, par exemple, aux personnes qui ont une grande tendance à vomir.

Dès que le malade commence à éprouver un malaise dans l'abdomen, sensation d'un corps qui remue, ou se pelotonne, (ceci est la recommandation essentielle), on donne hardiment l'huile de ricin, à la dose de 15, 30, 60 grammes, et jusqu'à 90 et 100 grammes, en une, deux ou trois fois.

Les observations rapportées dans le travail de M. Laboulbène montrent qu'en agissant ainsi le tœnia est toujours rendu vivant et complet, d'un seul coup.

C'est cette méthode que M. Brouardel a mise en usage chez le malade de son service, et il a eu la satisfaction, en effet, d'amener au dehors en une seule fois le tœnia entier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 décembre. — Présidence de M. TRÉLAT.

La correspondance comprend : *La Gazette des Hôpitaux. — L'Union médicale. — La Gazette hebdomadaire. — Le Progrès médical. — Le Mouvement médical. — La Tribune médicale. — La France médicale. — Le Bulletin général de thérapeutique. — Le Bordeaux médical. — La Revue médicale de Toulouse.*

M. VERNEUIL achève la lecture de son rapport sur le travail présenté par M. Krishaber. — Il propose d'adresser des remercîments à l'auteur et de renvoyer son mémoire au comité de publication.

La Société décide que le rapport de M. Verneuil et le travail de M. Krishaber seront publiés dans les mémoires.

La discussion du rapport est renvoyée à une prochaine séance. — M. Després désire cependant faire une seule observation relative à l'hémorrhagie survenant dans l'opération de la trachéotomie faite au bistouri. M. Verneuil la considère comme fréquente. M. Després s'élève contre cette assertion, s'appuyant pour cela sur les observations provenant chaque année de nos hôpitaux d'enfants. Il n'y a en effet, dit-il, le plus souvent, que des artérioles au-devant de la trachée, et l'hémorrhagie veineuse s'arrête d'elle-même après l'ouverture du conduit aérien.

ÉLECTION DU COMITÉ DE PUBLICATION

Sont nommés au scrutin : MM. Blot, — Panas, — Guéniot.

ÉLECTION DE LA COMMISSION DES CONGÉS

Sont nommés au scrutin : MM. Boinet, — Guéniot, — Blot.

RAPPORT

M. DUBRUEIL donne lecture du rapport sur les thèses adressées à la Société pour le concours du prix Duval.

Rapport de la commission pour le prix Duval. Si quelquefois la tâche des juges appelés à décerner un prix au plus méritant parmi les auteurs de travaux scientifiques est rendue difficile par une sorte de parité entre la valeur de ces travaux, il est des circonstances au contraire, où le doute et l'hésitation disparaissent au premier

examen devant la supériorité incontestable d'une de œuvres sur lesquelles on droit se prononcer. Tel est le cas dans lequel s'est trouvée la commission du prix Duval. Bien que toutes les thèses présentées aient une incontestable valeur, il en est une cependant tellement au-dessus des autres que, sans discussion et à l'unanimité, les commissaires l'ont classée en première ligne. C'est de la thèse de M. Poinsot que je veux parler; mais avant de donner une rapide analyse de ce remarquable travail, je dois passer en revue ceux de ses compétiteurs. Trois autres thèses avaient été déposées : une sur l'angiome simple par M. Monod, une seconde sur la résorption urineuse et l'urémie dans les maladies, des voies urinaires par M. Girard, et une troisième de M. Despine, intitulée *Contribution à l'étude de la septicémie puerpérale*.

M. Monod a fait une intéressante monographie sur une variété peu connue d'angiome qu'il désigne sous le nom de simple sous-cutané circonscrit ou angiome lipomateux. Certainement le travail de M. Monod sera consulté avec fruit par les cliniciens et les anatomo-pathologistes, mais il n'a pas paru à la commission présenter les conditions requises pour obtenir le prix qu'elle était chargée de décerner.

M. Girard expose dans sa thèse les deux théories aujourd'hui en honneur de la fièvre uréthrale : celle qui attribue les accidents à la résorption de l'urine, et celle qui les met sur le compte d'une lésion rénale.

Partisan de l'éclectisme, il adopte simultanément ces deux théories et cite un certain nombre de cas où il a vu des accidents pouvant se rattacher soit à l'une, soit à l'autre. Il termine enfin par un parallèle entre la lithotritie, la taille et la lithotritie périnéale.

Ce mémoire présente un assez grand intérêt, mais rien de saillant.

M. Despine, assimilant la femme en couche à un blessé, explique les différents phénomènes pathologiques qui surviennent dans l'état puerpéral, depuis la fièvre de lait jusqu'aux accidents rapidement mortels par la résorption des produits épanchés à la surface interne de l'utérus. Pour lui tous ces phénomènes sont de la septicémie à différents degrès.

Étudiant les produits qui, à la suite de l'accouchement peuvent se trouver dans la cavité utérine, M. Despine a déterminé par des expériences faites sur des animaux, leur degré de nocuïté. A côté de ces faits expérimentaux, il a réuni cent dix-sept observations personnelles prises sur des femmes en couche et dans lesquelles le contrôle de la clinique paraît venir clairement à l'appui des prévisions de la théorie et des enseignements de la physiologie expérimentale.

Mieux que les thèses précédentes, celle de M. Despine paraît rentrer dans les vues du légataire qui désirait que le prix fondé par lui fût la récompense d'un mémoire largement élaboré et contenant des observations prises avec soin.

Mais, malgré toutes les qualités que je viens de signaler, le travail de M. Despine est distancé de beaucoup par celui de M. Poinsot, œuvre vraiment magistrale qui dénote chez son auteur une érudition, un jugement et un talent de critique que l'on n'est guère habitué à rencontrer dans les dissertations inaugurales.

La thèse de M. Poinsot a pour titre : *De la conservation dans la traitement des fractures compliquées*. L'auteur cherche à établir la prééminence des idées conservatrices, et son travail emprunte un intérêt tout spécial aux circonstances dans lesquelles il a été placé.

Dans les mêmes lieux, dans le même hôpital, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, dont il a pendant longtemps suivi les services, il a vu successivement en honneur la chirurgie active et la chirurgie conservatrice et a pu, des résultats fournis par ces deux méthodes, tirer des conclusions rigoureuses. Mais il est, je crois indispensable, de de donner un compte rendu sommaire de l'œuvre de M. Poinsot.

Il entre en matière par un historique de la question, historique frappé au coin d'une érudition véritable. J'étais, avec M. Broca, examinateur de cette thèse, et j'ai pu constater que M. Broca, qui a si bien étudié l'histoire des ligatures artérielles, a cependant appris pour la première fois ce jour-là qu'Archigène a recommandé la ligature des vaisseaux après l'amputation.

Viennent ensuite les observations ; elles ont toutes été recueillies à l'hôpital Saint-André, presque toutes par l'auteur, et il n'y en a pas moins de cent quatre-vingt-douze.

Discutant les conditions d'une bonne statistique, M. Poinsot démontre les défectuosités de la plupart de celles qui ont cours dans la science, statistiques formées avec des faits empruntés à des chirurgiens différents et dans des conditions nosologiques qui sont loin d'être toujours les mêmes. Il compare, au point de vue de la mortalité, les résultats fournis par l'amputation et par la conservation, et arrive à des chiffres nettement favorables à la conservation dans les procédés de laquelle il fait, avec raison, figurer les résections.

Dans les fractures par armes à feu, l'auteur qui n'a pas de statistique propre et qui n'a pas une confiance illimitée dans celle des autres, arrive cependant, à l'aide de documents impersonnels, à établir la supériorité de la conservation. Traitant d'une façon incidente de l'utilité des résections articulaires, contrairement à Sédillot, il s'en déclare le partisan, en adoptant, comme Ollier, la prééminence des résections secondaires sur les résections primitives.

M. Poinsot repousse, après discussion, et d'une façon trop absolue sans doute, l'amputation primitive, mais il faut convenir qu'il étaye son opinion sur une série de faits singulièrement favorables et sur des raisonnements très-probants.

En venant à l'amputation secondaire, il conseille de l'appliquer le plus rarement possible et passe en revue les différents moyens à l'aide desquels on peut l'éviter, suivant qu'elle semble nécessitée par telle ou telle indication. Dans les cas de gangrène, l'attente de l'élimination spontanée lui paraît ce qu'il y a de mieux.

M. Poinsot ne s'est pas contenté d'établir la supériorité de la conservation au point de vue de la survie des blessés, il a consacré en outre un intéressant passage à prouver qu'un membre bien conservé vaut mieux qu'un membre amputé. Il étudie ensuite la durée de la cure et les accidents consécutifs dans la conservation et dans l'amputation, toujours au bénéfice de la première.

Enfin, dans un dernier chapitre, l'auteur décrit le traitement à appliquer aux fractures compliquées des différents segments de membres et passe successivement en revue les indications tirées de la lésion du tissu osseux, et celles tirées de la lésion des parties molles. Ici peut-être a-t-il trop déprécié les irrigations.

Tel est, en quelques mots, le mémoire auquel la commission vous propose de décerner le prix Duval, qu'elle regrette de voir disputé par un aussi petit nombre de compétiteurs.

M. SÉE commence la lecture du rapport sur les travaux adressés pour le concours du prix Laborie.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS



M. DOLBEAU. Je présente à la société un cathéter qui réunit à peu près tous les perfectionnements des instruments connus jusqu'ici, il porte en plus un robinet peu apparent et qui fonctionne simplement pendant les manœuvres ordinaires de l'exploration.

Cet instrument perfectionne les sensations de contact au point de renseigner les mains habitués, de plus il permet de faire entendre à distance le choc, non-seulement de la pierre, mais encore d'un fragment même phosphatique.

Avec mon cathéter j'ai senti et entendu un calcul que ne m'indiquait pas l'exploration avec une petite sonde d'argent à petite courbure.

Toutes les qualités de l'instrument résident dans la fabrication : les parois sont minces, l'extrémité interne renforce les sensations de contact et d'audition. — Je ne saurais trop recommander cet instrument fabriqué par notre habile fabricant M. Collin.

M. GUYON se sert depuis longtemps d'instruments analogues à celui que présente M. Dolbeau et qui sont imités de ceux de Thompson. Il n'a qu'à se louer grandement de leur usage.

La séance est levée.

Le secrétaire : TILLAUX.

Séance du 7 janvier 1874. — Présidence de M. TRÉLAT.

La correspondance comprend : *La Gazette des Hôpitaux. — L'Union médicale. — La Gazette hebdomadaire. — Le Mouvement médical. — Le Progrès médical. — La Tribune médicale. — La France médicale. — Les Archives générales de médecine et de chirurgie. — Le Bulletin de la société d'observation de la Dordogne. — La Revue médicale de l'Est. — Le Lyon médical. — La Revue médicale de Toulouse. — Le Bulletin de l'association française pour l'avancement des sciences. — Le Bulletin de l'Académie royale de Belgique. — L'Indépendante de Turin, n° 36.*

MM. Krishaber, Tessier, Périer, Nicaise, écrivent pour faire acte de candidature à la place de titulaire de chaire vacante.

MM. BROCA et BEAUGRAND offrent à la société les œuvres de Gerdy aîné.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture de la lettre suivante adressée par Mme veuve Huguier.

« Monsieur le président,

« Connaissant le vif intérêt que le docteur Huguier portait à la « société de chirurgie, dont il fut l'un des membres et l'un des fon- « dateurs, et voulant réaliser le désir qu'il m'a exprimé de léguer à « cette société une rente annuelle de 1,000 francs, je crois me con- « former aux intentions de votre collègue et honorer la mémoire de « mon cher mari, en vous priant, monsieur le président, de vouloir « bien accepter, au nom de la Société de chirurgie, un titre de rente de « 1,000 francs que je suis heureuse de pouvoir mettre à votre dispo- « sition. — La société décidera elle-même de l'emploi de cette « somme le plus utile à ses travaux et y attachera le nom du fon- « dateur.

« Veuillez agréer, monsieur le président, et faire agréer à mes- « sieurs les membres de la Société de chirurgie l'assurance de ma « haute considération.

« A. veuve HUGUIER.

« Ce 7 janvier 1874. »

M. le docteur Emmanuel Voyet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Chartres, adresse à la société une lettre dans laquelle il rappelle qu'en 1867, à l'hôpital Beaujon, Adolphe Richard, dont il était alors l'interne, employa pour deux grandes amputations (une de jambe et une d'avant-bras), la compression élastique avec le caoutchouc comme moyen hémostatique.

RAPPORT

M. SÉE lit la fin de son rapport sur les travaux envoyés pour le concours du prix Laborie dont voici un résumé :

Messieurs, trois mémoires, tous relatifs à des questions importantes de chirurgie, nous ont été envoyés cette année pour le concours du prix Laborie.

Le premier est intitulé : *De l'origine septicémique des complications viscérales dans l'ostéite aiguë de l'enfance.* L'auteur, cherchant la cause de la gravité toute particulière que présente cette affection, s'efforce de démontrer que cette cause n'est autre que la septicémie et que c'est à elle qu'il faut rattacher toutes les complication viscérales qu'on rencontre dans ces cas. Bien plus, il soutient que toute ostéite s'accompagne, dès son début, d'une infection analogue, dont les divers degrés expliqueraient seuls l'intensité variable des accidents à chaque période de la maladie. Les conclusions de ce travail, établies *à priori* plutôt que déduites de l'observation, n'ont pas paru à notre commission suffisamment justifiées.

Le deuxième mémoire porte ce titre : *Étude clinique et expérimentale sur l'étranglement herniaire et en particulier sur l'action des gaz dans la production de cet accident.* Frappé des lacunes que présente, selon lui, la théorie de l'étranglement herniaire, l'auteur de ce mémoire a entrepris une longue série d'expériences sur les animaux, dans le but de jeter un peu de lumière sur quelques points laissés dans l'ombre et pour contrôler certaines théories qu'il croit acceptées généralement avec trop de complaisance.

Ces expériences sont très-intéressantes ; mais leurs résultats s'éloignent tellement, surtout en ce qui concerne la circulation des gaz dans les anses herniées, des opinions reçues, qu'ils auraient besoin d'être contrôlés pour être admis définitivement. D'ailleurs, la théorie à laquelle l'auteur s'arrête, comme en désespoir de cause, semble difficilement acceptable, pour ne pas dire davantage.

Le mémoire n° 3, enfin, a pour titre : *De la taille hypogastique avec suture vésico-abdominale, mettant à l'abri des infiltrations urineuses.* Les conclusions de ce mémoire sont formulées en quelque sorte dans les lignes suivantes : « Nous nous sommes dit que si l'on pouvait se mettre à l'abri de l'inflammation du péritoine et surtout des infiltrations urineuses, il serait possible de faire de la taille hypogastrique une des opérations les plus sûres de la chirurgie.

« Nous croyons être arrivé à ce but :

« 1° En simplifiant le manuel opératoire.

« 2° En distendant la vessie avec de l'acide carbonique, et incisant la ligne blanche et les parois vésicales sur le doigt.

« 3° En fermant la plaie vésico-abdominale par la suture, jusqu'à organisation du trajet et en laissant à demeure une sonde constamment ouverte. »

Mais la taille hypogastrique, modifiée comme le veut l'auteur, n'a jamais été appliquée sur l'homme vivant et même n'a été essayée qu'un petit nombre de fois sur des animaux. De plus, certains détails du manuel opératoire ont paru, à plusieurs de vos commissaires, trahir une inexpérience qui ne permet pas de l'approuver sans réserves.

En conséquence, votre commission vous propose les résolutions suivantes :

1° Le prix Laborie n'est point décerné cette année.

2° Sur les sommes restées disponibles à la suite des concours précédents, la société accorde un encouragement de 500 francs à l'auteur du mémoire n° 3, et un encouragement de 400 francs à l'auteur du mémoire n° 2, pour la partie expérimentale de leurs mémoires.

RAPPORT

M. DESPRÈS lit le rapport suivant :

Désarticulation du genou. — Vous avez chargé, messieurs, une commission composée de MM. Legouest, Perrin et votre rapporteur, de vous rendre compte d'un travail de M. Duplouy, candidat à la place de membre correspondant national, médecin de la marine à Rochefort, relatif à quatre observations de désarticulation du genou.

L'auteur, après avoir rappelé la controverse qui s'est élevée jadis dans notre pays, au sujet de la valeur de la désarticulation du genou, conclut à la supériorité de la désarticulation du genou sur l'amputation au tiers inférieur de la cuisse. Il s'appuie sur son expérience personnelle, sur quatre désarticulations qu'il a pratiquées, trois primitives et une secondaire, et sur les statistiques anglaises et américaines qui sont parvenues dans notre pays.

Voici le résumé des quatre observations de M. Duplouy :

Dans le premier cas, il s'agit d'une désarticulation du genou pratiquée pour un phlegmon diffus de la jambe en voie de guérison, mais qui avait disséqué les muscles au point que toute guérison définitive était impossible. Il restait assez de peau pour tailler les lambeaux de la désarticulation du genou.

Le malade, âgé de quarante-cinq ans, a bien guéri sans accidents après une suppuration de trente-sept jours. Il marcha ensuite avec un pilon sur lequel appuyait directement le moignon. Ceci se passait le quatre-vingt-deuxième jour après la désarticulation ; on ne sait pas si le malade continua à marcher de la sorte.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un ouvrier âgé de trentre-neuf ans, qui eut la jambe écrasée par une roue de chemin de fer ; le tibia était broyé au 1/3 moyen jusqu'au 1/3 supérieur. La désarticulation a été pratiquée, et le malade est mort du tétanos.

Dans le troisième cas, il est question d'un ouvrier de vingt-deux ans, qui eut la jambe écrasée par la roue d'une locomotive. Les désordres étaient assez étendus. La désarticulation a été pratiquée peu d'heures après la blessure. Il y eut tout de suite une fièvre intense ; puis des fusées purulentes vinrent à deux reprises compromettre le succès de l'opération. Le malade guérit après trois mois de suppuration, d'exfoliation de tendons et de cartilages, c'est-à-dire d'arthrite purulente dans les restes de l'articulation. Le malade marche sur son moignon,

qui a servi de modèle au moule que vous voyez et que nous a envoyé M. Duplouy. Il n'est point question de la marche ultérieure du malade.

Dans le quatrième cas, il s'agit d'un écrasement de la jambe par une roue de voiture pesamment chargée. La désarticulation est pratiquée huit heures après l'accident. Le blessé, âgé de quarante-quatre ans, était un homme robuste. Il y avait des points contusionnés au niveau du genou, et ils furent mieux constatés pendant l'opération; le lambeau se sphacèla dans une étendue de 5 centimètres, et les condyles furent mis à nu. Des fusées purulentes dans la cuisse mirent en danger la vie du malade. La guérison eut lieu néanmoins après trois mois et demi de suppuration. Le malade marche avec un cuissard, c'est-à-dire avec le pilon de l'amputation de la cuisse; la cicatrice, située sur la partie saillante du moignon, s'opposait sans doute à l'usage du pilon approprié pour l'amputation de la jambe (1).

Le procédé de désarticulation employé par M. Duplouy est le procédé de Chaix, des Anglo-Américains, c'est-à-dire le procédé de Smith ou de Béclard, suivant Velpeau. On taille un grand lambeau antérieur, quadrilatère ou arrondi, formé par la peau et le tissu cellulaire, puis un petit lambeau postérieur destiné à couvrir l'espace intercondylien. La rotule est laissée dans le lambeau et les surfaces articulaires ne sont point ruginées dans le but de détruire le cartilage.

M. Duplouy donne ensuite une statistique inédite des désarticulations du genou pratiquées par nos chirurgiens de marine. Sur trois opérations de ce genre, M. Beau, de Toulon, a obtenu deux guérisons et une mort.

M. Drouet a fait, à Rochefort, une désarticulation qui a été suivie de pyoémie, ce qui fait pour l'hôpital de Rochefort trois guérisons et deux morts. Si l'on ajoute aux faits appartenant à M. Beau, de Toulon, un fait publié par M. Arlaud, de Toulon (2), on a pour les hôpitaux maritimes de Toulon trois guérisons et une mort.

De ces deux courtes statistiques, celle qui me paraît devoir attirer le plus l'attention est celle de M. Duplouy, car il lui a été facile de vérifier sur les registres de l'hôpital de Rochefort tous les cas de désarticulation qui ont pu être pratiqués pour une période d'années connues.

L'auteur rappelle que Velpeau avait cherché à réhabiliter, dans notre pays, la désarticulation du genou; que M. Pollock, en Angleterre, a produit une statistique de laquelle il ressort que les chirurgiens anglais ont obtenu trente-six guérisons sur quarante-huit désarticulations, et que les Américains ont obtenu des résultats semblables, ce qui revient à dire que les Anglo-Américains, à l'époque où écrivait M. Pollock, avaient obtenu pour la désarticulation du genou une mortalité de 25 0/0.

La question n'est pas plus nouvelle qu'elle n'est résolue. Voulez-vous recommencer la discussion sur la gravité relative plus ou moins grande de la désarticulation ou de l'amputation dans la continuïté? Devons-nous reprendre pour le genou, comme pour l'épaule, cet axiome général de Sanson que les désarticulations sont moins graves que les amputations dans la continuïté, et qu'elles exposent moins à l'infection purulente? Jusqu'ici, les chirurgiens des hôpitaux civils et militaires se sont prononcés à Paris contre la désarticulation du genou. En effet, il est prouvé, par la statistique que M. Trélat a présentée en 1862, à l'Académie de médecine, qu'il n'a été pratiqué en dix années que quatre désarticulations du genou dans nos hôpitaux.

Pour juger la valeur d'une opération, nous possédons deux moyens de contrôle: les statistiques, d'une part, et l'examen critique des observations, de l'autre.

Les statistiques de désarticulation du genou sont de deux ordres: les unes sont construites à l'aide de faits publiés dans les journaux; ce sont des statistiques auxquelles on peut reprocher d'être incomplètes; les autres sont les statistiques intégrales. Parmi les premières, il faut citer: la statistique de M. Pollock (3). Cet auteur, en effet, n'a pu réunir tous les faits de désarticulation du genou suivies de mort qui n'avaient pas été publiés. C'est ce qui ressort de la discussion qui eut lieu après la communication de M. Pollock au Collége des chirurgiens de Londres. M. Holt House, en effet, cite un fait de désarticulation du genou, suivi de mort, non publié.

La courte statistique de M. Duplouy paraît plus complète, c'est tout ce qu'il y a eu de désarticulations du genou, à Rochefort, en cinq années, et vous avez vu qu'il y a eu trois guérisons et deux décès. Cette proportion de mortalité, qui est de 40 0/0, se rapproche davantage de la proportion de mortalité que nous offrent les statistiques intégrales.

Les statistiques de la chirurgie d'armée, portant sur un ensemble de faits dont aucun n'échappe, fournissent des résultats moins discutables que les précédentes statistiques.

Voici les chiffres:

Guerre de Crimée. — Armée française: 40 désarticulations du genou, 34 morts: mortalité 85 pour 100;

Armée anglaise: 7 désarticulations, 4 morts: mortalité 57 pour 100.

Guerre d'Italie. — Armée française: 4 désarticulations, 3 morts: mortalité 75 pour 100.

Armée autrichienne: 3 désarticulations, 3 morts: mortalité 100 pour 100.

Guerre d'Amérique (guerre de la sécession), 116 désarticulations, 64 morts: mortalité 55 pour 100.

Au Mexique, il n'y a eu qu'une désarticulation du genou, elle a été suivie de mort. Mais ce qu'il y a de particulier à noter, c'est que les amputations de cuisse ont donné une proportion de guérison relativement plus grande que dans nos autres guerres.

Je dois ces détails à M. Chenu qui m'a communiqué, à cet égard, ses manuscrits.

Enfin, pendant la guerre de 1870, il a été pratiqué un certain nombre de désarticulations du genou. J'ai pu obtenir tous les documents déjà réunis, à ce sujet, auprès de M. Chenu, dont vous connaissez les travaux et l'infatigable patience. Grâce à sa situation dans la Société de secours aux blessés, et grâce à ses relations avec les chirurgiens militaires français, M. Chenu a pu centraliser les renseignements sur plus de 1,500 amputés.

Voici cette statistique, pour ce qui a trait à la désarticulation du genou:

Sur 19 désarticulations du genou, il y a eu 13 morts et 1 malade pour lequel on n'a point le résultat définitif; cela fait une mortalité de 68 pour 100. Ces chiffres ne sont pas tout à fait complets, car il reste à dépouiller 800 amputations diverses des hôpitaux de Lyon; mais il est certain qu'il n'y a point de cas de guérison de désarticulation du genou. Ces observations sont nouvellement arrivées à M. Chenu. Une remarque ici doit être faite: il y a eu, dans nos ambulances, des chirurgiens anglo-américains qui pratiquent volontiers la désarticulation du genou. M. Mac Cormac nous apprend qu'il a fait trois désarticulations du genou toutes trois suivies de mort.

La comparaison entre la mortalité de la désarticulation du genou a été établie, et c'est dans la statistique des blessures de la guerre de Crimée qu'elle a été faite avec le plus de soin par M. Chenu.

Ces chiffres démontrent, en effet, que l'amputation de la cuisse au 1/3 inférieur a donné, pour les amputations primitives, 50 pour 100 de mortalité; pour les amputations secondaires, 70 pour 100; et en bloc, pour les deux variétés, 61 pour 100 de mortalité.

Aussi, messieurs, tous nos chirurgiens d'armée qui ont écrit sur la chirurgie militaire (4), à l'exception de Baudens peut-être, ont été opposés, en principe, à la désarticulation du genou. En Angleterre et en Amérique, la comparaison entre la désarticulation du genou et l'amputation au 1/3 inférieur de la cuisse n'a point été faite. Mais d'après la statistique générale des résultats de l'amputation de la cuisse, en bloc, il semble rationnel d'admettre que l'amputation de la cuisse au 1/3 inférieur de la cuisse n'est pas plus grave que leurs désarticulations du genou. En effet, dans l'armée américaine, de 1865 à 1870, il y a eu 26 amputations de cuisse, primitives ou secondaires en proportions à peu près égales et *à des hauteurs variables*, qui n'ont été suivies que de 10 morts, ce qui donne 38 pour 100 de mor-

(1) Ces deux dernières observations ont été publiées déjà dans la thèse de Lartigue. Th. Montpellier, janvier 1872.
(2) *Bulletin de thérapeutique* 1862.
(3) Cons. *The Lancet*, décembre 1869.

(4) Legouest, *Traité de la chirurgie d'armée*.

talité, chiffre de beaucoup inférieur à la mortalité moyenne des amputations de cuisse dans notre pays.

Les observations qui font l'objet de ce rapport et leur comparaison avec d'autres observations publiées, renferment d'utiles enseignements.

Je demande à mes collègues la permission de faire intervenir ici des observations étrangères au travail de M. Duplouy. Je trouve dans un rapport de la chirurgie d'armée américaine, une série de 6 désarticulations du genou, pratiquée de 1865 à 1870 (1), il y a eu 4 guérisons, 1 mort par pyoémie et 1 malade sur lequel il n'y a pas de renseignements définitifs.

Dans le premier cas, une balle avait traversé le tendon rotulien et rasé l'épine du tibia; une arthrite était survenue et la désarticulation du genou avait été pratiquée trente-trois jours après la blessure. L'amputation avait été pratiquée à l'aide de deux lambeaux, l'antérieur plus long. Il y eut des abcès dans la cuisse et la suppuration dura quatre-vingt-neuf jours.

Le second cas est relatif à une plaie par arme à feu. Une balle avait pénétré dans l'articulation au-dessus de la rotule et avait passé au milieu du condyle interne. Le blessé fit à cheval trente-cinq milles avant tout pansement. La désarticulation du genou fut pratiquée le cinquième jour à l'aide de deux lambeaux, l'antérieur plus long.

Un pouce des condyles fut reséqué, et une esquille du condyle fut extraite. Le docteur John Hall ne réussit point. Il y eut des abcès dans la cuisse et de la gangrène du lambeau antérieur, la suppuration dura plus de deux mois. Ce malade guérit.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un enfant de dix ans qui avait un abcès sous-périostique aigu du tibia avec nécrose totale de l'os. Le docteur Reily et le professeur Éliot, ayant reconnu que le tibia était dénudé, se décidèrent à faire la désarticulation du genou. Elle fut pratiquée douze jours après le début des accidents, par le procédé circulaire de Velpeau, avec la manchette, et la rotule fut enlevée. Les condyles furent reséqués dans une étendue d'un pouce. La réunion par première intention fut faite, et la cicatrisation eut lieu en vingt-trois jours.

Il y a un cas de fracture comminutive de la jambe par un boulet de canon. La désarticulation fut pratiquée avec deux lambeaux. Le malade succomba à l'infection purulente.

Le cinquième fait est relatif à un soldat blessé par une balle qui avait pénétré dans la partie supérieure du tibia et était venue se loger sur le condyle externe. La désarticulation du genou à deux lambeaux fut pratiquée. Il y eut de la gangrène, des abcès et de la nécrose et une seconde opération a été jugée nécessaire. Il n'est point donné de résultats définitifs. *(A suivre.)*

(1) War departement. Circular n° 3 *reports on surgerycases in army.* — Washington, 1871.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 22 janvier 1874, la Société de médecine légale est reconnue comme établissement d'utilité publique.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Pierron est nommé aide d'anatomie.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.*— Par décret en date du 31 janvier 1874, trois nouveaux emplois de suppléants sont créés à l'école, pour les chaires d'accouchements, de médecine, de chimie et de pharmacie.

— *Société de chirurgie.* — Ordre du jour de la séance du 11 février 1874. — M. Labbé : Fongus bénin du testicule. — M. Delore : Redressement des genoux en dedans. — M. Perrier : Ligature de l'artère iliaque externe. — M. Terrier : Calcul de la glande sous-maxillaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Annales de gynécologie (maladies des femmes, accouchements) publiées sous la direction de MM. le professeur Pajot, T. Gallard, médecin de la Pitié, et Courty, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de Montpellier; rédacteur en chef, M. le docteur A. Leblond, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Les Annales paraissent le 15 de chaque mois, par numéro de 80 pages. — Prix : 18 francs pour Paris, 20 francs pour les départements. — 1874.— Paris, H. Lauwereyns.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 17. — MARDI 10 FÉVRIER 1874. 47e ANNÉE. MARDI 10 FÉVRIER 1874. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

MM. Demarquay et Gosselin prient l'Académie de les comprendre parmi les candidats à la place laissée vacante, dans la section de médecine et de chirurgie, par le décès de M. Nélaton.

— M. A. Pénaud présente une note intitulée : *Historique de la question du glissement de l'oiseau dans l'air*. Dans une précédente séance, M. Planavergne avait réclamé la priorité de la théorie émise par M. Marey, et celui-ci avait reconnu la justesse de cette réclamation. M. Pénaud, prétendant remonter plus haut, trouve dans Herber, le fameux ornithologue du siècle dernier, dans Dubochet, dans de Lucy, dans d'Esterno, et plus récemment dans les travaux de l'Anglais Wenham, l'invention de la théorie de M. Planavergne et de M. Marey.

Ce grand effort historique est assurément très-louable; mais, selon nous, il ne prouve qu'une chose, c'est que depuis longtemps les observateurs avaient été frappés de ce fait : que, dans le vol sur place, l'oiseau dépense beaucoup plus de force que dans le vol avançant. Restait à démontrer expérimentalement les motifs de cette différence dans la dépense de la force, et c'est ce que M. Marey a fait de la façon la plus ingénieuse et la plus satisfaisante.

— Au nom de M. Ch. Legros, de regrettable mémoire, et en son propre nom, M. Magitot donne les résultats de leurs tentatives de *greffe de follicules dentaires*.

Quatre-vingt-huit chiens ont été sacrifiés à cette idée. Voici les conclusions de ce travail :

Les greffes de follicules dentaires ou d'organes folliculaires isolés n'ont donné de résultats dans nos expériences qu'entre animaux du même ordre zoologique. — Les expériences consistant à transplanter des portions plus ou moins volumineuses de mâchoires avec des follicules inclus ont échoué par suppuration ou résorption. — Les greffes d'organe de l'émail isolément paraissent vouées invariablement à la résorption. — Les follicules entiers et les bulbes dentaires isolés peuvent continuer à vivre et à se développer. — Dans certaines circonstances, l'accroissement s'effectua régulièrement et sans autre différence avec l'état normal qu'une notable lenteur dans les phénomènes d'évolution. — Dans d'autres circonstances, quelques troubles dans la formation de l'ivoire et de l'émail se sont produits, et leur étude a pu être utilement appliquée à la recherche des phénomènes encore si obscurs du développement de l'organe dentaire. — Les résultats qui ressortent de ces expériences peuvent ainsi être réunis à ceux qui sont déjà acquis dans la voie de la greffe chirurgicale.

— M. Ch. Martins cultive pour Darwin une passion enthousiaste qui n'a d'autre égale que celle qu'il réserve aux Allemands en général et à Hœckel en particulier. Aussi, bien que ses fonctions l'appellent à enseigner l'histoire naturelle médicale, il commet de temps en temps quelque article, dans la *Revue des Deux-Mondes*, sur le darwinisme, et il adresse à l'Académie des aperçus qui tendent à prouver la possibilité du passage d'une espèce à une autre. Dernièrement, par exemple, il considérait comme un trait de ressemblance entre les monotrèmes et les oiseaux, la présence d'un petit osselet au voisinage de l'articulation de l'épaule. A ce propos M. le docteur E. Alix, l'élève et l'ami de notre bien regretté Gratiolet, adresse une note à l'Académie pour dire qu'en 1867, il a fait paraître, dans le *Bulletin de la Société philomatique*, un travail sur l'appareil locomoteur de l'ornithorinque et de l'échidné, et que, dans ce travail, il montre que l'os huméro-capsulaire des oiseaux ne saurait être l'homologue de l'os huméro-capsulaire de l'ornithorinque ni que chez les premiers cet os est en connexion avec le *deltoïde postérieur*, qui est un releveur et un rotateur de l'humérus en dehors, tandis que, chez les seconds, le même os est en connexion avec les muscles sous-scapulaire et grand-rond, qui sont des abaisseurs de l'humérus et des rotateurs de cet os en dedans.

— M. Lailler adresse une note intitulée : *Sur la fermentation ammoniacale de l'urine*. C'est exceptionnellement, dit M. Lailler, que l'urine est ammoniacale au moment de l'émission. Cependant l'auteur a observé des lypémaniaques qui émettaient une urine pâle, très-muqueuse présentant une réaction alcaline et une odeur fétide. « Dans le *délire aigü*, ajoute-t-il, l'urée, plus encore que dans la paralysie générale, est éliminée en abondance, et lorsque, la miction ne se faisant plus librement, on est obligé de sonder le malade, l'urine est souvent très-muqueuse, ammoniacale et putride. On pourrait rattacher ce fait *aux états généraux de l'économie*, dont a parlé M. le docteur Bouillaud, dans lesquels l'alcalinité des urines apparaît au moment de leur émission. »

M. Lailler a remarqué, en outre, que l'urine acide des paralytiques généraux continue à présenter la même réaction, malgré les sondages réitérés ; d'où il suit que le transport des germes par la sonde ne serait pas, comme on l'a dit, la cause de la fermentation intra-vésicale de l'urine.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bernutz.

Leçons cliniques sur l'hystérie (1).

Étiologie. — La continence, que tous les médecins de l'antiquité considéraient comme la cause procréatrice nécessaire de l'hystérie, ne peut plus aujourd'hui être regardée comme une condition indispensable du développement de cette névrose, ni même comme un facteur direct de cette maladie. Quand le célibat la suscite, ce n'est qu'indirectement, pour les préoccupations morales de toutes sortes qu'il fait naître. C'est, en effet, un présent bien triste que celui qui incombe aux vieilles filles et une perspective plus triste encore pour l'avenir, le plus souvent la misère pour les filles du peuple, et l'isolement pour celles des classes aisées. Aussi ne peut-on négliger un élément aussi important dans la question, alors même que la statistique, contrairement à ce qui arrive, semblerait donner gain de cause à la théorie hippocratique.

Les résultats de la statistique établissent en effet :

1° Que si l'hystérie était très-commune pendant les siècles derniers, dans les communautés religieuses, où elle donnait lieu à des épidémies singulières, elle est rare actuellement ; ce fait a été indiqué par MM. Brachet et Briquet, et je l'ai observé moi-même chez les religieuses qui desservent les hôpitaux ou les écoles. Chez elles le célibat est de règle, comme il l'était autrefois, mais les conditions de vie sont très-différentes;

2° Que les malades placées dans les hôpitaux généraux consacrés aux femmes de plus de quinze ans en proie aux maladies communes, et où les hystériques abondent, la proportion des hystériques vierges, par rapport aux hystériques mariées légitimement ou illicitement, est de quatre sur trente-trois. L'interrogatoire des malades fait même voir que, chez un grand nombre de ces dernières, la manifestation de la névrose a été postérieure à la cessation de la virginité. A ce moment l'hystérie, si elle existait, a été s'aggravant au lieu de disparaître, comme l'aurait voulu l'aphorisme hippocratique : « Toute hystérique mariée guérit. »

3° Cet interrogatoire montre que le nombre des veuves est également restreint, contrairement à ce que le supposaient nos prédécesseurs et à ce que professe encore M. Jaccoud.

Nous trouvons dans notre statistique une femme séparée judiciairement de son mari et une veuve. Chez elles les accidents hystériques que vous avez observés sont survenus très-tardivement après leur changement de condition. Vous vous rappelez que l'une d'elles, couchée, le printemps dernier, au n° 23, a été prise d'une attaque hystérique à la fin de la convalescence d'une pleurésie d'assez longue durée, et pendant laquelle elle n'en avait pas offert.

Cette malade nous a raconté qu'elle n'avait eu aucun accident nerveux avant son mariage. Depuis, sous l'influence des chagrins de toutes sortes dont elle avait été abreuvée, elle avait été prise d'attaques de nerfs très-fréquentes, qui avaient cessé depuis qu'elle était séparée de son mari. Il y avait plus de trois ans qu'elle n'en avait eu lorsque cette dernière est survenue. Elle attribuait le retour de son mal à l'émotion que lui avait produite la vue des convulsions dont avait été prise la malade couchée dans le lit voisin du sien.

Chez notre seule veuve, couchée actuellement au n° 13, les accidents ont débuté à l'âge de treize ans, quatre ans avant son mariage. Celui-ci a fait complétement disparaître les attaques fréquentes auxquelles elle était en proie. Elle continua seulement à être souvent tourmentée par la sensation de la boule hystérique, mais sans perte de connaissance. La perte successive de ses trois enfants et de son mari n'a pas ramené d'attaques; elle est restée sujette, depuis son veuvage, aux attaques frustes qu'elle avait pendant son mariage; seulement elles sont un peu plus caractérisées depuis six mois qu'elles ne l'étaient antérieurement; un aura partant du membre supérieur droit précède la sensation de boule. Depuis cette époque, c'est-à-dire près de treize ans après la mort de son mari, elle a été en proie à des vomissements excessivement fréquents, auxquels a succédé, quelques jours avant son entrée à l'hôpital, le début de l'hémianesthésie droite qu'elle présente actuellement.

Comme vous l'avez vu, on peut enfoncer dans la jambe une aiguille à 4 ou 5 centimètres de profondeur, sans que la malade le sente et sans qu'il y ait effusion de sang.

Le veuvage, dans ce cas, ne peut, pas plus que la séparation judiciaire, dans l'autre, être accusé du retour des accès hystériques.

Cela est conforme aux résultats des statistiques de Landouzy et de M. Briquet, dans lesquelles, sur huit cent sept cas, on ne compte que vingt-sept veuves. L'hystérie a débuté chez six de ces veuves le jour même de la mort de leur mari, et chez quatre avant la fin du premier mois du veuvage ; ce qui indique bien que c'est au chagrin causé par le veuvage, et non à la privation des rapports sexuels, qu'il faut attribuer, dans ces cas, le développement de l'hystérie.

4° Vous avez pu voir qu'une conduite légère est loin d'être un préservatif de cette névrose, ce qui n'est pas dire assez, car elle en est une cause sinon directe, au moins certainement indirecte. Vous n'avez, pour vous en convaincre, qu'à comparer les statistiques des hystériques reçues dans les hôpitaux généraux et celles des hystériques reçues à Lourcine ou à la maison de détention de Saint-Lazare pour des maladies vénériennes. Vous avez vu que, depuis un an, le nombre des hystériques en traitement dans la salle Saint-Joseph, qui contient vingt-cinq lits, a varié entre six et huit, ce qui fait un peu moins de 33 0/0, proportion indiquée par M. Briquet comme moyenne de l'hôpital de la Charité. J'ai trouvé, quand j'étais médecin de Lourcine, que sur cinquante-deux malades qui étaient, à un moment donné, dans mon service, vingt-trois, près de la moitié, étaient hystériques, comme l'avait indiqué la statistique dressée antérieurement, dans ce même hôpital, par mon collègue d'internat M. Besançon. La statistique dressée à la maison de détention de Saint-Lazare, par M. Briquet, a donné une moyenne plus forte encore ; cent six hystériques sur cent quatre-vingt-dix-sept vénériennes. On devrait, semble-t-il, en conclure que les excès vénériens sont chez les femmes cause d'accidents nerveux, comme le sont les pertes séminales chez l'homme.

Mais cette conclusion serait peut-être excessive, parce qu'il faut tenir compte des désordres de toutes sortes qui accompagnent l'inconduite et des préoccupations très-multiples qui assiégent l'esprit des femmes d'une conduite légère. On doit faire une large part à ces influences morales dans la genèse de l'hystérie, si fréquente chez ces femmes.

On peut réunir aujourd'hui cinquante et une observations d'hystérie suivies d'autopsie, en ajoutant aux faits successivement collationnés par Landouzy et M. Briquet trois cas sommairement rapportés par Lisfranc, une observation de Mme Boivin, l'observation publiée dans ma clinique, un fait de la clinique de M. Jaccoud, enfin un fait rapporté par Winderlich et un par Addison. Malheureusement un grand nombre de ces faits sont très-incomplets. Dix-huit dans lesquels il n'est

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 janvier 1874.

pas dit si l'hystérie existait encore, sont sans valeur. Dans un dix-neuvième, que M. Chairou a emprunté à ma clinique, on trouve l'indication formelle que l'hystérie avait cessé depuis plus de trois ans.

Par conséquent, notre analyse ne doit porter que sur trente-deux observations. (*A suivre.*)

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR LE PROCÉDÉ FRANÇAIS

Par M. Georges Camuset

Parmi les opérations que j'ai pratiquées dans l'arrière-saison de 1872, toutes par le procédé de kératotomie supérieure à grand lambeau, et toutes, je puis l'avouer, avec succès, il s'en est présenté une qui m'a semblé intéressante, tant par ses rapports avec la question générale du traumatisme chez les alcooliques que parce qu'elle montre la possibilité de pratiquer l'extraction à grand lambeau, même dans les cas réputés les plus défavorables.

Le 6 septembre, je reçois à ma consultation Jean-Pierre G..., de l'Étoile. C'est un cultivateur vigneron âgé de cinquante-quatre ans, grand et sec, le visage un peu pâle. Il est atteint d'une double cataracte lenticulaire complète. A l'œil droit, la cataracte présente plusieurs points crayeux constitués par des adhérences de la lentille avec la portion antérieure de la cristalloïde ; l'iris est tremblant, et bien que la consistance du globe oculaire soit normale, il est évident que le corps vitré est entièrement ramolli.

A l'œil gauche, la cataracte me paraît dans d'excellentes conditions, et le surlendemain, 8 septembre, j'exécute l'opération proposée par le procédé français, kératotomie à lambeau supérieur, avec la modification apportée par Alexander et Guthrie, de Londres, et qui consiste à laisser au sommet du lambeau un petit pont cornéen dont on n'achève la section qu'après avoir dilacéré la capsule. Quoique cette modification ne soit pas nécessaire, elle est souvent utile, surtout si l'on a affaire à des malades nerveux.

G..., assis devant moi et la tête maintenue par son fils, supporte sans faire un mouvement l'opération, qui s'achève avec toute la régularité et la netteté désirables. Je maintiens ses paupières fermées par une simple bandelette de taffetas d'Angleterre et le fais mettre au lit avec précaution.

Il y reste pendant une semaine. Je vais, souvent deux fois par jour, lui faire des visites pendant lesquelles je constate, en levant le pansement dans la demi-obscurité, que la pupille est parfaitement noire, qu'il ne se manifeste ni gonflement, ni rougeur, ni douleur, et j'augure de cette marche le succès le plus prompt et le plus complet.

Comme régime, je lui permets tous les aliments qui ne sont pas de nature à provoquer des mouvements trop énergiques des mâchoires et, comme boisson, du vin coupé en petite quantité.

Le 11, je remarque que la chambre antérieure n'est pas encore rétablie et que l'iris vient s'appliquer contre la cornée ; la cicatrisation me paraît complète, et la section cornéenne n'est pas même indiquée par une trace blanchâtre, comme d'habitude.

Pour prévenir toute inflammation et agir sur l'iris, que je crois congestionné, j'ordonne des onctions, qui sont faites autour de l'orbite avec de l'onguent napolitain belladoné, et qui sont continuées les jours suivants. L'état du malade est stationnaire pendant une huitaine de jours. La chambre antérieure est toujours nulle ; la plaie, dans le demi-jour où je l'examine, paraît entièrement cicatrisée, et il n'y a pas trace de rougeur ni de douleurs névralgiques. J'ai remplacé le taffetas d'Angleterre par une seule bandelette de baudruche gommée, pansement que j'emploie avec beaucoup d'avantages dès que le taffetas noir est enlevé.

Enfin, le 18 septembre, je fais lever mon opéré, et je l'examine devant la fenêtre. En soulevant la paupière supérieure, je m'aperçus avec étonnement que chaque contraction de la partie inférieure de l'orbiculaire, pressant sur le globe de l'œil, provoquait une lubrifaction considérable, et que ce phénomène était dû à l'humeur aqueuse qui s'échappait en nappe, à chaque instant, par la plaie cornéenne. Celle-ci était aussi béante et aussi nette que le jour même de l'opération. Les deux lèvres du lambeau étaient donc restées en présence, en contact immédiat, pendant plus de huit jours, sans qu'il se fût produit entre elles aucune formation de matière plastique. La vascularisation normale de l'anneau kérato-sclérotical, qui s'exagère toujours un peu dans les opérations régulières, n'avait pas subi de modification.

Justement alarmé d'un état de choses que je n'avais jamais observé chez des hommes de l'âge de G..., et qui semble réservé aux vieillards chez qui l'énergie vitale est très-affaiblie, je prescrivis de nouveau l'occlusion complète des paupières et le repos absolu. Au bout de deux jours, craignant que l'infiltration du lambeau ne vînt terminer la scène, je me décidai à provoquer artificiellement la vascularisation réparatrice qui devenait nécessaire, et je passai légèrement sur le bord externe de la plaie un crayon d'azotate d'argent mitigé, non sans appréhension. Dès le lendemain, je pus constater que le succès avait répondu à ma tentative, et que la chambre antérieure était remplie. Une légère boursouflure, très-vasculaire, marquait sur l'anneau sclérotical le passage du caustique.

A partir de ce moment, tout marcha bien. J'ordonnai quelques gouttes d'atropine en instillation au malade, dont l'état s'améliora si rapidement qu'il pût retourner chez lui au bout de trois jours, le 21 septembre, treize jours après l'opération.

A cette époque, je parlais de G... à l'un de mes amis, et je lui disais l'inquiétude que l'opération m'avait donnée. « Une seule chose m'étonne, me répondit-il, c'est qu'il ait pu guérir. Vous ne devez pas ignorer que tous ces braves gens-là ne vivent que de vin blanc, et quel vin ! »

Ainsi j'avais eu affaire à un alcoolique sans le savoir. L'usage exagéré et prolongé du vin très-capiteux de l'Étoile avait mis la constitution de cet homme, encore jeune, au niveau de celle des vieillards et avait failli provoquer, à la suite de mon opération, un accident très-grave, sinon irrémédiable.

Quoi qu'il en soit, G... voit clair, aujourd'hui, assez pour avoir repris son travail, suspendu depuis deux ans, et pour m'écrire aussi bien qu'il avait su le faire avant son infirmité.

Je puis rapprocher de cette observation une note qui m'a été fournie par mon obligeant ami M. le docteur Théophile Anger, relativement à un malade qu'il a opéré dans des conditions analogues.

« Il s'agit d'un horloger de la campagne, atteint de cataracte double et ne voyant plus du tout à se conduire.— soixante-quatre ans environ.— Bien portant, mais ayant une réputation d'ivrogne solidement établie. Les cataractes étaient dures et grosses. Les yeux sains, d'ailleurs, de consistance normale. L'état de la rétine était bon, à en juger par les phosphènes et l'étendue du champ visuel. Opération le 14 avril 1873, par extraction à lambeaux supérieurs, sans iridectomie. Les deux cataractes furent extraites sans accident; celle de l'œil droit, qui était plus gros, sortit un peu plus difficilement. Occlusion des paupières avec les bandelettes et légère compression.

« Tout marche bien les deux premiers jours; le 16 au soir, et surtout la nuit, éclate un délire complet. Le 17 au matin, on trouve l'opéré debout sur son lit, en proie à une fièvre violente, enlevant son pansement; il se promène dans la chambre, gesticule et parle incessamment, comme lors qu'il avait trop bu (disait son gendre).

« Saignée du bras et eau de Sedlitz.

« Le *delirium tremens* se prolonge aussi intense pendant quarante-huit heures, puis le calme revient. Pendant ce temps, on le soumet à l'opium à haute dose; frictions belladonées sur les tempes, calomel.

« Le 25 avril, les plaies cornéennes sont parfaitement cicatrisées des deux côtés. La pupille de l'œil gauche est nette et dilatée. A droite, l'ouverture pupillaire est légèrement déformée et un peu voilée; la rougeur des conjonctives modérée. Il distingue assez bien les objets. Le médecin qui le soigne depuis l'opération termine la lettre de renseignements qu'il m'envoie en disant : « Votre opéré verra clair, mais il aura de la chance ».

Voici donc deux cas d'opération par lambeau supérieur sur deux patients atteint d'alcoolisme, l'un chronique, l'autre aigü. Dans ces deux cas, la réaction inflammatoire a été nulle; nulle aussi la tendance à la suppuration. Résultats satisfaisants des deux parts.

Cette lenteur dans la cicatrisation des plaies chez les alcooliques a été signalée depuis longtemps. Ricord a noté la difficulté de la réparation des ulcères chez les ivrognes (chancre œnophagédénique). Mais ces faits paraissent être en contradiction avec la tendance à la suppuration rapide qui a été signalée par le professeur Verneuil et le docteur Péronne (de Sédan). Ces messieurs ont noté cependant le peu d'intensité de la réaction fébrile chez les alcooliques chroniques et la lenteur remarquable dans la guérison.

A la même époque, j'ai opéré également une cataracte très-ancienne, une vieille mendiante, le type de la débilité et de la misère publique. Quoique l'opération ait présenté de grandes difficultés, le cristallin étant adhérent à sa capsule et le corps vitré complétement ramolli, la guérison parfaite ne s'est pas fait attendre au-delà du troisième jour, la plaie s'étant réunie par première intention sans aucune réaction inflammatoire.

Cette année même j'ai fait dix-sept cataractes, en septembre et octobre, sans avoir eu d'autre accident qu'une hernie de l'iris chez un vieux malade à moitié fou.

Après l'opération, cet homme arracha plusieurs fois les bandelettes de taffetas qui fermaient ses paupières et pressa avec ses doigts sur le globe de l'œil. Reçu comme incurable à l'hospice, il craignait d'en être renvoyé et de recommencer sa vie précaire s'il recouvrait la vue. Aussi dut-on le maintenir dans son lit, avec une camisole de force lorsque j'eus opéré le second œil, dont la guérison fut complète dès le quatrième jour.

Les observations que je viens de rapporter et plusieurs autres encore, moins caractéristiques, m'ont convaincu de la grande supériorité du procédé français sur tous les autres. Il exige chez l'opérateur certaines qualités difficiles à acquérir; mais il donne un résultat complet, et il est satisfaisant pour le chirurgien d'être regardé par deux yeux où le couteau n'a pas laissé sa trace. On peut en juger par la figure ci-contre qui donne les résultats en *a* du procédé français



Résultats de trois procédés pour l'extraction de la cataracte.

de Daviel, en *b* de celui de Graefe, en *c* de celui de Liebreich, modification du dernier.

Je ne crains pas d'être démenti en affirmant que tous les efforts des praticiens tendront désormais à rendre plus sûr et plus accessible à tout le monde le procédé français, et, après avoir répété avec Hassner que *tout système d'opération de cataracte, par lequel l'iridectomie est érigée en principe, est un système rétrograde,* j'ajouterai que les succès les plus brillants obtenus par la méthode allemande de de Graefe ne seront jamais que des *demi-succès.*

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 juillet (1). — Présidence de M. Peter, vice-président.

M. de Ranse. L'intéressante communication de M. de Saint-Germain sur le nouveau procédé de laryngotomie qu'il nous a fait connaître, m'a engagé à entreprendre des recherches comparatives sur ce procédé ou tout autre s'inspirant de la même pensée et substituant aussi le cautère actuel au bistouri ou au galvo-cautère. Les expériences dont je vais entretenir la Société ont été faites de concert avec MM. Muron et Laborde, dans le laboratoire de M. le professeur Béclard.

Un premier chien, destiné à être sacrifié en vue d'une autre expérience, est trachéotomisé suivant le procédé de M. de Saint-Germain. Le cautère, mal approprié, rend l'opération un peu difficile; mais on n'en pénètre pas moins dans le larynx à travers la membrane crico-thyroïdienne, et une canule de moyenne grandeur est introduite. L'animal est sacrifié, et nous examinons les lésions immédiates produites par l'opération.

La plaie laryngienne se présente sous la forme d'une boutonnière longitudinale dont les bords sont rapprochés. Si l'on y introduit le dilatateur de M. Laborde, les branches latérales écartent facilement et considérablement les lèvres de la plaie, tandis que la troisième branche refoule en bas l'angle inférieur de la boutonnière et le cartilage cricoïde, ce cartilage est fracturé, mais il est impossible de dire si cette fracture est due à la divulsion ou à tout autre cause. Le cautère a rencontré la paroi postérieure du larynx dans un point très-voisin des cordes vocales inférieures.

Un deuxième chien est opéré, toujours d'après le procédé de M. de Saint-Germain et avec un cautère semblable à celui qu'il nous a montré. On pénètre facilement dans le larynx à travers la membrane crico-thyroïdienne, et une canule est introduite. Cette canule, beaucoup trop petite, est expulsée à plusieurs reprises par les efforts du chien, et, dans une tentative faite pour la réintroduire, l'animal succomba à une prompte asphyxie. L'examen du larynx montre une congestion très-intense de la paroi postérieure, au point où le cautère s'est arrêté; la corde vocale inférieure du côté droit est atteinte; le cartilage cricoïde est intact. La boutonnière faite dans la membrane crico-thyroïdienne est moins allongée, plus arrondie que chez le premier chien.

Ces deux premières expériences montrent la possibilité de léser immédiatement, par le procédé de M. de Saint-Germain, les cartilages, les cordes vocales et la muqueuse laryngée. Les nouveaux renseignements que vient de nous donner notre confrère font voir que les ulcérations sont la conséquence de cette lésion de la paroi postérieure du larynx.

M. Laborde a essayé, sur un troisième chien, si le procédé de M. de Saint-Germain ne serait pas praticable au-dessous du cartilage cricoïde, c'est-à-dire en un point où l'on ne courrait aucun danger de léser les cartilages ou les cordes vocales. Cet essai a échoué, comme il avait d'ailleurs échoué précédemment entre les mains de M. de Saint-Germain lui-même. L'épaisseur des parties molles et la mobilité de la trachée ne permettent pas de pénétrer dans ce conduit avec un cautère de la forme de celui qu'emploie notre confrère.

Sur un quatrième chien, M. Muron pratique l'opération régulière, d'après le procédé de M. de Saint-Germain. Une canule est introduite et laissée à demeure. On la retirera du dixième au douzième jour, et, quand la plaie sera cicatrisée, on sacrifiera l'animal.

J'aurai l'avantage de vous présenter cette pièce anatomique.

Le danger de léser les cartilages et les cordes vocales par le procédé de M. de Saint-Germain, l'impossibilité d'employer le cautère de notre confrère au niveau de la trachée, ont inspiré à M. Muron l'idée de remplacer ce cautère par un autre cautère de forme cultellaire, et de faire dès lors la trachéotomie au lieu classique d'élection. C'est simplement le procédé de M. Verneuil, dans lequel le cautère actuel est substitué au galvano-cautère.

Réalisant immédiatement cette idée, M. Muron opère un cinquième chien avec les seuls cautères que nous ayons à notre disposition, de simples bistouris chauffés au chalumeau. Il ne s'écoule pas une seule goutte de sang. La canule est laissée à demeure, et je présenterai plus tard à la société la pièce anatomique.

Trois autres chiens ont été opérés d'après le procédé de M. Muron. Les cautères employés ont été de simples couteaux de table ou de dessert, à bout arrondi, et chauffés au rouge cerise. L'extrémité du couteau est tenue perpendiculairement au-dessous du cartilage cricoïde et dans l'axe de la trachée; elle pénètre dans les tissus par simple pression. Deux cautères suffisent pour arriver jusqu'à la trachée. On divise celle-ci, soit avec la pointe d'un autre couteau chauffé au rouge, soit avec le bistouri. La division par le bistouri sera peut-être préférable parce que, à ce moment, on n'a plus à craindre l'hémorrhagie, et que l'escarre trachéale produite par le cautère peut rendre la cicatrisation plus lente que la simple incision avec le bistouri. Ce sera à l'expérience de prononcer sur ce point.

Du reste, nous nous proposons d'instituer trois séries d'expériences comparatives.

La première série comprendra des chiens trachéotomisés d'après le procédé classique, avec le bistouri.

(1) Fin. — Voir le numéro du 3 février.

Les chiens de la seconde série seront opérés avec le cautère actuel qui servira à diviser la parties molles et la trachée.

Chez les chiens de la troisième série, les parties molles seules seront divisées avec le cautère ; la trachée sera ouverte aveé le bistouri.

L'examen de toutes ces pièces anatomiques sera rigoureusement fait, et les résultats vous en seront communiqués.

En attendant, et bien que les expériences précédentes ne soient que le prélude des recherches que nous nous proposons de poursuivre, il est permis d'en tirer les conclusions suivantes :

1° Le procédé très-ingénieux de M. de Saint-Germain, s'il évite sûrement l'hémorrhagie, fait courir le risque de léser les cartilages, les cordes vocales, la muqueuse laryngée, et de produire ainsi des lésions immédiates ou consécutives capables d'altérer les fonctions de la voix ;

2° Ce procédé est impraticable au-dessous du cartilage cricoïde ;

3° Le procédé de M. Muron présente le même avantage, au point de vue de l'hémorrhagie, que celui de M. de Saint-Germain, et il a en plus celui d'éviter toute lésion de l'organe de la voix. Il réalise un progrès sur le procédé proposé par M. Verneuil, car le galvano-cautère est un instrument qui entrera difficilement dans la pratique ordinaire, tandis que le cautère actuel est à la portée de tous les praticiens et que, à défaut d'instrument mieux approprié, on peut toujours disposer d'un couteau ou d'un bistouri et d'un foyer,

Le procédé de M. Muron, quand il aura été régularisé, réglé au point de vue du manuel opératoire comme le procédé classique l'a été par Trousseau, me semble propre à faire entrer la trachéotomie dans une nouvelle voie, et à la rendre accessible à un plus grand nombre de praticiens.

M. DE SAINT-GERMAIN. Le procédé dont vient de nous parler M. de Ranse se rapproche du galvano-cautère. — Comme lui j'ai été frappé de la petite étendue de l'ouverture de la trachée, qui n'a pas pu être retrouvée, et j'ai été effrayé de l'étendue des escarres produites : — tandis que je n'ai trouvé que des escarres très-limitées au niveau de la membrane crico-thyroïdienne.

M. DE RANSE. Le cautère actuel dont nous nous sommes servi produit une escarre plus petite, et l'on peut diminuer l'épaisseur du cautère.

M. PETER. Les ulcérations observées sur les chiens, par M. de Saint-Germain, ne se seraient pas produites sur la muqueuse tapissée de fausses membranes, car la fausse membrane protége contre l'action du cautère.

M. CHARRIER. Je demanderai ce que devient le cartilage cautérisé. — De quelle étendue est la nécrose produite.

M. DE RANSE. On peut couper les parties molles avec le cautère, et ouvrir la trachée avec le bistouri.

M. DE SAINT-GERMAIN. Pour la membrane crico-thyroïdienne on ne touche pas aux cartilages.

M. PETER. Pourquoi ne pas couper la trachée avec le cautère. Car après la section des parties molles on voit bien la trachée.

M. DE RANSE. Dès qu'on arrive sur la trachée on voit ses anneaux nacrés.

RAPPORT

M. DUROZIEZ lit son rapport sur le mémoire de M. Blondel (de Raismes Nord). *Des céphalématomes*, et conclut en demandant l'inscription de l'auteur sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. POLAILLON. M. Blondel confond le céphalématome avec la bosse sanguine. Dans le premier cas l'épanchement de sang a lieu entre les os et le péricrâne, et il existe un bourrelet périphérique très-résistant. — Dans le second l'épanchement est en dehors du péricrâne et le bourrelet est formé par de la lymphe.

De plus, maintenant on ne fait pas la ponction de ses foyers sanguins avec la lancette, et cela pour éviter la formation d'un foyer putride.

M. Blondel, dans le céphalématome arrive avec son stylet sur le diploé de l'os, qui chez les jeunes enfants ne donne pas la sensation d'un corps résistant. Dans le cas de bosse sanguine suppurée, on arrive sur l'os qui est dénudé par le pus.

M. CHARRIER. Je crois que la pratique de M. Blondel, consistant à ouvrir ces foyers sanguins, est dangereuse.

M. DELASIAUVE. J'observe souvent des bosses sanguines énormes sur les épileptiques, et je les ai toujours vu guérir par une compression méthodique.

M. PERRIN. En général il faut respecter les collections sanguines.

Mais il y a des cas spéciaux où le médecin doit ouvrir les collections ; ainsi quand elles ne se résolvent pas malgré les moyens employés.

ÉLECTION

M. Camuset est nommé membre titulaire de la société.

Le secrétaire annuel : E. RELIQUET.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 janvier (1). — Présidence de M. TRÉLAT.

M. DESPRÉS continue la lecture de son rapport :

Enfin, dans un sixième cas, une désarticulation a été pratiquée par le procédé à lambeau antérieur long et lambeau postérieur court pour une blessure de la jambe, il y eut gangrène du lambeau antérieur et des abcès à répétition qui durèrent six mois, et le malade finit par guérir.

Éliminons d'abord deux des articulations où les condyles ont été reséqués, ce ne sont plus de simples désarticulations. Dans les autres faits comme dans les observations de M. Duplouy, nous voyons la gangrène du lambeau antérieur et les supurations longues. Trois des opérations américaines sont des désarticulations secondaires, trois des opérations de M. Duplouy sont primitives. Trois fois les Américains ont désarticulé le genou pour une plaie du genou par une balle ; je ferai remarquer que, dans deux cas au moins en France, nous aurions temporisé et nous aurions probablement guéri le malade par ankylose. Le malade qui a été opéré le trente-troizième jours me paraît le plus digne d'inspirer cette réflexion. Je ne juge pas s'il est plus avantageux d'avoir un membre ankylosé après un séjour de longs mois au lit, ou d'avoir un membre de moins après trois mois seulement de traitement, je désire montrer que notre pratique chirurgicale soustrait à nos statistiques d'opération un certain nombre de cas favorables.

J'ai fait cette année une désarticulation du genou pour un écrasement de la jambe au 1/3 moyen produit par une roue de chemin de fer. L'opération a été pratiquée seulement trente-huit heures après l'accident, le malade s'y refusait. Cet ouvrier, âgé de cinquante-huit ans, était un buveur. Il avait déjà la fièvre lorsqu'il a été amputé. Je cite ce fait défavorable parce qu'il m'a démontré qu'il existait une lésion profonde du genou révélée seulement au moment de l'amputation ; il y avait un ligament croisé rompu et un épanchement de sang entre les condyles. D'un autre côté, ce malade m'a offert, dans toute leur ampleur, les deux accidents qui, suivant moi, doivent contre-indiquer la désarticulation du genou: l'arthrite dans les restes de la synoviale et la gangrène du lambeau antérieur. J'avais en effet employé le procédé mis en usage par les Anglo-Américains et M. Duplouy. Le malade a eu le délire le troisième jour et est mort le huitième de septicémie. Ce fait est semblable pour les complications primitives, à une des observations de M. Duplouy et à deux des observations américaines.

Quelques semaines après, un blessé âgé de trente-cinq ans est entré dans mon service avec une fracture de la jambe gauche, plus une fracture comminutive avec plaie de la jambe droite au même endroit que le malade précédent. La blessure avait été causée par une voiture lourdement chargée. L'amputation de la cuisse au 1/3 inférieur a été pratiquée cinq heures après l'accident. Le malade a guéri après avoir présenté quelques complications, telles qu'une orchite

(1) Suite. — Voir le numéro du 7 février 1874.

causée par un catéthérisme imprudent fait inopportunément par un infirmier. Seulement cette orchite ayant amené une forte fièvre, il y eut une hémorrhagie secondaire, et j'ai dû lier l'artère fémorale au 1/3 moyen de la cuisse. Mais ce malade n'a eu aucune inflammation du moignon. Cependant j'avais eu quelques craintes parce que en pratiquant l'amputation j'avais constaté, en sectionnant les muscles de la cuisse, des foyers hémorrhagiques miliaires dus à des ruptures de fibrilles musculaires produits par la contraction énergique du membre au moment de la blessure. Cela m'inquiétait car je suis d'avis que les sections faites dans des tissus contus sont toujours suivies de suppuration abondante. Ces marques de contusion étaient cependant moins importantes que la déchirure des ligaments croisés chez le premier malade. Ces deux faits isolés montrent de la manière la plus nette qu'au point de vue des complications immédiates, l'amputation de la cuisse au 1/3 inférieur est moins grave que la désarticulation du genou.

Parmi les observations isolées qui ont été publiées de divers côtés, il est aisé de remarquer que les désarticulations suivies de guérison sont celles qui ont été pratiquées pour des tumeurs de la jambe. Telles sont : l'observation de M. Maisonneuve (1), plusieurs observations anglaises (2), et il est facile de constater que, même dans ces conditions favorables les suppurations prolongées des lambeaux de l'articulation et des coulisses tendineuses, mettent en danger la vie des malades. Ici l'on ne peut invoquer les traumatismes qui existent dans les articulations pratiquées pour des plaies avec broiement de la jambe. L'inflammation des restes de l'articulation et celle des coulisses tendineuses dominent toujours la scène. Un seul, parmi les faits que j'ai invoqués ici, prouve que la réunion par première intention des lambeaux est possible. L'enfant américain a été guéri le vingt-cinquième jour. Il est probable que la réunion avait presque entièrement réussi. Mais remarquez qu'il s'agit d'un jeune sujet, et c'est chez les jeunes sujets, on le sait, que la guérison des plaies est plus facilement obtenue.

Je suis frappé de ce fait que les Américains ont réussi des désarticulations du genou, avec résection des condyles et des désarticulations du genou pour des plaies avec fractures comminutives de la jambe comme M. Duplouy, et leurs succès dans ces opérations sont plus grands que les nôtres, et nous retrouvons ici une différence semblable à celle qui existe entre les résultats de leurs amputations de cuisse et les nôtres. Il ressort de la lecture des observations que les Anglo-Américains amputent plus volontiers que nous et que pour une lésion semblable ils amputent plus haut que les Français.

D'où vient la différence pour leurs désarticulations du genou comparées aux nôtres ? Au procédé opératoire ? Non certes, il est le même, c'est le procédé à deux lambeaux qui est généralement adopté. Au moment où l'opération est pratiquée? Pas davantage, car les succès obtenus dans les observations que j'ai citées sont égaux pour les articulations primitives et pour les désarticulations secondaires. A la constitution des sujets? Il n'est pas présumable qu'il y ait en Angleterre et en Amérique moins d'alcooliques opérés que dans notre pays, puisque les statistiques de l'alcoolisme mettent l'Angleterre et l'Amérique au premier rang. Dans tous les pays il y a eu des désarticulations du genou, suivies d'arthrites dans les restes de l'articulation ; il y a eu gangrène plus ou moins étendue d'une portion du lambeau antérieur, constituée comme vous le savez par la peau seulement, et dénudation des surfaces articulaires : aucun groupe d'observations ne fait exception. Les pansements ont été les mêmes. La différence n'est point encore là. Dira-t-on que les Américains, ceux qui obtiennent les succès les plus remarqués, sont un peuple neuf; que le caractère rend les hommes plus capables de résister aux opérations? Peut-être. Le peuple qui a pour nourrices le grand air et la liberté a sans doute plus de vitalité que les peuples opprimés. Je ne hasarde cette réflexion que parce que Larrey avait déjà fait remarquer que les opérations réussissaient mieux sur les soldats d'une armée victorieuse que sur ceux d'une armée vaincue.

(*A suivre.*)

(1) L. Maisonneuve, Acad. des sciences 1868 et *Clinique chirurgicale*, Paris 1863.

(2) V. *The Lancet*, avril 1858, avril 1859, avril 1862.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Écoles secondaires de médecine. — Par décret en date du 4 février 1874, sont arrêtées les dispositions suivantes :

TITRE Ier.

Du mode de nomination des suppléants dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Art. 1er. Les suppléants des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie sont nommés au concours.

Leur temps d'exercice est de six ans.

Après l'expiration de son temps légal d'exercice, le ministre peut, par un arrêté spécial, maintenir un suppléant dans ses fonctions ou même le rappeler temporairement à l'activité, si les besoins du service l'exigent.

Art. 2. Nul ne peut être admis à concourir pour la suppléance des écoles préparatoires, s'il n'est Français ou naturalisé Français et âgé de vingt-cinq ans accomplis.

Pour la suppléance des chaires d'anatomie et de physiologie, de pathologie interne ou externe, de thérapeutique, de clinique interne ou externe, d'accouchements, le candidat devra être docteur en médecine. — Pour la suppléance d'une chaire de pharmacie, le candidat devra être pharmacien de première classe. — Pour la suppléance des chaires de chimie et d'histoire naturelle, le candidat devra être docteur en médecine, ou pharmacien de première classe, ou licencié ès sciences.

Art. 3. Les concours ont lieu aux époques déterminées par le ministre; ils sont annoncés par un avis inséré au *Journal officiel* et par des affiches apposées dans le ressort de l'académie à laquelle l'école préparatoire appartient, six mois au moins avant l'ouverture des épreuves.

Le siége du concours est déterminé par le ministre.

Art. 4. Les juges du concours sont désignés par le ministre, parmi les professeurs et suppléants des écoles préparatoires du ressort de l'académie à laquelle appartient l'école préparatoire où la vacance est déclarée, parmi les médecins et les chirurgiens des hôpitaux et les pharmaciens de première classe des hôpitaux des villes du ressort de cette académie, parmi les professeurs des facultés des sciences et parmi les membres des établissements scientifiques et des sociétés savantes du ressort de cette académie étant pourvus de l'un des grades déterminés dans l'article 2 au sujet des candidats.

Art. 5. Le jury de chaque concours se compose de cinq juges titulaires et de deux juges suppléants.

Ne peuvent siéger dans un même concours, deux parents ou alliés au degré de cousin germain inclusivement.

Doit se récuser tout parent ou allié au même degré d'un des compétiteurs.

Le jugement du jury peut être valablement rendu par quatre juges.

Art. 6. Le président du jury est nommé par le ministre qui peut déléguer, à cet effet, un inspecteur général, un professeur d'une faculté de médecine ou d'une école supérieure de pharmacie.

Art. 7. Le jury désigne son secrétaire dans son sein.

Art. 8. Aux jour et heure fixés pour la première séance après la constitution définitive du jury, il est fait appel de tous les candidats admis à concourir.

Tout candidat qui ne s'est pas présenté à cette première séance est exclu du concours.

Les concurrents sont tenus, sous peine d'exclusion, de subir toutes les épreuves aux jours et heures indiqués; aucune excuse n'est reçue si elle n'est jugée valable par le jury.

Art. 9. Le sort détermine les sujets à traiter par chaque candidat dans les différentes épreuves. Il détermine également l'ordre dans lequel les candidats doivent subir chaque épreuve.

Art. 10. Les épreuves du concours consistent :

1° Dans une composition écrite sur un sujet emprunté à l'ordre d'enseignement auquel se rapporte la vacance déclarée et le même pour tous les candidats. Cinq heures sont accordées pour la composi-

tion qui a lieu dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury. Les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé.

2° Dans des leçons orales et des épreuves pratiques portant sur des sujets empruntés à l'ordre d'enseignement auquel se rapporte la vacance déclarée.

Le nombre, la nature et les conditions de ces épreuves sont déterminés par le ministre et indiqués dans l'avis officiel et les affiches annonçant l'ouverture du concours.

3° Dans l'appréciation des titres scientifiques des candidats.

Art. 11. A la suite de chaque concours, le jury classe les candidats par ordre de mérite. Le classement se fait à la majorité absolue des suffrages. En cas de partage, la voix du président est prépondérante. Les deux premiers tours de scrutin sont libres; le troisième tour est un scrutin de ballottage.

Art. 12. Toutes ces opérations terminées, le président du jury adresse au recteur de l'académie dans le ressort de laquelle le concours a eu lieu, un rapport détaillé sur la valeur des épreuves du concours et le classement des candidats par ordre de mérite.

Art. 13. Ce rapport avec les procès-verbaux des séances du concours est adressé au ministre par le recteur, qui fait de son côté un rapport sur la marche du concours et la valeur des épreuves.

Art. 14. Après examen de ces diverses pièces, le ministre nomme, s'il y a lieu, le titulaire de la place de suppléant pour laquelle le concours a été ouvert. En aucun cas, le ministre ne peut choisir un suppléant en dehors de la liste des compétiteurs classés par ordre de mérite.

TITRE II.

Du mode de nomination du chef des travaux anatomiques des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Art. 15. Le concours du chef des travaux anatomiques est soumis aux mêmes règles générales que le concours des suppléants.

Art. 16. Après l'expiration de son temps légal d'exercice, lequel est fixé à six années, le ministre peut, par un arrêté spécial, maintenir un chef des travaux anatomiques dans ses fonctions, si les besoins du service l'exigent.

Art. 17. Les épreuves du concours consistent :

1° Dans une préparation de pièces sèches, sur un sujet d'anatomie humaine choisi par le jury. Trois mois sont accordés aux compétiteurs pour cette préparation.

2° Dans une composition écrite sur une question d'anatomie, la même pour tous les compétiteurs. Cette condition est faite dans les conditions édictées pour le concours des suppléants.

3° Dans une leçon orale de trois quarts d'heure sur une leçon d'anatomie descriptive faite après trois heures de préparation dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury. Les candidats ne doivent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé.

4° Dans une leçon orale d'une heure sur une question d'anatomie générale, après vingt-quatre heures de préparation libre.

5° Dans une préparation d'anatomie descriptive sur un sujet choisi par le jury. Cinq heures sont accordées pour cette préparation, dont la démonstration ne devra pas durer plus d'un quart d'heure.

6° Dans l'appréciation des pièces sèches préparées par les candidats et leurs titres scientifiques.

Art. 18. La nomination du chef des travaux anatomiques se fait suivant la règle édictée pour la nomination des suppléants.

— *Corps de santé de la marine.* — Par décret en date du 30 janvier 1874 :

Les médecins et les pharmaciens qui ont été affectés au service des colonies, sur leur demande, d'après leur tour de service ou à la suite des concours, sont replacés dans le cadre des ports et de la flotte, après un service colonial de trois années effectives.

Au Sénégal et en Cochinchine, la durée de ce séjour n'est que de deux ans.

Les dispositions relatives au séjour au Sénégal et en Cochinchine seront applicables aux médecins et aux pharmaciens de 1re classe et de 2e classe, aussitôt après le concours de 1874.

— Par décret en date du 3 février 1874, M. Lacroix (Auguste-Armand), médecin principal, a été promu au grade de médecin en chef dans le corps de santé de la marine, pour servir aux colonies.

— *Hôpitaux de Nancy.* — A la suite des concours ont été nommés : *interne,* M. Hussenet; *externes,* MM. Famechon, Silice, Genin et Suss.

— Le docteur Max Schultze, professeur d'anatomie à l'université de Bonn, vient de succomber subitement à une maladie du cœur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Réforme hospitalière. Les Villas sanitaires principalement en temps de guerre et d'épidémie. — Les Hôpitaux, leur rôle normal, par le docteur CABROL, médecin principal de première classe, médecin en chef de l'hôpital Saint-Martin, etc. In-8. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

DRAGÉES DOMINIQUE

Les sels arsenico-ferriques *naturels* de la Dominique offrent aux praticiens une innocuité toute particulière dans la médication arsenicale.

Chaque **Dragée Dominique** contient un demi-milligramme d'arséniate de fer, 5 centigrammes de composés ferrugineux.

Les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance dans les formes les plus variées de l'anémie, les névralgies, les maladies de la peau, les fièvres intermittentes, etc., etc.

Les **Dragées Dominique** sont fort agréables au goût.

Emploi : de deux à quatre dragées quelques instants avant les deux principaux repas.

Entrepôt général : Pharmacie Centrale de France, 7, rue de Jouy, à Paris.

Détail : Les principaux Pharmaciens.

LIENTERIE et DYSPEPSIE — GASTRALGIE et ANOREXIE

PANCRÉATINE DEFRESNE

HUILE DE FOIE DE MORUE DEFRESNE ÉMULSIONNÉE PAR LA PANCRÉATINE

PILULES, VIN, ÉLIXIR, ÉMULSION PANCRÉATIQUE DEFRESNE

EMPLOYÉS DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

(Voir les Mémoires présentés à l'Académie de médecine et à l'Institut.)

La **Pancréatine Defresne** perd un tiers de sa force dans l'estomac, mais continue son action dans le duodénum en présence de la bile alcaline. Elle rend assimilable, 15 fois son poids de corps gras; elle digère 50 fois son poids de fibrine, 140 g. d'empois ou 8,90 d'amidon.

Pharmacie DEFRESNE, rue des Lombards, 2 et 4, et dans toutes les autres pharmacies.

SIROP ANTISCORBUTIQUE DE RIVIÈRE IODO-FERRÉ

Combinaison intime et naturelle de l'iode et du fer avec les plantes antiscorbutiques; très-efficace dans les *affections chlorotiques, lymphatiques, scrofuleuses* : Chlorose, Anémie, Pertes blanches, Menstruation irrégulière, etc. 3 fr. le flacon. — Dépôt à la pharmacie J. Rivière, 68, Chaussée d'Antin, Paris.

PILULES HÉMATIQUES DUROY

(Extrait complet du sang frais de bœuf)

TOUS LES MATÉRIAUX DE L'ORGANISME. — RECONSTITUANT GÉNÉRAL.

Renfermant le *fer* retiré *des globules*, les phosphates, *tous les sels*, sans exception; *tous les extractifs azotés du sang*. — Dose moyenne : 4 pilules par jour. — 4 francs le flacon de 100 pilules dragéifiées inaltérables. — Dans toutes les pharmacies.

J. L. P. DUROY, Lauréat de l'Institut, 10, rue du Faubourg-Montmartre, Paris.

DIGITALINE CRISTALLISÉE

PRINCIPE PUR, DÉFINI DE LA DIGITALE

Découvert par A. NATIVELLE, Pharmacien

Prix Orfila de 6,000 francs

Décerné par l'ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 19 mars 1872

La Digitaline cristallisée possède une action régulière incomparablement supérieure à la Digitaline amorphe du *Codex*. Elle se prescrit en *Granules* et en *Sirop*. Chaque granule contient un quart de milligramme de digitaline cristallisée : « Un ou deux granules administrés pendant deux, trois, quatre « ou cinq jours produisent une action marquée sur la circulation : les battements du cœur deviennent « plus lents, plus réguliers, plus énergiques. » (*Rapport de l'Académie de médecine.*)

Un granule de digitaline cristallisée agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe.

Chaque flacon de *Sirop* porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. Ce sirop donné à doses fractionnées, est le plus sûr diurétique. — Dans toutes les pharmacies.

DÉTAIL : rue Coquillière, 25. — GROS : rue de la Perle, 11.






PEPSINE BOUDAULT

SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, successeur de BOUDAULT, 24, rue des Lombards, a Paris.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Granules arsenicaux de Challonneau

Chevalier de la Légion d'honneur.

Pharm., 143, *ancien* 229, *rue St-Denis, à Paris.*

Exactement dosés à 1 milligr. et préparés avec les arséniates de **soude**, de **potasse**, de **fer**, d'**ammoniaque**, d'**antimoine**, et avec l'**acide arsénieux**. — *Exiger mon cachet et ma signature.*

GRANULES ANTIMONIAUX

Antimonio-ferreux

et antimonio-ferreux au bismuth

Du DOCTEUR PAPILLAUD

Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris dans ses séances des 8, 15, 22 *novembre et* 6 *décembre* 1870.

Nouvelle médication à base d'arséniate d'antimoine.

Granules antimoniaux contre les maladies du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Granules antimonio-ferreux contre l'anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les maladies scrofuleuses.

Granules antimonio-ferreux au bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (dispepsies, etc.).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure) et dans toutes les pharmacies en France et à l'étranger. A Paris, aux pharmacies : 141, rue Montmartre; 86, rue du Bac; 1, rue des Tournelles; 1, rue Bourdaloue.

PILULES DE PEPSINE

Digestion difficile, dyspepsie, vomissements, etc.

PIL. DE PEPSINE au fer réduit dans toutes les maladies où le fer est nécessaire.

PIL. DE PEPSINE au proto-iodure de fer. Maladies scrofuleuses, syphilitiques, etc.

Chez **HOGG,** pharmacien-chimiste, 2, rue Castiglione, Paris. Pharmacies de province; on envoie *franco* par la poste.

ERGOTINE

DRAGÉES D'ERGOTINE DE BONJEAN

(Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.)

D'après les plus illustres médecins, les Dragées d'Ergotine sont employées avec le plus grand succès pour faciliter le travail de l'accouchement, contre les hémorrhagies utérines, les engorgements de l'utérus, les métrorrhagies, l'épistaxis, les dysenteries et diarrhées chroniques, etc., et la solution d'ergotine au 10e (Ergotine, 10 grammes; eau, 100 grammes) est un des précieux hémostatiques que possède la médecine.

Dépôt général : à la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

HUILE DE HOGG

(DE FOIES FRAIS DE MORUE)

Fabrique à Terre-Neuve

Cette huile ne se vend qu'en *flacons triangulaires*, à Paris chez **HOGG**, *pharmacien*, 2, *rue Castiglione*, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

N° 18. — JEUDI 12 FÉVRIER 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 12 FÉVRIER 1874. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Aujourd'hui la commission des épidémies et la commission de vaccine ont présenté leurs rapports annuels.

La séance publique est donc proche, et l'Académie, débarrassée de sa besogne administrative, pourra bientôt reprendre le cours de ses savantes discussions.

Avant la lecture des rapports, M. Personne a eu le temps de faire une courte communication sur le chloral.

Un fait nouveau ressort de ce travail, c'est que le chloral entre en combinaison avec les substances albuminoïdes et les tissus des animaux.

Sous l'influence de la vie, cette combinaison, très-stable chez l'animal mort, doit se détruire peu à peu, et le chloral alors, en se décomposant, produit du chloroforme.

Agit-il comme anesthésique avant ce moment? M. Personne, contrairement à M. Gubler, soutient la négative.

Il croit que le chloral n'a pas d'autre avantage que d'emmagasiner dans ses combinaisons avec les substances azotées une réserve de chloroforme, en *puissance* pour ainsi dire, dont la mise en activité soit lente et graduelle. C'est ainsi qu'un chien empoisonné par une forte dose de chloral aurait mis vingt-quatre heures avant de succomber et, dans cet intervalle, aurait paru deux fois complétement réveillé, jouant aussi gaiement que d'ordinaire. A ce qu'il paraît donc, les phénomènes vitaux, dont le résultat était de décomposer le chloral et de dégager du chloroforme, auraient été deux fois à peu près suspendus, ce qui aurait amené le réveil; et deux fois ils auraient repris avant que la mort ne fût la conséquence ultime.

Ces expériences viennent très à propos à un moment où l'on était porté à abuser un peu du chloral.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BERNUTZ.

Leçons cliniques sur l'hystérie (1).

Dans neuf de ces observations, la mort est survenue pendant une attaque hystérique, ou immédiatement après, et est imputable à l'hystérie. Ce sont les plus importantes, d'autant plus que la plupart de ces observations sont de date assez récente.

Dans cinq cas, on n'a trouvé aucune lésion des organes génitaux.

Dans deux, on a donné le nom de lésions aux stigmates du travail ovulaire menstruel. Il n'y a eu de véritables altérations pathologiques que dans deux cas. Elles consistaient, dans l'un, en une affection ancienne de l'ovaire qui est restée indéterminée; et, dans l'autre, en un kyste séreux des ovaires : affection qui, il faut le reconnaître, n'a, en général, que bien peu de retentissement sur l'économie. On arrive à un résultat un peu différent, mais cependant encore très-analogue, en analysant les vingt-trois autres observations. Dans ces observations, la mort n'est plus imputable à l'hystérie. Elle a été le fait d'une cause quelconque qui a fait succomber la malade, alors qu'elle était certainement encore en puissance de la névrose.

Dans dix de ces observations, en effet, les organes génitaux étaient absolument indemnes de lésions.

Dans les treize autres, très-différentes les unes des autres, on trouve les lésions suivantes :

Une inclusion fœtale intitulée à tort grossesse extra-utérine par Louyer-Villermay, trois cancers, deux engorgements de l'utérus, deux atrophies des ovaires chez des femmes approchant la quarantaine, enfin quatre cas de pelvi-péritonite, dont deux à l'état chronique et deux à l'état aigü. Aussi est-il permis de dire que l'analyse de ces trente-deux observations, dans dix-neuf desquelles (dans plus de la moitié) on a trouvé les organes génitaux sans lésions, ne légitime en rien la localisation utérine de l'hystérie. Elle la contredit, au contraire, d'une manière formelle, si l'on tient compte surtout de ce que dans les observations récentes, dans celle de M. Jaccoud en particulier, on ne s'est pas contenté de l'inspection à la vue simple, on a eu recours à des recherches microscopiques qui sont restées infructueuses.

L'analyse des observations publiées pour servir de base aux descriptions des affections génitales donne un résultat plus concluant encore. Ainsi, dans l'analyse des quarante-huit observations de cancer de l'utérus publiées par Mme Boivin comme spécimens des quatre cent neuf qu'elle avait recueillies, on ne trouve qu'un seul cas où l'hystérie puisse être attribuée à l'affection génitale. Elle s'est développée postérieurement à celle-ci, sous l'influence des douleurs affreusement cruelles auxquelles la malade était en proie. Ces douleurs, ainsi que les préoccupations, qui ne font guère défaut chez les malades atteintes d'affections organiques, peuvent très-bien avoir eu une grande part dans le développement de la névrose.

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 février 1874.

Mais, dira-t-on, la rareté du développement de l'hystérie chez les femmes affectées de cancer ou de corps fibreux s'explique par l'âge auquel se développent les affections organiques, rares avant trente ans; tandis que l'hystérie ne se développe plus guère après cet âge. Cette objection ne peut être faite pour la tuberculisation génitale, et cependant l'analyse des cinquante-six observations de cette espèce, collationnées dans la thèse, montre que, dans les quelques faits où l'hystérie a coïncidé avec la tuberculisation génitale, cette dernière était de date plus récente que la névrose. Aussi peut-on dire, en associant la tuberculisation génitale aux affections comprises sous le terme générique de maladies organiques, que celles-ci ne sont que très-exceptionnellement cause prédisposante ou cause déterminante de l'hystérie.

Les affections inflammatoires aiguës graves des organes génitaux : hématocèles, phlegmons des ligaments larges, enfin pelvi-péritonites purulentes ou séro-adhésives intenses, ne sont de même que très-rarement cause déterminante de l'hystérie, du moins dans leurs périodes d'acuité alors qu'il existe un mouvement fébrile bien marqué. Et cependant, dans cette période, il doit exister très-fréquemment une compression de l'ovaire, à laquelle, depuis le mémoire de M. Schutzemberger, on a voulu faire jouer un rôle considérable dans le développement de la névrose. Cette compression devrait exister surtout dans la période aiguë des hématocèles. Cependant, sur les vingt-sept observations d'hématocèle que j'ai rapportées dans ma clinique, et qui s'étaient terminées par la guérison, ou assez tardivement par la mort pour avoir pu déterminer l'hystérie, il n'y en a qu'une seule dans laquelle on trouve signalée la manifestation de convulsions hystériques, postérieurement au début de l'hématocèle. Il est à noter que deux malades qui, antérieurement à l'hématocèle, avaient eu de fréquentes attaques d'hystérie, n'en ont pas présenté pendant tout le temps que le sang a mis à se résorber. Et cependant on trouvait là toutes les conditions de leur manifestation, si la compression de l'ovaire ne devait avoir lieu dans des conditions particulières dont nous parlerons plus tard.

Je n'ai, de même, observé le développement de l'hystérie dans aucun des cas, assez nombreux, de phlegmons des ligaments larges que j'ai recueillis. On n'en trouve pas dans les douze observations rapportées par M. Frarier dans sa thèse. Peut-il s'en développer dans les périodes chroniques? C'est ce que je ne puis dire, parce que j'ai perdu de vue le plus grand nombre des malades après leur sortie de l'hôpital. Mais, de ce que j'ai observé, il me semble permis de conclure que les phlegmons des ligaments larges, affections presque toujours puerpérales, n'ont pas, dans une période d'acuité, le triste privilége, dont les a théoriquement notées M. Chairou, de déterminer fatalement l'hystérie. Ils ne la suscitent pas fatalement non plus dans leurs périodes chroniques, quoique l'induration de ces ligaments larges puisse déterminer une compression de l'ovaire, droit ou gauche, suivant celui des deux qui est le siége du travail phlegmasique.

L'affection complexe à laquelle j'ai donné le nom de pelvi-péritonite et les Allemands celui de périmétrite, n'est, de même que les hématocèles et les phlegmons des ligaments larges, que très-rarement cause déterminante de l'hystérie dans ses phases d'acuité. Ainsi je trouve que, sur vingt-six observations de pelvi-péritonites aiguës primitives, rapportées dans ma clinique, il n'y a qu'un seul cas dans lequel l'affection génitale peut être accusée d'avoir fait naître l'hystérie, apparue pendant la convalescence.

Chez deux malades, hystériques avant le début de l'affection génitale, les accidents nerveux, suspendus pendant le stade d'acuité, ont reparu quand l'affection génitale est passée à l'état chronique. Ces accidents sont devenus très-graves chez l'une des deux malades. Nous voyons, de même, dans huit autres observations, alors que des imprudences avaient ramené la pelvi-péritonite à l'état d'acuité, deux malades toutes deux hystériques avant le début de leur affection génitale, présenter des attaques : l'une pendant la phase d'acuité de la récidive de péritonite à laquelle elle a succombé, l'autre seulement pendant la convalescence de la récidive. Il n'y a ainsi que quatre malades sur trente-quatre qui ont présenté des attaques d'hystérie, mais qui existaient chez trois avant le début de leur affection. Donc, en tenant compte de l'aggravation considérable qui a eu lieu chez une de ces dernières, on arrive à trouver que les pelvi-péritonites, surtout chroniques à répétition, déterminent l'hystérie ou s'aggravent très-notablement une fois sur dix-sept cas. Cette proportion est confirmée par ce que j'ai observé depuis la publication de ma clinique. Dans les faits de cette espèce, qui sont si souvent le désespoir du médecin et de la malade, il y a, sans doute, plusieurs éléments auxquels on peut attribuer le développement de la névrose : l'état anémique dans lequel sont tombées les malades; les préoccupations morales qu'engendre l'affection génitale; enfin les troubles menstruels qui en sont la conséquence. Mais ce serait entrer dans de trop longs détails que de chercher ici à déterminer quel est celui de ces trois facteurs auquel revient la plus grande part dans le développement de la névrose. Il nous suffit d'indiquer que les pelvi-péritonites, comme la fièvre typhoïde, le rhumatisme, la pleurésie, etc., peuvent être cause déterminante de l'hystérie, ainsi que vous l'avez vu chez quelques malades de mon service; et qu'elle en est même bien plus fréquemment la cause déterminante que les maladies que je viens d'indiquer. Mais il me semble impossible de tirer de l'analyse à laquelle je me suis livré une conclusion favorable à l'opinion partagée encore aujourd'hui par un grand nombre de médecins, à savoir : que l'hystérie est le fait de l'action morbide que les organes génitaux irrités ou malades exercent sur l'économie. On peut dire, au contraire, qu'elle démontre son peu de fondement, comme je vous l'ai annoncé au début de cette conférence.

CLINIQUE DE LA VILLE

Rétrécissement sinueux et infranchissable de l'urèthre, compliqué de fistules périnéales.— Uréthrotomie externe sans conducteur. — Incision en T renversé du périnée. — Moyens qui font supporter la sonde à demeure,

Par le docteur Reliquet.

Le 5 mars, M. le docteur Isard amène chez moi M. X..., officier supérieur de l'armée, âgé de cinquante-neuf ans. Sujet d'une bonne constitution, atteint de rétrécissement de l'urèthre avec fistules.

En 1842, M. X... a été opéré de la pierre par la lithotritie. Depuis, il a eu plusieurs écoulements pselmorrhagiques.

Les premières difficultés pour uriner remontent en 1859. Alors elles sont assez grandes après être resté un certain temps à cheval.

A la fin de 1869, les mictions sont fréquentes, et l'urine ne s'écoule plus que goutte à goutte. Rarement il y a un petit jet. — Le médecin consulté passe des bougies, mais sans pouvoir obtenir une dilatation.

Au mois d'août 1870, à la suite d'une rétention complète d'urine, la rupture de l'urèthre se produit. Grâce à des incisions, l'infiltration d'urine est limitée aux bourses.

Après deux mois, les tissus sphacélés étant éliminés et, les clapiers

rétractés, il ne reste plus que des trajets fistuleux. Aux mictions, la plus grande partie de l'urine s'écoule par les fistules. De temps en temps, il se forme un petit abcès qui s'ouvre et devient un nouveau trajet fistuleux. En même temps, d'autres petits trajets se ferment, comme cela se produit constamment. Malgré cet état, M. X... remplit, à B......, ses fonctions de commandant dans le corps des places pendant tout l'hiver 1870-71, se passant lui-même de temps à autre une toute petite bougie.

Mais il passe de moins en moins d'urine par la verge et, bientôt ni le malade, ni les médecins ne peuvent plus passer la plus petite bougie.

Lorsque je vois M. X..., le 5 mars 1872, depuis cinq mois on ne peut plus franchir le rétrécissement, et à chaque miction il passe à peine quelques gouttes d'urine par le méat.

La masse des tissus indurés, grosse comme la moitié du poing, bien limité au périnée, envahit un peu les bourses. Les surfaces mamelonnées présentent des dépressions, résultat de la cicatrisation des trajets fistuleux et des incisions antérieures. Il y a cinq orifices de fistule, dont deux très-larges. Par ces derniers il sort beaucoup d'urine.

J'introduis dans la verge une bougie conique olivaire, n° 10. Je la sens s'engager, au niveau du buble, dans un infundibulum où elle est de plus en plus serrée et bientôt arrêtée.

Une bougie fine conique, sans olive, comme la précédente, s'engage dans un infundibulum de plus en plus étroit, où elle est de plus en plus serrée. Après, le malade prétend qu'il passe un peu plus d'urine par la verge.

Pendant huit jours je poursuis mes tentatives; j'essaye avec toutes les bougies fines proposées : celles légèrement pliées au bec, celles en tire-bouchon, etc. J'emploie tous les procédés décrits pour conduire une bougie dans un rétrécissement difficile à franchir. Je trouve que tous ces moyens ne valent pas les bougies fines en baleine, à extrémité droite et bien arrondie. Une fois cette bougie pénétrée plus avant que jamais, tout en étant arrêtée, son extrémité serrée et comprimée : je la fixe à demeure. Mais, comme cela avait eu lieu déjà deux fois, la bougie étant à demeure dans le canal, à chaque miction il ne passe plus d'urine par la verge.

Après vingt-quatre heures, la bougie est presque aussi serrée que la veille. Il est impossible de la pousser plus loin et, comme elle a perdu de sa roideur, je la retire. Son extrémité est arquée dans l'étendue de 3 centimètres.

Il ne sort pas, par la verge, plus d'urine qu'auparavant. Je veux introduire une nouvelle bougie en baleine, après lui avoir imprimé la courbure de la précédente, mais je ne peux pas dépasser le niveau où je parviens toujours.

M. X.... pressé de retourner à ses occupations, me demanda à en finir par n'importe quel moyen. M. Richet est appelé en consultation, et nous décidâmes que l'uréthrotomie externe sans conducteur était nécessaire.

Cependant je voulus encore essayer de passer soit par les fistules, ce qui fut impossible, soit en appliquant l'endoscope. Je ne pus me servir que du plus petit des tubes de cet instrument. Je constate à nouveau la disposition en infundibulum de l'urèthre en avant du rétrécissement; mais je ne peux engager ni bougie fine, ni stylet, quelle que soit la courbure que je leur donne. Tous ces instruments sont toujours arrêtés de la même façon dans l'urèthre.

Le 21 mars, assisté de MM. les docteurs Izard, Delthil, Tayard et P. Dubois, je pratique ainsi l'uréthrotomie externe.

Le malade ayant pris une heure avant l'opération deux lavements, et ayant bu deux grands verres d'eau pour que la vessie soit distendue, est couché sur une table comme pour la taille.

Je ne donne pas de chloroforme afin que le malade puisse uriner volontairement au besoin.

Les membres inférieurs, libres, sont tenus également écartés par deux aides. Un troisième tient fixe une grosse sonde en métal introduite aussi loin que possible dans l'urèthre.

Je fais au périnée une incision médiane verticale, qui en haut remonte jusqu'au bec de la sonde, et s'arrête en bas à 1 centimètre de la muqueuse anale. Ainsi je fends toute la masse indurée des fistules. Au niveau de l'extrémité inférieure de cette incision, je fais l'incision transversale de la taille bilatérale, allant d'un ischion à l'autre, et à concavité tournée vers l'anus.

Pour cette incision en T renversé, j'ai deux lambeaux latéraux. Les aides, qui tiennent les membres inférieurs, les écartent au moyen de fils doubles qui traversent chacun de ces lambeaux près leur angle.

J'étanche le sang et l'arrête en tordant tous les petits vaisseaux. Alors j'incise l'urèthre en avant du rétrécissement, sur le bec de la sonde; le sang bien arrêté, j'explore directement le rétrécissement. Avec un stylet très-fin, j'entre dans un infundibulum qui s'incurve vers la droite du malade. Je courbe le stylet *ad hoc*, mais je suis arrêté à 1 centimètre et demi. Une bougie fine en gomme et une baleine s'arrêtent au même point.

Alors je vais à la recherche de l'urèthre en arrière du rétrécissement. Pour cela je me sers des deux branches descendantes du pubis, comme de points de repère, juste au milieu de l'espace qui les sépare, et verticalement j'incise dans le fond de la plaie. J'arrive ainsi dans les clapiers; puis je découvre un véritable cordon fibreux, long de 3 centimètres et demi, ayant une direction sinueuse à convexité très-fortement déviée vers la droite du malade. Le fin stylet introduit dans l'orifice antérieur du rétrécissement suit le centre de ce cordon fibreux, qui est évidemment l'urèthre.

J'introduis des stylets aussi loin que possible, dans tous les trajets fistuleux. J'explore avec des stylets la surface des clapiers. Par aucun de ces moyens je ne peux arriver dans le bout postérieur de l'urèthre. Alors je coupe le cordon fibreux près de son extrémité postérieure, au-dessous de sa déviation. J'en explore la section, qui d'abord ne comprend que la moitié de son épaisseur. Je ne parviens pas à entrer dans l'urèthre.

Enfin je me décide à ouvrir directement l'urèthre au niveau de son entrée dans la prostate. Pour cela, le doigt indicateur gauche dans l'anus, sa pulpe appliquée contre le bord antérieur de la prostate, sur la ligne médiane, au niveau de son bec, je porte un bistouri droit dans le fond de l'incision transversale. Arrivé au-dessus de la pulpe du doigt qui est sous l'anus, je dirige mon bistouri verticalement en haut, et je fais d'un seul coup une incision transversale d'un centimètre de profondeur et d'un centimètre de long. Aussitôt l'urine s'écoule, et je conduis un stylet dans la vessie.

Cette dernière incision de l'urèthre a été faite à une profondeur considérable dans le périnée. J'étais bien au-delà des branches pubiennes et en haut. Sur le stylet je glisse une sonde droite, largement cannelée comme le cathéter de la taille, qui est tenue en place par un aide. J'incise verticalement le périnée y compris le cordon fibreux. J'arrête le sang, et je place à demeure une sonde en gomme n° 18, ouverte aux deux bouts, ayant de grands yeux près du bec. Pour cela la sonde mise sur un gros mandrin courbé dont l'extrémité dépasse le bec, j'introduis le tout dans la verge. Arrivé dans la plaie, je place l'extrémité du mandrin dans la large gouttière de la sonde cannelée qui conduit le tout, mandrin et sonde, dans la vessie.

Le mandrin retiré, je fais plusieurs injections dans la vessie avec de l'eau tiède, qui revient presque complétement par la sonde.

Cette opération a duré cinquante minutes, a donné fort peu de sang, et a été supporté avec un très-grand courage.

Le malade, porté dans son lit, y est couché sur le dos; les jambes demi fléchies et écartées avec des coussins; puis il est entouré d'eau chaude et couvert de flanelle.

La plaie est pansée avec de la charpie imbibée d'eau alcoolisée au tiers.

La sonde, tenue ouverte, laisse couler l'urine dans un vase placé entre les jambes.

Je prescris des grogs à l'eau-de-vie chauds de temps en temps; un lavement simple matin et soir; une injection d'eau tiède poussée très-doucement dans la vessie toutes les trois ou quatre heures.

Après chaque garde-robe on lave la plaie et l'on met un nouveau pansement.

La sonde fonctionne bien, mais il passe toujours un peu d'urine par la plaie.

Jusqu'au 24 mars, pas d'accident. Mais ce jour, au moment où j'arrive pour changer la première sonde, on me dit qu'il y a eu un frisson violent dans la matinée. — Le malade a une teinte subictérique générale. La peau est chaude et sèche. La bouche est sèche et

pâteuse. La langue est couverte d'un enduit fuligineux grisâtre, très-épais. Le pouls est à 120. Il y a des spasmes douloureux du col vésical.

Je change la sonde, je lave soigneusement la plaie, et, tout de suite, je fais prendre de l'eau-de-vie pure par moitié de petit verre toutes les dix minutes. Puis je donne de la bourrache par petites tasses très-chaude toutes les dix minutes. Il se produit une sudation abondante.

Le soir la peau est souple, le pouls est à 80. Mais la bouche est toujours mauvaise. Je purge avec trois verres d'eau de Pullna.

Le lendemain tout est normal. Alors je donne du sulfate de quinine 25 centigrammes en cinq doses, une chaque heure avec un bouillon ou un potage. A partir de ce moment il n'y a plus eu d'accidents généraux.

Toutes les fois qu'on change la sonde, il y a cessation des spasmes du col vésical. Mais ces spasmes reparaissent dès que la même sonde reste en place plus de trente-six heures.

Alors je change la sonde tous les jours. J'introduis la partie courbe du mandrin de Desault dans la sonde qui est dans l'urèthre, je visse sur l'extrémité externe du mandrin une tige droite de 30 centimètres, et je retire la sonde en laissant le mandrin dans l'urèthre. Sur le mandrin je conduis la sonde neuve dans l'urèthre. M. le docteur Izard se charge de cette manœuvre, qui est toujours faite sans irritation pour le col vésical ou la plaie. On place toujours la sonde de façon que son bec soit aussi peu saillant que possible dans la vessie.

Bientôt on ne change la sonde que tous les deux jours, sans qu'il y ait de spasmes douloureux.

La plaie, organisée après trois jours, est pansée avec de la charpie imbibée d'eau phéniquée aux deux millièmes. Lorsque les bourgeons charnus sont trop saignants, on panse pendant deux ou trois jours avec de la glycérine.

En six jours l'induration des tissus disparaît. Et aussitôt la cicatrisation commence par l'incision bilatérale. Il passe toujours un peu d'urine par la plaie.

Le 14 avril, l'incision bilatérale est complétement cicatrisée, ainsi que la moitié postérieure de l'incision verticale. Seule, la moitié antérieure de cette dernière, en arrière des bourses, reste béante, et cela sans cause apparente. Pour examiner les parties, et bien voir le sommet de la plaie, je relève les bourses, et brusquement il s'échappe un flot de liquide, urine et pus. Je reconnais que ces liquides sont arrêtés dans l'urèthre au niveau du ligament suspenseur de la verge, juste au point où la sonde et la verge s'incline en avant. Pour faire cesser cet état, au lieu de couper la sonde à 3 centimètres du méat, je lui laisse son long pavillon, et je place la verge et la sonde relevée et inclinée dans la direction du pli de l'aine. Je recommande au malade de maintenir le tout dans cette position, qu'il soit couché sur le dos ou sur le côté. Deux heures après, nous voyons les liquides, mucosité et pus, s'échapper par le méat autour de la sonde. Et le deuxième jour, quand on relève les bourses, il ne s'échappe plus de liquide.

La cicatrisation marche rapidement. Le 20 avril il ne passe plus d'urine par la plaie, et le 22, les deux lèvres de la plaie sont réunies dans toute la hauteur de l'incision.

Je maintiens une sonde à demeure jusqu'au 30 avril. A partir de ce jour le malade urine librement et complétement par son canal.

D'abord les envies d'uriner sont assez fréquentes, mais elles s'éloignent de plus en plus.

Des injections d'eau tiède, faites par une sonde, suffirent pour arrêter complétement le muco-pus.

Je conseille à M. X... de se passer régulièrement tous les huit jours une bougie olivaire n° 21, filière Charrière, et le 7 mai il part pour B..., où il reprend son service.

Depuis, la guérison bien confirmée s'est toujours maintenue.

Je crois devoir insister sur le procédé opératoire que j'ai employé: 1° je ne me suis pas borné à l'incision médiane qui ne donne qu'un espace restreint. L'incision transversale préalable, qui m'a permis de découvrir facilement le cordon fibreux et dévié formé par l'urèthre rétréci, qui m'a permis d'aller facilement ouvrir l'urèthre au niveau de la prostate, est des plus utiles.

2° Au milieu de tissus aussi altéré, il est fort difficile de se maintenir très-exactement dans le plan médian. L'exploration fréquente de l'arcade pubienne et de ses branches descendantes m'a permis de me tenir toujours au milieu de l'espace qui les sépare, par conséquent, dans le plan médian.

3° Dans cette opération, en explorant directement la face antérieure du rétrécissement, en allant ensuite à la recherche du bout postérieure de l'urèthre immédiatement en arrière du rétricissement, j'ai suivi la règle. Mais comme cela arrive presque toujours je ne suis entré dans l'urèthre qu'après l'avoir ouvert au niveau de la prostate. Je crois qu'il serait bien plus simple d'aller tout de suite chercher l'urèthre en ce point, après avoir fait l'incision en T renversé.

Ainsi l'on agirait plus vite, et l'on éviterait un long temps de souffrance au sujet.

4° En me servant d'une sonde ouverte aux deux bouts mise sur un mandrin, et du cathéter droit sans cul-de-sac placé dans le bout postérieur de l'urèthre, j'ai mis la sonde à demeure très-facilement sans tâtonnement.

5° Je n'ai point à insister sur l'accès d'intoxication urineuse, qui a été arrêté par les moyens que j'emploie depuis 1865, les évacuations abondantes par la peau et l'intestin. J'ai parlé plusieurs fois des heureux résultats ainsi obtenus, surtout dans l'*Introduction* de mon *Traité des opérations des voies urinaires* publié à la fin de 1868;

6° J'ai cherché à faire supporter la sonde à demeure, et pour cela non-seulement je me suis servi de sondes en gomme molles, d'un calibre moyen et ouvertes aux deux bouts, mais encore ayant remarqué que dès que la surface de la sonde est devenue rugueuse, il se produisait une irritation douloureuse du col vésical, j'ai tout de suite changé la sonde très-fréquemment, et, pour que cette petite opération ne provoquât pas d'excitation, je me suis servi du mandrin de Desault.

7° Enfin il y a un point important : c'est le fait de la cicatrisation rapide du sommet de l'incision médiane en arrière des bourses, dès que la sonde a été maintenue relevée et inclinée dans la direction du pli de l'aine. Cette façon de tenir la sonde à demeure a plusieurs avantages : 1° elle permet au liquide de filer entre la sonde et la paroi de l'urèthre et de sortir par le méat. Ce qui est relaté dans cette observation le prouve, et depuis j'ai observé plusieurs faits analogues dans les cas de sonde à demeure après l'uréthotomie interne. En agissant ainsi, le muco-pus n'étant plus retenu au niveau du ligament suspenseur de la verge, la région profonde du canal et le col vésical sont moins irrités, et la sonde est beaucoup mieux supportée. De plus, quand la sonde est inclinée entre les jambes, elle est courbée en S, et quelle que soit la souplesse de la sonde, cette double incurvation met en jeu l'élasticité de la sonde qui, tendant toujours à se redresser, fait que son bec tend toujours à s'engager dans la vessie et à y faire une plus grande saillie, ce qui provoque l'excitation de la vessie et de son col, condition défavorable pour faire supporter la sonde à demeure.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 février 1874. — Présidence de M. DEVERGIE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique, des cultes et beaux-arts, adresse à l'Académie ampliation d'un décret de M. le président de la République qui approuve l'élection de M. Trélat en qualité de membre titulaire.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Michel, professeur de médecine opératoire à la faculté de Nancy, qui demande à être porté sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national et adresse, à l'appui de sa candidature, un mémoire manuscrit intitulé: *Contribution à l'histoire de l'extirpation complète de l'omoplate avec conservation du bras, — première opération faite en France avec succès définitif* (commissaires : MM. Broca, Demarquay Trélat).

2° Une lettre de M. le docteur Chereau qui se porte condidat à la place vacante dans la section des associés libres.

3° Une note de M. le docteur Romanowski sur l'influence du mouvement terrestre dans l'étiologie du choléra (commission du choléra).

M. LARREY présente de la part de M. Léon Célin, professeur au Val-de-Grâce, une brochure intitulée : *l'Expédition anglaise de la Côte-d'Or, étude d'hygiène militaire et de géographie médicale.*

M. LARREY présente en outre, en mémoire de M. Huguier, de la part de sa veuve, et pour être consultés au besoin par les compétiteurs au prix Huguier, plusieurs mémoires et ouvrages de ce chirurgien relatifs aux maladies des organes génitaux de la femme, notamment : 1° son *Mémoire sur l'esthiomène ou dartre rongeante de la région vulvo-anale*; 2° son *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus*; 3° son *Traité de l'hystérométrie et du cathétérisme utérin.* Chacun de ces ouvrages est accompagné d'un magnifique atlas de pièces pathologiques dessinées à la main ; un quatrième atlas semblable est relatif à l'anatomie, soit normale soit pathologique, de l'appareil glanduleux vulvo-vaginal.

COMMUNICATION

M. PERSONNE, dans une note relative à l'action du *Chloral sur les matières albuminoïdes*, résume les observations qu'il a faites sur ce sujet par les propositions suivantes :

1° Le sang frais additionné d'hydrate de chloral et maintenu à la température ordinaire se coagule complétement. Il conserve sa couleur rouge et reste sans altération à la température de 25 à 28 degrés. Ainsi coagulé, il ne cède rien à l'eau ;

2° Le sang défibriné est également coagulé par l'hydrate de chloral ; mais le coagulum obtenu, traité par l'eau distillée, cède à ce véhicule une matière soluble qui le colore en brun rouge (matière non étudiée);

3° Si l'on plonge un morceau de muscle dans une dissolution d'hydrate de chloral au dixième, sa teinte pâlit un peu et revêt assez exactement la couleur du sulfure de manganèse hydraté (couleur chair). Il en exsude une petite quantité d'un liquide rougeâtre qui dépose bientôt un sédiment briqueté. Après quelques heures d'immersion, le muscle abandonné à la température de 15 à 20 degrés ne se putréfie plus. Il se dessèche rapidement, prend une teinte plus vive, il devient assez friable pour être pulvérisé. La matière desséchée à + 100 degrés constitue une combinaison de chloral avec les matières albuminoïdes des tissus. Elle ne fournit de chloroforme que lorsqu'on la traite par une dissolution alcaline. Cette combinaison jouit, comme celle d'albumine et de bichlorure de mercure, de la propriété de se dissoudre dans un excès d'albumine et dans un excès d'hydrate de chloral, ce qui rend sa préparation difficile ;

Cette combinaison de chloral avec les matières albumineuses a suggéré à M. Personne l'idée qu'elle pourrait fournir un moyen de conserver les matières animales à l'abri de toute altération.

M. Personne présente à l'Académie :

1° Un cobaye injecté avec une solution de chloral depuis la fin d'octobre 1873, et qui n'a pas éprouvé jusqu'à ce jour la moindre altération ;

2° Un chien injecté depuis huit semaines, et qui se trouve dans le même état de conservation. Cet animal a été injecté dans le laboratoire de M. Vulpian et, bien qu'exposé à toutes les alternatives de température depuis le moment de l'injection, toutes les parties de l'animal sont souples et n'exhalent pas la moindre odeur.

M. Personne met également sous les yeux de l'Académie des morceaux de muscles qui ont subi une immersion plus ou moins longue dans la solution d'hydrate de chloral au dixième, et dans cette même solution renfermant un demi-volume de glycérine.

Les premiers sont desséchés au point de pouvoir être pulvérisés. Les secondes, au contraire, possèdent une certaine souplesse, ce qui fait espérer que ce mélange d'hydrate de chloral et de glycérine permettra de conserver avec aussi peu d'altération que possible (comme forme) les préparations anatomiques intéressantes.

M. Personne conserve depuis trois mois un cervelet en contact avec une dissolution d'hydrate de chloral au dixième.

L'auteur ajoute que l'action du chloral sur les matières albumineuses rend parfaitement compte de la différence qui existe entre le chloroforme et le chloral. Ce dernier n'agit certainement, suivant M. Liebrick et selon les expériences de M. Personne, que parce qu'il se transforme en chloroforme au sein de l'économie. Mais la plus longue durée d'action du chloral sur celle du chloroforme s'explique par son pouvoir de combinaison avec les matières des tissus, ce qui constitue une sorte de réservoir de chloroforme, qui ne le cède que successivement et à mesure que la circulation vient détruire la combinaison formée.

RAPPORTS

M. DELPECH, au nom de la commission des épidémies, lit le rapport général pour l'année 1872.

M. BLOT, au nom de la commission de vaccine, lit le rapport général sur l'exercice 1872.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour délibérer sur les conclusions de ces rapports, relativement aux récompenses à décerner.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 janvier (1). — Présidence de M. TRÉLAT.

M. DESPRÉS termine la lecture de son rapport :

Il existe, à mon sens, une autre raison. Les Anglo-Américains opèrent souvent dans des articulations déjà malades, mais pour des lésions simples contre lesquelles nous essayons avec succès assez souvent la conservation : ainsi une plaie pénétrante de l'articulation du genou sans lésion des os ou une lésion des os peu marquée et à laquelle ils remédient par la résection des condyles. Ici ils appliquent une opération que nous appliquons journellement pour les lésions des articulations des doigts.

Quand ils opèrent pour une lésion traumatique avec retentissement sur les membres, ils opèrent assez haut au-dessus de la lésion. Sans doute ils partagent une opinion que pour des objets divers, M. Muron et moi-même nous avons défendue. Vous avez vu tout à l'heure que j'avais conformé ma pratique à cette opinion et que l'événement a justifié la théorie. Les Américains désarticulent le genou avec succès quand la lésion de la jambe n'a pas causé de désordres étendus. Ils échouent comme nous quand il s'agit d'une plaie étendue de la jambe par un éclat d'obus. Et je suis persuadé que M. Duplouy a réussi dans une de ses désarticulations parce qu'il n'y avait des lésions qu'à la partie inférieure de la jambe et que l'opération a été pratiquée à un moment très-rapproché de l'accident. Chez un autre malade, il y avait bien une contusion du genou, mais aussi quelles n'ont pas été les accidents, gangrène des lambeaux, suppurations prolongées ? Le malade a failli plusieurs fois périr.

De tout ce qui précède votre rapporteur conclut.

Que la désarticulation du genou n'est pas moins grave que l'amputation de cuisse au 1/3 inférieur à cause des complications graves immédiates telles que l'arthrite dans les restes de l'articulation, les fusées purulentes et la gangrène, et que cette désarticulation n'offre qu'exceptionnellement des avantages au point de vue de la prothèse. Sauf un petit malade dont a parlé M. Velpeau, il n'est pas démontré que les opérés aient pu marcher définitivement avec le pilon d'amputation de la jambe. Toutes les fois qu'il y a eu quelques lésions inflammatoires, la cicatrice est sur le moignon, et les malades ne peuvent prendre point d'appui sur leur moignon.

Que le meilleur procédé de désarticulation est le procédé de Smith avec deux lambeaux, un antérieur long et un postérieur court destiné à combler l'espace intercondylien.

Au point de vue de l'indication opératoire, il est raisonnable d'accepter cette opération pour les jeunes sujets. Elle convient chez l'adulte seulement pour quelques cas particuliers, tels que les tumeurs

(1) Fin. — Voir le numéro du 3 février.

du tibia; mais elle ne saurait être acceptée pour les lésions traumatiques que quand la blessure est située à la partie inférieure de la jambe et n'a point retenti sur le genou.

Quant aux désarticulations avec résection des condyles pour des plaies par arme à feu du genou, lorsque les condyles sont touchés, opération de choix des Américains, elles ne s'éloignent pas beaucoup des amputations de cuisse suscondyliennes que nous pratiquons, et elles sont acceptables, mais elles ne sont pas supérieures à l'amputation de la cuisse en bas.

Le travail de M. Duplouy, quoique concis, expose nettement les raisons qui lui font préférer la désarticulation du genou à l'amputation de cuisse, et sa pratique lui donne raison. S'il possédait un plus grand nombre de faits, peut-être devrions-nous nous incliner devant l'évidence du succès; mais la statistique cosmopolite est loin d'être aussi probante que les quatre faits que nous a adressés M. Duplouy.

Votre commission vous propose d'adresser des remercîments à l'auteur et de déposer son manuscrit dans nos archives.

ÉLECTION

La société procède à l'élection de quatre membres correspondants nationaux.

Le vote donne les résultats suivants sur 32 votants :

MM. Duplouy. . . .	32	suffrages
Cazin	30	—
Faucon	27	—
Mourlon. . . .	19	—
Boissarie . . .	6	—
Surmey. . . .	5	—
Beau	2	—

MM. Devalz, Vast, Olivier, Follet, Pamard, Gayat, obtiennent chacun un suffrage.

En conséquence, MM. Duplouy, de Rochefort; Cazin, de Boulogne; Faucon, d'Amiens; Mourlon, de Batna, sont nommés membres correspondants nationaux de la Société de chirurgie.

La société se forme en comité secret à quatre heures et demie.

Le secrétaire : TILLAUX.

VARIÉTÉS

Histoire des plantes, par M. le professeur H. BAILLON. Tome quatrième (1).

I.

Le quatrième volume de l'*Histoire des plantes* s'ouvre par l'étude des nyctaginacées, dont le type est bien connu sous le nom de *belles de nuit*. Bernard de Jussieu avait établi un ordre des *Jalapæ* dans lequel il plaçait, à côté des *Pisonia, Boerhavia* et *Mirabilis,* toutes les plombaginées et amarantées de son temps. Adanson rejeta les amarantées, mais adjoignit le Bugainvillea de Commerson. M. Baillon accepte treize genres renfermant environ cent vingt espèces, dont cent appartiennent aux régions chaudes du nouveau monde.

Cette famille, par les principes assez énergiques de ses racines, appartient à notre matière médicale, section des évacuants. Mais pour peu qu'on suive ces plantes dans leurs lieux d'origine, on les voit tantôt émétiques, tantôt fébrifuges, hémorrhoïdaires ou même comestibles. Ce que le médecin ne doit pas oublier, c'est que le jalap n'est pas donné par cette famille, mais bien le faux jalap.

II.

Aux nyctaginacées font suite les phytolaccacées, plantes qui ont pour caractères communs d'avoir : des feuilles alternes simples; des carpelles uniovulées, des ovules ascendants, à micropyle inférieur et extérieur; un embryon non rectiligne, arqué, unciné, circiné, involuté ou replié un nombre variable de fois sur lui-même.

(1) Grand in-8, 527 fig. Prix : 25 francs. — Paris, L. Hachette et Cᵉ.

M. Baillon les divise en six séries : les *phytolaccacées*, dont les cinq genres présentent deux ou plusieurs carpelles libres en totalité ou en grande partie (au moins à un certain âge), insérés sur un réceptacle convexe. Étamines hypogynes. — Les *barbeuïées*, dont on ne connaît qu'un genre, avec deux carpelles supères, unis en un ovaire à deux loges. Étamines hypogynes. — Les *agdestidées*, avec quatre carpelles infères, logés dans un réceptacle concave, et unis entre eux. Étamines hypogynes. Un seul genre connu. — Les *rivinées*, dont les sept genres sont caractérisés par un seul carpelle libre et des étamines hypo ou périgynes. — Les *theligonées*, à un seul carpelle libre entouré d'un calice gamophylle. Fleurs unisexuées, monoïques (un genre). — Enfin les trois genres, à deux ou plusieurs carpelles supères, insérés en dedans sur une columelle centrale, libres sur les côtés, ou rarement unis; à fleurs unisexuées dioïques constituant le groupe des *gyrostémonées*.

Parmi les représentants de cette famille, nous trouvons le Phytolacca decandra, médicament évacuant. Sans nous arrêter aux usages de ces plantes dans leur pays natal, bornons-nous à signaler l'emploi industriel du Phytolacca dioica, pour la teinture, même appliquée aux vins.

III.

Ces deux petites familles servent d'introduction à l'étude d'une série de plantes que nous connaissons mieux en général, parce qu'elle est très-représentée dans nos climats, nous voulons dire la famille des *malvacées*.

Ici, nous retrouvons cette très-heureuse tendance de l'auteur, à resserrer les groupes au lieu de les étendre indéfiniment. La seule énumération des diverses séries qui, pour M. Baillon, forment une seule famille dite des malvacées, montre avec quel soin sont revisés les travaux des botanistes les plus récents.

Les sterculiées, les hélictérées, les dombeyées, les chiranthodendrées, les hermanniées, les buettnériées, les lasiopétalées, les malvées, les malopées, les urénées, les hibiscées et les bombacées, viennent se fondre pour faire un tout unique. Chacune de ces séries est différenciée avec précision; mais de ces caractères ressort avec plus de force la nécessité de la voie où nous sommes heureux de voir s'engager M. Baillon. Peut-être la grande division fut-elle commandée, à une certaine époque, par l'énorme travail d'un premier dégrossissement; mais certainement l'abus était devenu assez nuisible, à la science, pour qu'on applaudisse au travail de révision et de simplification auquel nous assistons.

Ainsi étudiée, la famille des malvacées renferme environ douze cents espèces, dont les six dixièmes appartiennent à l'ancien monde et le reste au nouveau. Quant au nombre de genres propres à ce dernier, il est bien moins considérable que celui des genres limités à l'ancien; car l'Amérique n'a que vingt-trois genres qui lui appartiennent exclusivement, l'ancien monde en possédant quarante-huit. Il en résulte que dix-sept genres sont communs aux deux mondes.

Cette famille ne possède, pour ainsi dire, aucun caractère absolu. On y observe fréquemment des fleurs pentamères, un calice valvaire, des étamines et une corolle hypogynes, des filets monadelphes ou polyadelphes, des ovules à micropyle extérieur quand ils sont ascendants, intérieur quand ils sont descendants, des feuilles alternes, pourvues de stipule.

Leurs propriétés et usages sont bien connus; à côté de émollients, nous trouvons le cacao, le boabab.

IV.

Après avoir décrit les quatre-vingt-huit genres de malvacées connues, M. Baillon aborde l'histoire des tiliacées dans lesquels il accepte quatre séries : les brownlowia, les tilleuls, les prockia et les elæocarpus. Ces diverses séries ne sont séparées que par des procédés artificiels de disjonction; s'il en était autrement, tous ces types ne pourraient logiquement se trouver répartis dans des groupes absolument distincts.

On connaît au plus trois cent cinquante espèces, dont les deux tiers appartiennent à l'ancien monde. Leurs usages, peu nombreux, témoignent d'une assez grande analogie avec les malvacées. Il suffit de se rappeler l'action des feuilles, des fleurs ou même de l'écorce interne du tilleul.

V.

En 1825, Blume établissait la petite famille des diptérocarpées.

Les plantes de ce groupe sont généralement de beaux arbres dont le bois est dur, résistant et fort recherché pour les constructions dans l'Asie tropicale. De plus, tous leurs organes renferment le plus souvent un suc résineux balsamique. L'arbre à camphre de Bornéo ou de Sumatra, qui donne et le camphre solide ou bornéol, et l'huile de camphre, appartient à cette petite famille dont M. Baillon décrit douze genres divisés en trois séries à caractères tirés principalement du mode placentaire.

VI.

Neuf ou dix espèces forment une autre petite famille très-voisine, sous le nom de chlænacées. Établie, en 1806, par Dupetit-Thouars qui l'avait seul à peu près étudié jusqu'à ce jour, elle vient de s'enrichir, par M. Baillon d'un genre fort incomplétement connu. Toutes originaires de Madagascar, les chlænacées sont peu connues quant à leurs usages.

VII.

Les ternstrœmiacées vont nous offrir d'abord la série des thés, puis celle des ternstrœmia, celles des saurauja, des bonnetia, des pellicería, des marcgravia, enfin des caryocar ; cette dernière avec un point de doute.

La délimitation de cette famille est encore on ne peut plus artificielle. Telle est la conclusion de l'auteur, après les savantes discussions à laquelle il se livre sur les caractères des ternstrœmiacées, leurs rapports et leurs affinités. Au nombre d'environ deux cent soixante-huit, ces plantes ne dépassent guère, au nord, les provinces asiatiques où se cultive le thé. Un petit nombre sont utiles; celle qui est la plus répandue de beaucoup est le thé. Les nombreuses sortes commerciales de thés noirs et verts doivent leurs caractères physiques et leurs propriétés différentes aux modes divers de préparation de la feuille, et sans doute aussi à l'âge auquel elle a été cueillie.

(*A suivre.*)

La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance, le samedi 14 février 1874, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance. — 2° Lecture de M. Krishaber (observation du polype de la trachée), à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire. — 3° Lecture de M. A. Marcet (de la matière organique des eaux sulfureuses), à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire. — 4° Vote sur la candidature au titre de membre titulaire de M. le directeur Gillebert Dhercourt fils. — 5° Vote sur la candidature au titre de membre correspondant, de M. le docteur da Silva Ramos. — 6° Discussion sur le phlegmon périutérin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tribut à la chirurgie pratique du vétéran de l'école Bretonneau, par Jean-Félix MIQUEL (de Tours). — 1 vol. gr. in-8°. de 348 pages avec planches lithographiques. — Tours, 1870. — Cet ouvrage se vend au profit de la souscription en faveur de la veuve et des quatre enfants d'un confrère. **5** *francs* pris au bureau du journal et **6** *francs* expédié *franco* par la poste.

Archives de tocologie (maladies des femmes et des enfants nouveau-nés), publiées par le professeur DEPAUL, avec la collaboration de MM. les docteurs Bailly, Bernutz, Blot, Charpentier, Guéniot, Hervieux et De Soyre, secrétaire de la rédaction. — Journal mensuel paraissant le 1er de chaque mois, par fascicule de 64 pages. — Prix de l'abonnement pour Paris : 18 francs ; pour la France : 20 francs. — On souscrit à Paais chez Adrien Delahaye.

De la fièvre bilieuse mélanurique des pays chauds, comparée avec la fièvre jaune. Étude clinique faite au Sénégal, par le docteur BÉRENGER-FÉRAUD, médecin en chef de la marine. — 1 vol. in-8°. — 7 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Du chloral hydraté, étude chimique, physiologique et thérapeutique, par le docteur LISSONDE. — In-8°. — 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Psoriasis buccal, par le docteur DEBOVE, répétiteur au laboratoire d'histologie du Collége de France. — 1874. — In-8° de 55 pages et 1 planche chromolithographiée. — 2 francs. — Paris, F. Savy.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

SAINT-RAPHAËL

VIN TANNIQUE DE BAGNOLS, prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. Pasteur, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin de *quinquina naturel*, fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les deux principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

VIN DE QUINQUINA AU MALAGA D'ABBADIE

RUE SAINTE-APOLLINE, 21 (Porte Saint-Denis), PARIS

Ce vin qui, depuis 1814, est préparé avec le plus grand soin, **avec des quinquinas choisis et d'excellent vin,** se recommande à MM. les médecins qui veulent prescrire l'emploi d'une préparation sûre et toujours identique.

Ce vin, d'une saveur agréable, est parfaitement pris par les enfants, les vieillards les convalescents, et par toutes les personnes dont l'estomac est délicat. — *Dépôts dans toute la France.*

VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE

de Ad. CARPENTIER, pharmacien, à Paris

Ce vin ne produit jamais de constipation par un long usage. Agréable au goût, il convient dans tous les cas où le fer est indiqué. LE FLACON, 3 francs. 61, BOULEVARD MALESHERBES ET DANS TOUTES LES PHARMACIES. — DÉPÔT A SAINT-QUENTIN, *pharmacie Lebon.*

SOLUTION COIRRE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX

24, *rue du Regard, Paris, et pharmacies.*

Même médicament sous forme de **SIROP** pour les enfants et les personnes délicates.

CACHETS MÉDICAMENTEUX LIMOUSIN

(PROCÉDÉ BREVETÉ POUR 15 ANNÉES S. G. D. G.)



PARIS, 2 *bis*, rue BLANCHE (place de la Trinité)

Exposition universelle de Vienne 1873. — Médaille de mérite.

Ces Cachets sont constitués par deux petites rondelles de pain azyme soudées ensemble et renfermant dans leur centre des poudres médicamenteuses. (Voir *Compte rendu de l'Académie de médecine,* séance du 20 mai 1873.) — Ce procédé supprime la manipulation délicate et ennuyeuse qui consiste à disposer le médicament sur le pain azyme ordinaire et à l'enrober de manière à le soustraire au contact direct de la muqueuse de la bouche.

Mode d'emploi. — Il suffit de mettre le Cachet dans une cuiller avec un peu d'eau, pour l'avaler dès qu'il est suffisamment humecté. On peut aussi l'ingurgiter après l'avoir ramolli en le plongeant dans un verre qui contient du vin, de l'eau ou un liquide quelconque.

On trouve, tout préparés sous cette forme, à la pharmacie LIMOUSIN, ainsi que dans les principales Pharmacies, les médicaments qui suivent :

Rhubarbe . .	30 c.	bte de	12 cac.	0f 60	Soufre lavé. .	50 c.	bte de	20 cac.	1f »	Émétique. . .	5 c.	bte de	20 cac.	1f »
— . . .	60	—	10	1 »	Magnésie cal.	50	—	20	1 »	Brom. de pot.	50	—	20	2 »
— . . .	60	—	20	2 »	Carb. chaux.	50	—	20	1 »	Tannin. . . .	25	—	20	1 50
Sulf. quinine.	10	—	10	1 50	— fer. . .	50	—	20	1 »	Aloès.	10	—	20	1 »
—	10	—	20	3 »	Semen-contra	50	—	20	1 »	Kousso. . . .	50	—	20	5 »
—	20	—	10	3 »	Bic. de soude.	50	—	20	1 »	—	50	—	40	10 »
Charbon vég.	50	—	20	1 »	Quinquina . .	50	—	20	1 50	Pepsine. . . .	50	—	20	3 »
S.-n. bismuth	50	—	20	2 »	Ipécacuanha .	50	—	10	2 »	Ph. de chaux.	50	—	20	1 »
Fer réduit . .	10	—	50	2 »	Poivre cubèb.	50	—	20	1 50					

Exp. par la Poste contre l'envoi du prix ci-contre et un sup. de 30 c.

VIN DE CHASSAING

A LA PEPSINE et A LA DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 mars 1864.

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la PEPSINE, qui n'a d'action que sur les aliments azotés, à son auxiliaire naturel la DIASTASE, qui transforme en Glycose les aliments féculents et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats

contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES	MAUX D'ESTOMAC
LIENTERIE, DIARRHÉE	DYSPEPSIES, GASTRALGIES
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES	CONVALESCENCES LENTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION	PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES...

PARIS, 2, rue de la Coutellerie (ci-devant, 2, avenue Victoria), et la plupart des Pharmacies

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Hypersécrétions, pertes, hémorrhagies de causes internes.

L'EAU DE LÉCHELLE

Pectorale, la seule **Eau hémostatique** assimilable à haute dose, *sans fatiguer l'estomac.* Ordonnée contre les pertes, hypersécrétions, hémorrhagies. **Se trouve partout.** Paris, 12, rue des Petites-Écuries ; 35, rue Lamartine.

PILULES DE PEPSINE

Digestion difficile, dyspepsie, vomissements, etc.

PIL. DE PEPSINE au fer réduit dans toutes les maladies où le fer est nécessaire.

PIL. DE PEPSINE au proto-iodure de fer. Maladies scrofuleuses, syphilitiques, etc.

Chez **HOGG,** pharmacien-chimiste, 2, rue Castiglione, Paris. Pharmacies de province ; on envoie *franco* par la poste.

VIN ET SIROP DE CHENNEVIÈRE

au chlorhydro-phosphate de chaux

ANÉMIE — CHLOROSE — DYSPEPSIE — NÉVROSE

Pharmacie CHENNEVIÈRE, 50, avenue de Wagram (Rond-point des Ternes)

Prix du flacon (Vin ou Sirop) : **2 fr. 50.**

VIN TONIQUE RECONSTITUANT DU DOCTEUR FORESTIER

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX à l'écorce d'oranges amères

Tous les organes de la presse médicale : *Gazette des Hôpitaux, Courrier médical, France médicale, etc.,* ont depuis dix ans, signalé l'excellence de cette préparation qui contient, dissous dans d'excellent vin de Malaga, les deux éléments formateurs des *os* et du *sang*, le *quinquina* et le *pyrophosphate de fer.*

La facilité avec laquelle l'économie s'assimile le vin de quinquina au pyrophosphate de fer, l'absence de toute saveur styptique, la double influence qu'en raison de ses deux éléments formateurs il semble devoir exercer, tant sur la composition du système osseux, que sur la reconstitution du sang, telles sont les qualités qui recommandent à priori *cette nouvelle préparation ferrugineuse* (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*).

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 41.

SIROP ET DRAGÉES DE DESPINOY

Les Dragées et le Sirop de Despinoy, préparés avec les principes extraits directement du foie de morue, sont les succédanés naturels de l'huile, dont la saveur répugnante est souvent intolérable pour les malades.

Un rapport fait à l'Académie de médecine de Paris, après dix-huit mois d'expériences dans les hôpitaux St-Louis et Ste-Eugénie, par une commission composée de MM. Bouillaud, Poggiale et Devergie, rapporteur, constate l'efficacité des préparations de Despinoy, dans la phthisie, la scrofule, le rachitis, la chloro-anémie, les bronchites chroniques, la débilité qui acccompagne les longues convalescences, etc.

Dépôt général : A la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

N° 19. — SAMEDI 14 FÉVRIER 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 14 FÉVRIER 1874. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le traitement de la pneumonie et en particulier la saignée devant le cours d'histoire de la médecine à la Faculté.

Nous avons dit, dans notre dernière Revue, en y faisant intervenir le professeur d'histoire, que M. Lorain, dans le but de mieux faire ressortir aux yeux de ses élèves l'intérêt de l'histoire, avait fait une sorte de revue à vol d'oiseau des transformations considérables qui s'étaient opérées dans l'esprit des médecins, durant le court espace d'une trentaine d'années environ, sous l'influence des progrès de la physiologie expérimentale et des applications des sciences physico-chimiques à la médecine ; qu'il nous avait montré surtout la thérapeutique se simplifiant, se rationalisant, l'expectation se substituant dans le plus grand nombre des cas à l'usage empirique et souvent abusif des médications actives, à mesure que l'on se rendait mieux compte de la nature, de la marche et de l'évolution naturelle des lésions qui constituent le fond de nos maladies. Et comme la pneumonie est l'une des affections que l'on prend le plus habituellement pour type, lorsque l'on veut avoir la mesure de l'efficacité ou de l'inutilité de telle ou telle méthode, c'est aussi dans le traitement de la pneumonie que M. Lorain s'est complu à chercher l'exemple le plus frappant de la versatilité de notre thérapeutique. C'est ainsi qu'il nous a montré successivement la saignée, si longtemps régnant en souveraine, aujourd'hui abandonnée et reléguée dans les souvenirs, pour faire place d'abord à la méthode rasorienne, laquelle a été remplacée à son tour par la méthode évacuante éméto-purgative plus ou moins secondée par les révulsifs, qui a fait place à la digitale et à la série des autres agents modificateurs de l'impulsion cardiaque et de l'activité circulatoire, qui a fait place à la méthode alcoolique, qui a fait place, enfin, à... l'expectation. De par la statistique, en effet, — nous parlons d'une statistique particulière, car personne n'ignore qu'il y en a une au service de chaque méthode — l'expectation, dans la pneumonie, semblerait devoir être le dernier mot de la science, le *nec plus ultra* du progrès.

Nous ne prétendons pas dire que ce soit là, au fond, la véritable pensée de M. Lorain, et nous doutons qu'il y conforme sa pratique, si nous en jugeons, du moins, par ce qu'il a écrit lui-même sur ce sujet. Mais, en présentant ainsi sous un faux jour ce point particulier d'histoire médicale contemporaine, ne craint-il pas d'aller contre le but même qu'il se propose, et au lieu d'inspirer à ses élèves le goût des études médicales et le respect de ceux qui les ont cultivées avant eux, d'en faire d'avance des esprits sceptiques et frondeurs? A prendre au pied de la lettre le tableau quelque peu fantastique qu'il a présenté des divers traitements de la pneumonie, y a-t-il, après tout, autant de disparate et de contradiction entre ces divers moyens que semblerait l'indiquer la différence même de leurs dénominations? Sauf le contraste qu'impliquent les deux termes, saignée et alcool, par exemple, contraste que nous admettons malgré les efforts que l'on a tentés pour les rapprocher, y a-t-il, en réalité, entre l'action de la saignée et celle du tartre stibié à haute dose, celle des évacuants gastriques et intestinaux, des révulsifs, des sédatifs cardiaques, des différences telles qu'il y ait lieu d'opposer ces médications les unes aux autres comme des antithèses? M. Lorain le sait mieux que nous. Nous ne lui apprendrions rien non plus, assurément, à moins qu'il n'ait pris le parti d'oublier volontairement les enseignements si féconds de la clinique, pour ne s'en tenir uniquement qu'aux lumières que peuvent jeter les recherches de laboratoire sur l'étude des lésions, en rappelant ici qu'en plus de la lésion elle-même, et nous oserions presque dire même en dehors d'elle, il est un autre ordre de considération dont l'importance pratique domine toute la question.

Nous voulons parler de l'état général, de l'état fébrile et de la part, plus ou moins grande, qu'y prennent toutes les grandes fonctions, tous les grands systèmes de l'économie. D'où ces formes si variées, avec une lésion en apparence toujours identique ; d'où cette multiplicité et cette variété d'indications que présente telle ou telle pneumonie, suivant les temps, les lieux, les saisons, les constitutions médicales ou épidémiques, les âges, les tempéraments, les diathèses, les habitudes, les complications ; autant d'éléments dont les vrais praticiens savent tenir compte au lit des malades. Que si la mode et l'engouement ont, quelquefois et à de certaines époques, en effet, fait prévaloir telle ou telle méthode à l'exclusion des autres, ce n'est une raison ni pour la rejeter aujourd'hui, cela soit dit de la saignée en particulier comme des autres médications, ni pour les maintenir toutes dans une égale suspicion ou dans un discrédit également immérité. Elles ont toutes leur part d'utilité, depuis et y compris l'expectation qui répond à une certaine catégorie de pneumonies simples et à marche régulière bien connue, jusqu'aux méthodes spoliatrices, dérivatives, toniques ou perturbatrices les plus énergiques, se-

lon que l'on a affaire à une de ces pneumonies qui guérissent toujours d'elles-mêmes, sans le concours de la thérapeutique, ou à celles qui ne guérissent pas ou qui ne guériraient pas, du moins, sans une intervention active et opportune. C'est au praticien habile et expérimenté à faire le choix, suivant les indications qui le frappent.

Nous ne poursuivrons pas plus loin ces considérations qui nous amèneraient à refaire, sans utilité, ce qui a été si bien fait déjà par notre collaborateur M. Révillout, il y a environ dix-huit mois (en août 1872). Ne terminons pas, cependant, sans citer quelques faits à l'appui. Un fait, ou plutôt une pensée empruntée à l'une des leçons cliniques de M. Peter a servi de point de départ à ces considérations ; c'est aussi à cette leçon que nous emprunterons nos exemples (1).

Le premier malade auquel faisait allusion l'exclamation de M. Peter, sur la saignée, présentait cette forme de pneumonie que l'on a désignée sous le nom de pneumonie rhumatismale, caractérisée particulièrement par la mobilité de la lésion et par sa forme congestive plutôt qu'exsudative. Le malade était, d'ailleurs, d'assez chétive apparence, et rien dans l'état de sa constitution n'eût fait songer à la saignée. Mais avec un état fébrile intense, il présentait les symptômes d'une congestion des plus violentes et d'une asphyxie imminente. Une saignée conjura immédiatement ce danger. On eut tout le loisir ensuite d'employer d'autres moyens mieux appropriés à l'état général du malade et à la marche ultérieure de l'affection. Mais aucun assurément n'eût pu remplacer efficacement la saignée et produire un effet aussi promptement utile.

Un deuxième malade, entré à l'hôpital avec une pneumonie, avait eu au début, à la suite du frisson, des vomissements, non pas alimentaires; le malade avait gardé la diète, mais des vomissements bilieux, il avait de l'anorexie, bouche pâteuse et amère, et un état subictérique de la peau et des conjonctives, céphalalgie, vive douleur épigastrique, point de côté à droite et aussi tous les signes d'une pneumonie du côté droit. Était-ce à la saignée qu'il fallait recourir ici? M. Peter lui a préféré et avec raison la médication vomitive suivie de quelques ventouses scarifiées. Le vomitif produisit ici le prompt soulagement qu'avait produit la saignée dans le cas précédent.

Un troisième malade atteint d'une pneumonie dont l'étendue était beaucoup moindre que celle du précédent, était dans un tel état d'adynamie et de prostration qu'une seule médication était indiquée chez lui, celle des toniques; encore leur administration était-elle rendue presque impossible par le mauvais état de l'estomac, ce qui a dû rendre sa situation excessivement précaire.

Enfin chez un quatrième malade, ayant une pneumonie franche, légère, avec fièvre modérée, à marche régulière, sans complication et qui ne présentait aucune indication spéciale, l'expectation a été suffisante.

L'expectation, qui a suffi chez ce malade, aurait-elle suffi chez les autres? Où voit-on dans ces quatre cas — et l'on pourrait multiplier à l'infini les exemples de ce genre — l'indication d'une médication uniforme?

Une dernière considération a ici sa place. Les faits dont il vient d'être question ont été observés à Paris et dans les hôpitaux de Paris. Mais, au point de vue de la résistance, les malades des hôpitaux sont-ils dans les mêmes conditions que ceux de la ville? La population de Paris est-elle la même que celle des campagnes, celle du Nord que celle du Midi? « Nous vous enseignons ici, dit M. Peter, la manière de traiter les Parisiens de l'hôpital; mais, dans les lieux divers du monde où vous allez pratiquer, gardez-vous de nous imiter servilement; à votre sagacité de savoir reconnaître le traitement spécialement applicable à vos pneumoniques du Nord et du Midi, de la campagne ou de la ville. »

(1) *Leçons de clinique médicale*, par Michel Peter (leçons 32 et 33).

Applications diverses de l'électricité à différentes lésions chirurgicales. — Question de la régénération des nerfs.

Il y a en ce moment dans le service de M. le professeur Broca, à la Clinique, plusieurs malades atteints de lésions qui nécessitent l'application de l'électricité, suivant divers modes. Ces faits ont fourni à M. Broca l'occcasion de faire ressortir les effets divers de l'électrisation, selon le mode d'application et selon la nature des lésions.

Un premier malade avait une des lésions les plus simples, une de celles où l'application des courants d'induction donne les meilleurs résultats. Il s'agissait d'un homme qui avait une paralysie musculaire — suite de contusion. Quelques séances d'électrisation, à l'aide d'un appareil d'induction, ont suffi pour rappeler la mobilité engourdie. C'est là un des cas les plus vulgaires et une application tout à fait élémentaire.

Un deuxième malade présentait, au contraire, le cas le plus réfractaire à l'action électrique ; il avait une paralysie progressive, généralisée, dépendant d'une lésion profonde des centres nerveux. Après quelques essais infructueux — on était convaincu d'avance ici de l'insuccès — le malade a été renvoyé dans un service de médecine, pour être dirigé de là, s'il y a lieu, aux Incurables.

Un troisième malade, couché au nº 16 de la salle des hommes, se trouvait dans des conditions tout à fait différentes de celles des deux précédents, et présentait par conséquent un autre ordre d'indications. Cet homme, exerçant la profession de cocher, s'était fait dans une chute de cheval une fracture du bras gauche. L'humérus avait été cassé à l'union des 2/5es inférieurs avec les 3/5es supérieurs, environ, c'est-à-dire au niveau de la gouttière dans laquelle chemine le nerf radial, qui a dû être lésé, tout au moins comprimé et peut-être déchiré ou écrasé. Quoi qu'il en soit, à partir de ce moment, le membre tout entier a été impotent.

Tous les muscles, frappés ou non de paralysie, sont restés d'ailleurs inactifs pendant toute la durée du traitement de la fracture. Mais, après sa consolidation, le malade s'était aperçu qu'un certain nombre de mouvements étaient restés impossibles. Tous les muscles qui reçoivent leur innervation du nerf radial, c'est-à-dire tout le groupe des extenseurs, était paralysé.

Cependant ces muscles n'avaient pas perdu sensiblement leur volume et leur consistance charnue, et l'exploration électrique montrait qu'ils étaient restés excitables à l'action de l'électricité.

Quelle était ici l'indication à remplir? Voici en quels termes M. Broca a formulé la question : Les muscles étaient intacts, ils avaient conservé leur contractilité. Mais le courant nerveux était interrompu par suite de la lésion du nerf radial. L'indication était formelle : maintenir la fonctionnalité musculaire jusqu'au moment où le courant nerveux pourrait être rétabli. C'est un de ces cas, en effet, où l'on peut compter sur la régénération nerveuse.

Il y a quelques années, on n'aurait pas osé l'espérer, on ne croyait pas à la régénération du tissu nerveux, et aujourd'hui encore on se méprend souvent sur la durée de temps nécessaire pour cette régénération, parce qu'on confond souvent la réparation des cellules avec le travail de cicatrisation, et qu'on se base pour la durée de l'une sur la durée de l'autre.

Maintenant que la question a été mieux étudiée, on sait que, lorsqu'un nerf est lésé dans sa texture, il ne tarde pas à subir une dégénération granulo-graisseuse. La destruction de la substance nerveuse est complète au bout de deux mois, deux mois et demi environ. Le nerf est alors réduit à son névrilème, les tubes nerveux sont vides. A dater de deux mois et demi à trois mois, la régénération commence à se faire; les tubes se remplissent de nouveau peu à peu, et lorsque le tube est rempli jusqu'au point de l'intersection cicatricielle, il arrive de deux choses l'une : ou le nerf a été complétement divisé et ses deux bouts se sont cicatrisés séparément en cul-de-sac. Dans ce cas, la régénération reste sans résultat; elle s'est faite en quelque sorte en pure perte. La communication étant interrompue, la dégénérescence recommence de nouveau pour rester définitive, et fonction nerveuse et fonction musculaire sont à jamais abolies. Ou les deux bouts du nerf lésés ou divisés adhèrent l'un à l'autre par un tissu cicatriciel intermédiaire bien constitué, qui maintient exactement la continuité, ce tissu cicatriciel est peu à peu traversé par la substance nerveuse de nouvelle formation, et la continuité fonctionnelle se trouve rétablie avec celle du tissu.

Un exemple remarquable de cette régénération du tissu nerveux a été observé par M. Broca sur un soldat blessé en mai 1871. Il n'y avait eu, pendant six mois, aucune contraction appréciable dans les muscles animés par le nerf blessé, ce n'est qu'au bout de six mois et quelques jours qu'on vit les muscles récupérer leurs mouvements.

On voit, par cet exemple, combien il faut de temps pour que la régénération du tissu nerveux soit complète.

Il ressort de là un enseignemont pratique très-important. S'il faut six mois au moins pour que la fonction nerveuse interrompue se rétablisse, n'est-il pas à craindre que les muscles restés tout ce temps sans se contracter, ne s'atrophient au point de ne plus être à même de répondre désormais à la volonté? C'est ce qui a dû arriver souvent, sans aucun doute, avant que l'on eût recours à l'électrisation, et c'est ce qui explique comment les paralysies, suite de lésions de nerfs, restaient le plus souvent incurables. Aujourd'hui que, grâce à l'électricité, on peut maintenir l'activité musculaire, alors même que les muscles sont momentanément privés de l'action nerveuse, on obtient des guérisons.

C'est ainsi que l'homme du n° 16, au bras cassé, a été soumis, un mois après son accident, à l'action d'un appareil d'induction. Pendant les premiers jours, les muscles paraissaient assez réfractaires à l'action de l'électricité, mais ils se sont réveillés peu à peu, et aujourd'hui, au troisième mois de date de l'accident, ils répondent tous à l'excitation. On continue et l'on continuera tous les jours les électrisations jusqu'à ce que l'on ait pu constater les signes de la régénération nerveuse.

Voilà deux applications du courant induit faites dans deux conditions bien différentes, l'une pour une paralysie musculaire suite de contusion, mais sans lésion du nerf, la seconde pour une paralysie suite d'une lésion nerveuse traumatique profonde, mais réparable. On a vu que pour un cas de paralysie par lésion spontanée et irrémédiable des centres nerveux, on avait dû renoncer à l'application de l'électricité, impuissante en pareil cas.

Voici, enfin, deux autres exemples d'une application différente de l'électricité, les courants continus ou en d'autres termes le galvanisme proprement dit, qui est faite également en ce moment sur deux malades du service ayant des tumeurs ganglionnaires chroniques. Ici l'indication était manifestement différente, c'était plutôt à l'action chimique ou thermique, qu'à l'excitation physiologique qu'il fallait avoir recours.

Il s'agit dans le premier cas d'une jeune fille qui avait depuis trois mois un engorgement ganglionnaire douloureux audessus de la clavicule. Cette tumeur, ayant fait des progrès, avait fini par exercer une compression qui avait amené quelques fourmillements et quelques troubles dans la mobilité du membre thoracique correspondant. Au bout de cinq ou six jours d'application des courants continus, la tumeur a sensiblement diminué, et les phénomènes consécutifs se sont dissipés.

L'autre malade est un jeune homme qui porte plus de vingt engorgements ganglionnaires sur son corps, dont un très-volumineux derrière l'oreille. Sous l'influence des applications de courants continus, quelques-uns de ces engorgements ont commencé à diminuer, mais il y a peu à espérer qu'on les réduise tous.

OPHTHALMOLOGIE

DE L'HERPÈS PRODUIT PAR LA NÉVRITE DU NERF OPHTHALMIQUE ; PLUS COMMUNÉMENT DÉSIGNÉ SOUS LE NOM DE ZONA FRONTAL OU OPHTHALMIQUE

Par le docteur LAGARDE (de Verdun), ancien médecin de 1re classe de la marine, officier de la Légion d'honneur, etc.

L'éruption herpétique qui se manifeste ordinairement à la suite de la névrite ou de la névralgie congestive du nerf ophthalmique me semble à tort désignée sous le nom de *zona frontal* ou même ophthalmique, puisque ce dernier ne peut exister qu'à la condition expresse d'offrir la *forme* à laquelle il doit son nom : ζωνη, ceinture. Or les vésicules qui, par leur réunion sur le crâne et sur une petite portion de la face, constituent le zona frontal, ne s'observent jamais sous forme de ceinture, leur groupement est toujours vertical, c'est-à-dire parallèle à l'axe de la tête. Ces vésicules, en effet, suivent avec une régularité anatomique singulière, qui n'avait pas échappé à la sagacité de Trousseau, tous les rameaux cutanés de la bronche ophthalmique de la cinquième paire. Étymologiquement parlant, on peut dire zona facial, mais non zona frontal, ni même zona ophthalmique, ainsi que l'ont fait les auteurs anglais et, à leur exemple, le docteur Hybord, dans la thèse si remarquable qu'il a publiée sur ce sujet intéressant (1). Au surplus, je voudrais voir rayer du langage médical ce nom de *zona*, qui a perdu toute valeur nosologique, aujourd'hui surtout que des travaux du plus haut intérêt ont permis d'affirmer que l'éruption herpétique qui le constitue est souvent, sinon toujours, la conséquence d'une altération des nerfs qui desservent le département cutané envahi par elle (2). Le zona ne peut donc être considéré que comme un symptôme ou, si l'on veut, une complication plus ou moins sérieuse d'une maladie à part, et dès lors il n'a plus de droit à une dénomination spéciale, que le point de côté qui accompagne la pneumonie, par exemple.

J'ai recueilli avec un soin minutieux l'observation suivante de zona ophthalmique; elle m'a paru digne d'être publiée parce qu'elle a le mérite de retracer fidèlement le tableau que Hybord et quelques autres observateurs ont déjà fait de cette intéressante maladie.

(1) Thèses de la Faculté de Paris, n° 232. — 1872.
(2) Bouchut, *Gazette des Hôpitaux*, n° 2. — 1873.

Le 25 septembre dernier, j'ai été appelé par M. X... qui, depuis la veille, était souffrant, et que j'ai trouvé atteint d'un zona ophthalmique au début. C'est un homme fort et vigoureux, ayant toujours joui de la santé la plus florissante ; dans ses ascendants, je ne connais nul indice diathésique à relever, si ce n'est peut-être sa mère qui, jusqu'à un âge avancé, a souffert de la migraine, affection dont lui-même est atteint très-violemment encore maintenant, quoiqu'il ait dépassé la cinquantaine.

La veille, 24, X... était allé à la chasse, sa santé était parfaite. En faisant sa toilette avant de partir, il avait remarqué une petite rougeur surmontée d'une assez grosse vésicule qui siégeait un peu au-dessus de la tête du sourcil droit, mais il n'y fit pas autrement attention, n'ayant jamais été atteint d'éruption quelconque à la peau. Mais, arrivé sur le lieu de la chasse, vers les dix ou onze heures du matin, il a ressenti, aux environs du *sourcil gauche*, une forte douleur névralgique, qui a augmenté pendant tout le cours de la journée pour céder et disparaître le soir, au moment de rentrer chez lui. Seulement, X... a remarqué que de nouvelles plaques et de nouvelles vésicules étaient nées autour de celle aperçue, par hasard, le matin même. Il a dîné avec appétit, et il s'est endormi comme d'habitude. Vers le milieu de la nuit, il a été subitement réveillé par une douleur lancinante excessivement vive, siégeant cette fois à la partie postérieure du pariétal droit.

C'est le jeudi matin, 25, que j'ai vu X... Les douleurs étaient très-vives, continues et exacerbantes ; elles naissaient de la partie postérieure du pariétal droit et irradiaient, en avant, vers l'arcade sourcilière, où elles semblaient être plus intenses qu'ailleurs. La peau de cette même partie était rouge, rude et turgescente ; elle était parsemée de nombreuses vésicules transparentes, faciles à observer à cause d'une calvitie assez prononcée ; elles naissaient de la suture lambdoïde, et elles s'avançaient, par zones plus ou moins parallèles, jusqu'au milieu du sourcil, suivant ainsi assez exactement la marche des douleurs.

Langue chargée, anorexie. Ni soif, ni fièvre. Un peu d'abattement, suite probable des douleurs et de l'insommie.

Le vendredi, 26, ces divers symptômes s'étaient encore prononcés davantage, la peau du côté droit de la tête était plus rouge, plus turgescente, plus gonflée, et très-douloureuse au plus léger contact, les divers groupes de vésicules étaient plus nombreux, plus serrés et, le liquide qu'elles contenaient était moins transparent ; déjà on apercevait quelques petites croûtes brunâtres sur celles qui s'étaient montrées les premières. — La paupière supérieure était très-gonflée, l'œil ne pouvait s'entr'ouvrir qu'avec difficulté, les larmes s'en échappaient en abondance et couvraient sans cesse la joue correspondante; la conjonctive était rouge, un peu boursouflée, et il existait une photophobie prononcée.

En même temps il naissait sur la partie latérale droite de la racine du nez, vers le grand angle de l'œil, un groupe de vésicules.

Les douleurs névralgiques sont péniblement supportées — l'embarras gastrique est plus prononcé, mais il n'y a plus de fièvre, comme du reste, cela a lieu, pendant tout le cours de la maladie.

Pendant la journée du 27 ces accidents augmentent encore d'intensité, et dans la nuit du 27 au 28, le malade, homme très-énergique, ne peut retenir ses plaintes, les douleurs névralgiques devenant réellement intolérables. — Elles se sont propagées vers l'apophyse mastoïde et ont envahi l'oreille ; dans l'œil elles sont encore plus vives, il semble au malade qu'on lui enfonce un vilebrequin, qu'on tourne et retourne dans l'orbite. Ces douleurs ont tous les caractères névralgiques, elles sont lancinantes, brûlantes, etc., continues avce exacerbations, le soir surtout. Depuis le début des accidents, le sommeil est perdu. — Langue épaisse, très-chargée, nausées et vomissements,

La conjonctive est très-rouge, boursouflée, il existe même un chémosis véritable ; la cornée est intacte. Mais sur la conjonctive je constate la présence de *trois vésicules*, du volume d'une grosse tête d'épingle, elles ressemblent à s'y méprendre à celles qui caractérisent la conjonctivite phlycténulaire. Les deux plus grosses occupent la portion de conjonctive qui, en dehors et un peu en bas, avoisine la cornée, la troisième, plus petite, se voit vers le cul-de-sac que forme la muqueuse, au niveau de la partie moyenne de la paupière inférieure.

Cet état si douloureux persiste jusqu'au 30 dans la nuit, ce n'est que le 1er octobre que j'arrive à pouvoir examiner l'œil avec plus de soin. Les vésicules ont disparu, à leur place il reste un boursouflement et une rougeur très-prononcée de la muqueuse ; mais, vers la partie supérieure et interne cette membrane ne présente qu'une injection assez prononcée, cette portion n'ayant pris qu'une part bien moindre aux accidents en question. — La cornée, examinée à l'éclairage oblique, paraît normale, l'iris offre une coloration moins nette que celle du côté opposé, la pupille aussi est un peu plus contractée, plus paresseuse, la vision est à peine troublée. J'instille quelques gouttes d'un collyre à l'atropine entre les paupières, la dilatation de la pupille a lieu, et j'aperçois tout le champ pupillaire parfaitement net et le fond de l'œil normal. S'il y a iritis, elle est très-légère, elle est secondaire: c'est le reflet de l'irritation de la conjonctive.

Les plaques vésiculeuses sont remplacées par des croûtes noirâtres, très-épaisses ; elles semblent s'être creusées une loge profonde dans la peau, à laquelle elles sont très-adhérentes. Les douleurs, quoique vives encore, sont cependant tolérables les jours suivants, mais elles persistent jusqu'au 10 octobre ; l'œil reste rouge, larmoyant, la lumière l'offense plus longtemps encore. Les croûtes se détachent du vingt-cinquième au trentième jour seulement, laissant à leur suite des tâches couleur lie de vin et des petites dépressions cupuliformes à fond légèrement grisâtre. — La peau, à cette époque, est encore tuméfiée, rouge, surtout au niveau du trou sourcilier. Malgré l'emploi répété des purgatifs salins, des amers aromatiques, les fonctions digestives n'ont retrouvé leur intégrité que bien lentement, l'anorexie a été très-tenace et X..., grand fumeur, n'a pu supporter l'odeur du tabac que plus de deux mois après le début du zona en question.

Sa première sortie n'a eu lieu qu'après plus d'un mois ; malgré l'usage de conserves-fumée, l'œil était resté très-sensible à l'impression du grand air, et après chaque sortie la rougeur et le larmoiement augmentaient; ce n'est qu'après plus de deux mois qu'il a pu reprendre ses occupations habituelles sans en éprouver de la gêne.

Sur la partie du crâne qui a été envahie par l'éruption, on aperçoit aujourd'hui de véritables cicatrices ayant une grande ressemblance avec celles qui suivent la variole. Il y a plus de *trois mois* que la maladie a débuté, et néanmoins la peau est encore aujourd'hui restée sèche, rouge, congestionnée et douloureuse à la pression ; X... se plaint surtout que cette portion de la peau soit *engourdie, roide* et comme *parcheminée ;* la *sensibilité tactile* y est aussi *très-diminuée.*

Enfin, si l'on abaisse légèrement la paupière inférieure, on aperçoit, comme sur le front, la persistance de la rougeur ; ici elle occupe, sous forme de tache, presque toute la portion inférieure de la conjonctive ; mais il est bon de faire remarquer que depuis près de trois semaines elle ne s'accompagne ni de douleurs ni de larmoiement.

C'est dans l'aire de cette tache persistante que s'étaient présentées les trois vésicules du début ; elle est actuellement constituée par de nombreux vaisseaux se dirigeant du cul-de-sac inférieur de la conjonctive vers le cercle intérieur de la cornée, qu'ils n'atteignent pas cependant. La portion supérieure et interne a retrouvé sa coloration ordinaire. Mais, chose remarquable, toute la portion de la conjonctive qui a été envahie par les vésicules a perdu encore aujourd'hui *sa sensibilité ;* on peut y promener les barbes d'une plume, un petit morceau de papier roulé entre les doigts, le malade ne sent rien. Si l'on touche la cornée, qui est restée indemne pendant tout le cours des accidents oculaires, on s'aperçoit aussitôt qu'elle a conservé son exquise sensibilité.

Jusqu'à ce jour les douleurs névralgiques des premiers jours n'ont pas reparu, comme cela est arrivé dans quelques cas de zona ophthalmique, et cependant mon malade a repris depuis plus de trois semaines ses promenades matinales et il s'est de nouveau livré à son plaisir favori : la chasse. Je ferai remarquer, en outre, que depuis trois mois il n'a pas eu à souffrir d'un seul accès de migraine, accès qui étaient chez lui très-fréquents et très-douloureux auparavant.

Je ne terminerai pas cette observation sans faire remarquer que le zona ou plutôt la névrite qui en a été le point de départ

est due à un refroidissement de la tête survenu à la chasse, que l'éruption herpétique a débuté avant l'apparition des douleurs névralgiques et que ces dernières ont suivi une marche peu ordinaire.

Enfin l'existence de trois vésicules sur la conjonctive, l'anesthésie de cette muqueuse, qui en a été la conséquence, l'apparition des accidents oculaires coïncidant avec celle des vésicules sur la racine du nez, sont autant de particularités qu'il me semblait nécessaire de noter. Quant au traitement préconisé dans ce cas, il m'a paru assez inefficace pour le passer sous silence. — Si un nouveau cas de zona ophthalmique se présentait dans ma pratique, j'aurais d'abord recours aux injections hypodermiques, puis au traitement de Trousseau contre la névralgie faciale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle du 14 janvier 1874. — Présidence de M. Trélat.

M. le président prend la parole en ces termes :

Messieurs, nos statuts et l'usage m'imposent le devoir de vous rendre compte, au début de cette séance, de la situation de la Société de chirurgie.

Vous partagerez sans doute mon sentiment après avoir entendu ce rapide exposé, et vous penserez que, sous tous les rapports, ou peu s'en faut, nous devons être satisfaits de la marche de notre œuvre.

Nous avons perdu cette année deux de nos fondateurs : Huguier, collaborateur assidu de la société, pendant plus de vingt-cinq ans, dont le nom figurera désormais sur le tableau de nos bienfaiteurs, et Nélaton, que son immense clientèle et ses nombreuses occupations avaient depuis longtemps enlevé à nos séances.

La mort a frappé aussi un membre correspondant, le docteur Morel, de Nogent-le-Rotrou, dont le décès, remontant à la fin de 1872, ne nous a été notifié qu'en janvier 1873.

Enfin deux des membres les plus éminents de notre compagnie, MM. Giraldès et Broca, ont demandé et obtenu l'honorariat. C'est une perte qui sera longtemps appréciée par la société.

Pour remplir ces vides, nous avons, dans le cours de l'année, nommé deux membres titulaires, MM. Polaillon et Ledentu, dont l'assiduité, le zèle scientifique et la laborieuse ardeur nous sont bien connus.

Par suite de ces nominations diverses, le nombre des membres titulaires est aujourd'hui de 33, comme à la fin de l'an passé ; mais une nouvelle place est actuellement déclarée vacante et tout porte à croire que, dans les premiers mois de l'année, nous compterons les 35 membres réglementaires.

Dans l'une de nos dernières séances, nous avons procédé à la nomination de quatre membres correspondants nationaux. En présence de nombreux compétiteurs aspirant au très-petit nombre de places auxquelles il nous reste à pourvoir, nous avons dû tenir compte exclusivement de la valeur des travaux des candidats, de leur persistance, de la continuité de leurs communications. MM. Duplouy (de Rochefort), Cazin (de Boulogne), Faucon (d'Amiens), M. Mourlon (de l'armée), sont sortis vainqueurs de cette lutte. Que les vaincus méritants — il en est beaucoup parmi eux — se hâtent, car, dans un an ou deux notre liste sera close.

Grâce aux soins, à l'habileté et à la régularité de notre trésorier, auquel, chaque année, la société témoigne sa confiance par une réélection enthousiaste, nos finances sont dans une bonne condition, et, quoique cette année nous ayons eu à supporter de lourdes charges relatives à des dépenses mobilières indispensables, dont il sera prudent de prévoir le renouvellement, et aux frais considérables d'impression du mémoire qui a obtenu le premier prix Laborie que nous avons décerné, nous terminons l'exercice 1873 avec un reliquat net de 5,343 francs. Cependant il est bon de remarquer que nos dépenses ont été supérieures à nos recettes de 1,500 francs, et que nous nous serions trouvés en déficit si l'exercice 1872 ne nous avait laissé un excédant de 1,500 francs environ. En somme, notre petit budget est non-seulement en équilibre, mais il se solde par un actif utilement réversible sur l'année qui s'ouvre. Excellente condition car si nos dépenses doivent s'accroître avec la prospérité de notre société, il est certain aussi que les recettes auront une marche proportionnelle à cette prospérité.

Depuis plusieurs années nos bibliothécaires ont commencé le classement méthodique de nos livres, de nos collections et de nos archives. Notre collègue, M. Giraud-Teulon, a veillé avec sollicitude à ce travail, et vous savez qu'aujourd'hui toutes nos collections sont régulièrement cataloguées. Notre bibliothèque, si riche en thèses, en brochures, en publications périodiques, peut-être facilement consultée. Muette et obscure avant le catalogue, elle est aujourd'hui ouverte et répondant à qui l'interroge.

Nos publications sont à jour. Trois fascicules du Bulletin ont paru, et la publication du dernier est prochaine. Le 2e fascicule du tome VII de nos Mémoires a été imprimé cette année. Ici, messieurs, permettez-moi d'exprimer le regret que nous ne sachions pas utiliser plus largement et, par conséquent, tirer un meilleur parti de cette publication luxueuse et peu onéreuse pour nos finances. Sous ce rapport, nous sommes engagés dans un cercle vicieux : nous fournissons peu de travaux aux Mémoires, parce que leur publication est rare, et leur publication est rare parce que nous leur livrons peu de matériaux. Il ne serait guère difficile de rompre ce cercle, et je crois que la société, ses membres et les lecteurs de nos travaux ne pourraient qu'y gagner.

Les sociétés savantes partagent le sort de toutes les entreprises humaines. Bien conçues, bien menées, utiles et actives, elles prospèrent et grandissent ; leur action s'élargit et leurs moyens d'action s'affermissent. C'est ce qui est arrivé pour notre société. Fondée il y a trente et un ans par dix-sept chirurgiens, dont six seulement survivent, recevant l'hospitalité pour ses séances et même pour ses publications, elle est devenue, avec le temps et le labeur de ses membres, un centre de travaux et de relations utiles à la science, favorables à l'art et à la profession. Remercions nos anciens des exemples qu'ils nous ont donnés, qu'ils nous donnent encore, et sachons restituer à nos successeurs l'œuvre sans cesse améliorée de ceux qui nous ont précédés.

Nous avons su mériter l'estime, la considération, même la reconnaissance. Soyons-en fiers, messieurs, et gardons-nous de l'oublier.

Déjà, il y a cinq ans, Mme Ve Laborie, pour perpétuer parmi nous le souvenir de notre cher et regretté collègue, a doté la société du capital nécessaire pour fournir un prix annuel de 1,200 francs.

A quelques semaines d'intervalle, deux nouvelles fondations ont été instituées dans notre société.

Par testament en date de l'année 1863, Vulfranc Gerdy, en souvenir de Pierre-Nicolas Gerdy, son frère, notre ancien et illustre collègue, nous a légué une partie de sa bibliothèque et le capital, net de frais, pouvant fournir une rente annuelle de 1,000 francs, avec laquelle nous devrons décerner, tous les deux ans, un prix de 2,000 francs, sur une question proposée par la société.

Vous vous souvenez que nous avons décidé que ce prix prendrait le nom de *prix Gerdy*, et que, sur la proposition de M. Verneuil, la société a établi, par un vote unanime, qu'à l'avenir la liste de nos bienfaiteurs figurerait en tête de notre personnel, dans nos publications annuelles.

Par une lettre toute récente, qui sera publiée dans notre Bulletin, Mme Ve Huguier, en souvenir de son mari, l'un de nos fondateurs et de nos anciens présidents, nous donne généreusement un titre de rente de 1,000 francs, dont la société fixera l'emploi de la manière la plus utile à ses travaux, en y attachant le nom du fondateur.

Mme Huguier a reçu les remercîments de la société qui lui ont été transmis par le bureau et exprimés par le président. Je serai l'interprète de tous nos collègues, en renouvelant dans cette séance annuelle l'expression de notre vive reconnaissance.

Nous serions déjà en possession des capitaux de ces fondateurs si l'article 16 de nos statuts ne nous imposait l'obligation, après avoir accepté les dons ou legs, d'obtenir l'autorisation du gouvernement.

C'est une tâche que je dois léguer à mon successeur, notre nouveau président.

Je m'excuse de cette allocution, qui s'est allongée de toute l'étendue des bienfaits que nous avons reçus, et, au moment de quitter ce bureau où, pendant huit années, j'ai exercé toutes les fonctions, il ne me reste plus qu'à vous remercier de votre bienveillance, de la facilité avec laquelle vous m'avez permis d'exercer mes devoirs présidentiels et à vous exprimer ma profonde gratitude.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Histoire des plantes, par M. le professeur H. BAILLON. Tome quatrième (1).

VIII.

A la famille des ternstrœmiacées succède une famille par enchaînement, les bixacées. Celle-ci renferme actuellement dix groupes secondaires dont M. Baillon résume avec soin les caractères généraux. Les quarante genres de cette famille renferment environ quatre cent cinquante espèces qui appartiennent toutes aux régions les plus chaudes du globe.

La consistance ligneuse des tiges, la placentation pariétale, le nombre non défini des ovules, la présence d'un albumen charnu, sont les caractères à peu près constants des bixacées.

Le nombre des espèces utiles est peu considérable. Leurs propriétés sont loin d'être uniformes. Une plante tinctoriale, le rocouyer, qui en même temps est purgative; un vermifuge, le papaya carica avant la maturité, car, mûr, il est alimentaire, sont les principaux représentants de cette famille.

IX.

L'auteur aborde ensuite l'étude d'une petite famille qui tire son nom de celui des cistes. Les cistacées ont les fleurs régulières, généralement hermaphrodites, avec un réceptacle en forme de cône surbaissé, portant de bas en haut la périanthe, l'androcée et le gynécée.

Représentées dans nos climats, les cistacées donnent quelques produits utiles. Les plus célèbres sécrètent le *ladanum*, substance résineuse, balsamique, à odeur forte, à saveur amère, aromatique, dont Tournefort raconte la récolte dans son voyage au Levant.

X.

Les violacées succèdent aux cistacées, elles présentent trois séries: les payparolées, les violées et les sauvagésiées.

Cinq caractères sont constants dans cette famille: le type floral quinaire; la présence des pétales libres se recouvrant dans la floraison; le nombre des étamines fertiles, égales à celui des pétales et alternes avec eux; la placentation pariétale et l'albumen charnu des graines.

Les racines des violacées sont vomitives à un faible degré dans les espèces européennes, mais à un degré plus prononcé dans les espèces de l'Amérique centrale, où elles sont de faux-ipécacuanhas. Nous croyons inutile de rappeler la propriété de la violette d'Europe.

XI.

Les ochnacées, décrites pour la première fois en 1811, par A. P. de Candolle, comprenant aujourd'hui onze genres et cent trente espèces divisés en trois séries: les ouratées, les euthemidées, et les luxemburgiées.

Les seuls caractères communs sont: la consistance ligneuse des tiges, l'alternance des feuilles, la présence des stipules, la convexité du réceptacle floral, l'indépendance des pétales et l'absence d'un disque glanduleux. Très-peu sont utiles; leur propriété amère les rapprochent des quassiées.

XII.

Les rutacées terminent ce volume.

Cette famille par enchaînement nous promet quelques surprises, car, ce n'est pas sans étonnement que nous les voyons absorber, non seulement les diosmées, mais les aurantiées, les quassiées, les cnéorées, les zygophyllées, les nitrariées et les coriariées.

Jusqu'ici M. Baillon nous avait habitués à un groupement plus sévère, et à une révision plus logique des divers groupes trop divisés par les auteurs qui l'ont précédé. Maintenant, on pourrait se demander, s'il n'a pas un peu abusé de cette sévérité de révision, et si cette famille des rutacées ainsi composée ne se trouve pas transformée en un réceptacle de toutes les espèces jusqu'ici difficilement classées. Ce dernier chapitre mérite donc une étude toute particulière.

Il faudrait pouvoir entrer dans des développements beaucoup plus considérables que ne le comporte cette étude, pour bien se rendre compte du rapprochement des aurantiées et des rutacées, des coriariées, — ces parias de la Flore — et des cnéorées. Les diosmées, les zygophyllées et les nitrariées pouvaient facilement être absorbées dans la même famille. Mais une lecture attentive du livre de M. Baillon pourra seule faire comprendre un rapprochement qui surprend au premier abord.

Les propriétés de cette famille varient selon que les rutacées sont amères ou glanduleuses ponctuées.

M. Baillon décrit cent vingt-six genres; presque tous appartenant aux pays chauds: sur les neuf cent vingt décrites aujourd'hui, deux cent soixante seulement sont américaines; le reste, c'est-à-dire plus des deux tiers, appartient à l'ancien monde.

Nous ne voulons pas terminer cette petite revue sans insister sur le soin avec lequel cet ouvrage est traité. Deux cent quatre-vingt-sept figures, très-fines, très-exactes, illustrent les familles que nous venons d'étudier. Ce n'est que rendre justice à ce livre que d'affirmer que son exécution n'a jamais eu un moment de faiblesse et continue sa marche dans des conditions de rapidité et de brillante illustration que les connaisseurs savent apprécier. Cette constatation n'est pas inutile dans un livre dont l'importance exige des qualités si remarquables de science et de persévérance.

La Théorie darwinienne et la création dite indépendante,

par Joseph BIANCONI, professeur à l'université de Bologne (1).

Un médecin de Bologne, frappé comme beaucoup d'autres de ce que renferme d'hypothétique la théorie de Darwin sur la filiation des espèces « d'après une communauté de type s'expliquant par l'unité d'origine », a pris la plume pour démontrer anatomiquement que la base de cette doctrine ne repose que sur une erreur. — Dans un volume très-substantiel, sobre de critique, et riche de faits anatomiques, rendus saisissables par de nombreuses figures lithographiées, il s'élève contre l'unité de plan dans l'organisation des animaux, contre la doctrine de la *sélection naturelle inconsciente*, à laquelle il substitue ce qu'il appelle la *loi de nécessité mécanique*. Cette nécessité mécanique de construire les parties du corps comme elles sont, et pas autrement, établit à ses yeux le dogme des créations indépendantes en face du dogme de la filiation des êtres résultant des causes chimériques adoptées par l'école darwinienne.

M. Bianconi examine à ce point de vue la main de l'homme, le pied du chien, l'aile de la chauve-souris, la palette du phoque, la patte du tigre, le pied du porc et du bœuf; c'est un travail de haute science, très-intéressant et très-bien fait, appuyé d'observations positives, et dans lequel la controverse ne sort pas des données de l'anatomie.

Ceux qui n'ont pas de parti pris dans la question trouveront

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 12 février.

(1) Un volume in-8° avec planches, chez J.-B. Baillière. — 15 francs.

dans cet ouvrage des notions capables de les éclairer et de diriger leur jugement définitif.

Ils verront que dans la main de l'homme, le pied du cochon, l'aile de la chauve-souris, la palette du phoque, etc., ce que l'on a appelé l'unité de plan n'existe pas et s'accorde bien mieux avec la théorie de la nécessité mécanique.

Si les parties se répètent dans la main humaine et dans les extrémités terrestres ou aériennes des mammifères, c'est que des fonctions semblables se répètent et exigent un mécanisme semblable. Les fonctions communes imposent une certaine communauté d'organes. Alors l'unité de plan devient la conséquence des conditions mécaniques de l'existence des animaux.

De la nécessité mécanique entraînant la constitution des parties dont je viens de parler, telles qu'elles sont et non pas autrement, dans un état de perfection tel qu'on ne pourrait les changer sans changer les fonctions de l'animal, M. Bianconi conclut à la création indépendante par une intelligence ayant la connaissance et le discernement du but à réaliser.

Puis il oppose à cette doctrine l'hypothèse qui consiste à expliquer la différence des organismes au moyen de la descendance par modifications lentes et successives, engendrées par une *sélection naturelle inconsciente.* Il ne peut comprendre que la science des lois mécaniques et leur choix puissent être le résultat de combinaisons aveugles et fortuites.

A cette occasion, il établit que M. Darwin est moins sûr de son opinion qu'on ne le croit généralement, car après avoir affirmé que cette sélection naturelle inconsconsciente scrute journellement, à toute heure et à travers le monde entier, chaque variation même la plus imperceptible pour rejeter ce qui est mauvais, conserver ou augmenter ce qui est bon, il dit ensuite tout le contraire : « Il faut admettre qu'il existe un pouvoir intelligent, et ce pouvoir intelligent est l'élection naturelle constamment à l'affut, » etc. (Voir *Origine des espèces*, p. 292). M. Bianconi a raison — que la sélection naturelle existe, personne ne le contestera ; qu'elle soit inconsciente, c'est encore vrai, mais si l'on veut lui attribuer l'intelligence en vue du progrès et de la perfectibilité des êtres, c'est la doctrine ancienne dont on n'a fait que changer le nom. Mieux eût valu ne pas la combattre avec autant de fracas et surtout ne pas dire qu'elle n'a rien de scientifique. Mais c'est ainsi, partout et en tout les opposants détruisent à l'aide de la calomnie, et si, par hasard, ils ont la puissance et l'autorité, ils reprennent les principes de ceux qu'ils ont renversés.

Je n'ai pas ici à réfuter la doctrine de Darwin, car je l'ai fait ailleurs, dans mon *Histoire de la médecine et des doctrines médicales* (t. II, p. 322, chap. *du Transformisme*). Je répéterai seulement ici, sans préjudicier le fond, qu'elle a le tort de s'affirmer comme la seule vraiment scientifique et capable d'expliquer la filiation et la modification des êtres.— Ce qu'elle renferme d'hypothèses ridicules et ce qu'on y trouve de fantaisiste ne justifie aucunement de semblables prétentions.

Quand une doctrine explique la présence de la barbe au menton de l'homme par la nécessité où il se trouve de plaire aux femmes, elle est jugée.

E. BOUCHUT.

— *Société de chirurgie.* — Ordre du jour de la séance du 18 février : M. Périer : Observation de ligature de l'iliaque externe. — M. Terrier : Observation de calcul de la glande salivaire. — M. Pravaz : Traitement des déviations de la colonne vertébrale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Éléments de toxicologie et de médecine légale appliquée à l'empoisonnement, par A. RABUTEAU, licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, lauréat de l'Institut (prix de thérapeutique), etc.— 2me fascicule. — Prix de l'ouvrage *complet* : 10 francs. — Paris, H. Lauwereyns.

Le Choléra, considérations cliniques et traitement, par le docteur DAVREUX. — In-8°. — 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Examen de quelques points de la physiologie du cerveau par le docteur Eugène DUPUY, in-8 et une planche. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Adrien Delahaye.

Étude sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'arnica, par M. le docteur GUILLEMOT. — Br. in-8° de 40 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, Germer-Baillière.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Sous le titre de *Nouvelles Recherches cliniques et expérimentales sur les mouvements et les repos du cœur, ainsi que sur le mécanisme du cours du sang à travers ses cavités, à l'état normal*, M. Bouillaud complète sa première communication sur *les mouvements des artères*. Certes, quand il s'agit du cœur, M. Bouillaud a des droits superbes que lui assurent ses travaux, et nul plus que lui n'était autorisé à prendre la parole sur ce sujet devant l'illustre aréopage. M. Bouillaud a voulu confirmer, une fois de plus, et d'après de nouvelles expériences, que le cœur doit être assimilé, dans son fonctionnement, à une *pompe aspirante et foulante automotrice*. Le jeu de cette pompe vivante commence, chez l'homme, par la systole des ventricules et la diastole des oreillettes, et finit par la diastole *active* des ventricules et la systole des oreillettes. Ces deux temps, auxquels correspondent les battements du cœur, sont séparés par deux temps de repos dont la durée est inégale : le court succède à la systole ventriculaire et le plus long à la diastole. D'après cela, dit M. Bouillaud, si l'on accorde le nom de *pouls* aux battements du cœur, comme on le fait pour le battement des artères, le pouls du cœur est *dicrote* comme celui des artères, et non *monocrote*, comme on le croit généralement.

M. Bouillaud ajoute que, bien qu'il dise que cette pompe est *automotrice*, il n'entend pas nier cependant l'influence du système nerveux sur les battements du cœur. A ce sujet, il rappelle les idées de M. le docteur Édouard Fournié touchant les propriétés physiologiques des nerfs, *motricité* et *impressionnabilité*.

Il termine enfin en disant : « Si l'on me demande maintenant quelle est la cause suprême de cet ordre, de cette harmonie *préétablie* que nous admirons dans les révolutions du cœur, je ne saurais mieux faire que de renvoyer, en ce qui concerne ce problème si délicat et si transcendant, à Galien, à Harvey, à Lower, et à l'auteur de l'article *cœur* de l'*Anatomie descriptive* de Bichat. »

Cette courte exposition suffira sans doute pour que nos lecteurs apprécient, par eux-mêmes, la théorie de M. Bouillaud. Mais l'illustre professeur est trop bienveillant à notre égard pour que nous n'obéissions pas, en cette circonstance, à ce qui est l'honneur et le droit de tout critique. De la communication nous ne relèverons que deux choses : l'expression *automotrice* et la citation de la fin.

L'expression *automotrice* ne saurait être applicable à aucune fonction de la vie. Toutes les fonctions, comme l'a démontré M. Édouard Fournié, n'entrent en jeu que sous l'influence d'un excitant spécial, qu'il désigne sous le nom d'*excitant fonctionnel* (1). Cette loi est beaucoup plus importante qu'on ne pourrait le supposer au premier abord. Elle est applicable, en effet, non-seulement aux fonctions de la vie nutritive, mais encore aux fonctions de la vie de relation et en particulier aux fonctions du cerveau. C'est en appliquant cette loi que M. Édouard Fournié est parvenu à démontrer que la *volonté*, la *liberté* de l'homme sont choses éminemment relatives puisque tout *acte fonctionnel du cerveau doit être nécessairement précédé d'une impression sentie qui représente son excitant fonctionnel*.

« La sensibilité, dit M. Fournié, ne *veut* qu'après s'être donnée, par les signes du langage, la possibilité de se dire à elle-même que telle impression l'affecte plus vivement que toute autre pour tel et tel motif, et lorsqu'en même temps elle peut se dire qu'elle agit en vue de cette impression. La volonté réside dans cette formule, mais le principe de l'acte volontaire est toujours dans l'impression sentie et *élue*, non par choix, mais parce qu'elle a été la plus forte entre les autres. La volonté est donc *l'obéissance* à l'être sensible, transformée par la raison de l'être intelligent en acte volontaire : *vouloir*, c'est exprimer par un acte (le signe-langage est un acte), une manière de sentir comparée, jugée, exprimée par un acte (2). »

Il suit de là que la seule fonction du cerveau, la seule qui, jusqu'à présent, était considérée comme jouissant d'une certaine spontanéité, est soumise aux mêmes lois générales qui régissent les autres fonctions de la vie et que, comme ces dernières, elle doit subir, pour entrer en jeu, l'intervention de son *excitant fonctionnel*. Cette intervention nécessaire rend le mot *automotrice* impropre quand on veut l'appliquer aux fonctions de la vie, et l'on ne saurait s'en servir sans porter atteinte aux notions fondamentales de la physiologie générale.

Sénèque, sur un sujet à peu près analogue, s'exprime ainsi dans sa 49e épître : «Je ne dis pas qu'il ne faille point examiner ces sortes de questions, mais il faut les examiner de loin et les saluer, pour ainsi dire, du seuil de la porte, uniquement dans

(1) Édouard Fournié. *Physiologie du système nerveux cérébro-spinal*, page 25.

(2) *Loc. citato*, p. 679.

le but de ne pas faire sur elles des dissertations et de ne pas conclure. »

M. Bouillaud, imitant la prudente réserve du philosophe romain, salue poliment « la *cause suprême* de l'harmonie préétablie que nous admirons dans les révolutions du cœur », et nous renvoie, « en ce qui concerne ce problème si délicat et si transcendant », à Galien, Harvey et autres. Ceci n'est qu'une malice ; mais, en fait de science, les malices ont quelquefois plus de gravité qu'on ne le suppose. De tout temps, on a mis sur le compte des *causes suprêmes* ce qu'on ne pouvait actuellement expliquer. Mais aujourd'hui que ce procédé essentiellement *humain* est connu, on doit se montrer très-réservé dans son application, de peur d'encourager l'erreur ou de troubler les chercheurs de vérité. La science bien entendue, bien définie, n'a pas à faire intervenir, dans ses recherches, les *causes suprêmes*. Si l'homme pouvait disposer de ces causes, toute science serait faite.

Chercher le possible dans l'inconnu, tel est le lot du savant. Mais il n'est pas toujours facile de distinguer le possible de ce qui ne l'est pas. M. Bouillaud, par exemple, s'incline devant la recherche des conditions qui président à la coordination des mouvements du cœur, préférant en référer aux *causes suprêmes*. Il a tort. D'autres, d'ailleurs, ont fait ce que l'illustre professeur a dédaigné de faire. Le principe d'action des mouvements du cœur a été localisé dans le cervelet par Willis, dans la moelle allongée par Budje et Schiff, dans la moelle épinière par Legallois, dans les ganglions sympathiques par Prochaska, dans la fibre musculaire elle-même par Haller. Aucune de ces localisations exclusives ne représente, il est vrai, la vérité ; mais les travaux dont elles ont été le prétexte permettent peut-être aujourd'hui de formuler toute la vérité scientifique sur ce point. En effet, partant de cette notion fondamentale, mise en lumière, par M. Fournié : 1° que tout organe n'entre en fonction que sous l'influence de son excitant fonctionnel ; 2° que l'impression de l'excitant fonctionnel est transmise à l'organe par l'intermédiaire *nécessaire* des nerfs sensitifs, on arrive à se faire une juste idée de la cause et des conditions qui président aux mouvements du cœur.

Le sang, excitant fonctionnel du cœur, agit sur les nerfs sensitifs de cet organe, et ceux-ci, à leur tour, exerçant leur influence naturelle sur les fibres motrices, déterminent en définitive la contraction cardiaque. Il y aurait sans doute beaucoup à dire sur les nerfs cardiaques, sur leur influence respective et sur leur origine ; mais nous ne pouvons sortir ici du modeste cadre d'un article de journal.

Nous voulions tout simplement montrer qu'en cette matière, point n'est besoin de faire intervenir les *causes suprêmes*, et encourager, d'un autre côté, les travailleurs intrépides qui poursuivent avec ardeur les difficultés des vrais problèmes de la science.

— M. A. Richet prie l'Académie de le comprendre parmi les candidats à la place laissée vacante, dans la section de médecine et de chirurgie, par le décès de M. Nélaton.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT

De la périostite phlegmoneuse aiguë chez les enfants

Le cas rare qui se présente aujourd'hui à votre observation mérite d'être étudié avec d'autant plus de soin que les médecins ne sont pas encore bien fixés sur le siége primitif du mal. C'est une lésion dont l'origine, le développement, la marche et les terminaisons ne sont pas encore connus d'une façon qui ait mérité l'assentiment général de ceux qui savent observer.

Pour vous montrer combien sont encore vagues les notions sur la nature de cette maladie, habituellement si grave et si promptement mortelle, je vais vous indiquer ses dénominations variées. Elle a été décrite sous les noms de *périostite suppurée* par Howe, Pearson, Wiers, Bérard, Maisonneuve, etc. ; *nécrose aiguë* par Boyer, etc. ; d'*abcès sous-périostiques aigus* par Chassaignac dans un excellent travail clinique ; d'*ostéite épiphysaire aiguë* par Klose et Gosselin ; d'*ostéo-périostite juxta épiphysaire* par Gamet ; de *décollement des épiphyses ;* d'*ostéomyélite ;* de *typhus des membres*, en raison des phénomènes typhoïdes qui accompagnent ordinairement cette maladie ; de *médullite aiguë* ou *inflammation primitive aiguë de la moelle des os* par Culot, dans une bonne thèse doctorale, etc.

Cette richesse synonymique vous indique notre misère nosologique ou, si vous voulez, l'incertitude où se trouve encore la nosographie relativement à la nature du mal que vous observez chez l'enfant dont je vous parle. Je n'ai pas l'expérience nécessaire pour résoudre définitivement ce problème pathologique, et je n'insisterai pas beaucoup sur ce point. Qu'il vous suffise de savoir, d'après les faits que j'ai observés, que je me rattache en ce moment encore à l'opinion de Chassaignac, qui considère les cas de ce genre comme étant une périostite aiguë produisant, selon son siége sur telle ou telle autre partie d'un os long, un abcès sous-périostique, une nécrose aiguë ou un décollement épiphysaire ; que cette maladie est habituellement très-grave et très-rapide, presque toujours accompagnée de phénomènes typhoïdes et compliquée de résorption purulente ; d'endocardite secondaire et d'embolies granuleuses.

Le cas dont je vous parle en ce moment présente ceci de curieux qu'il échappe à la presque totalité des cas analogues, et qu'il a été suivi de guérison par résolution. C'est le premier que j'observe, et il n'y en a pas beaucoup de semblables.

J'ai observé sept cas de périostite aiguë chez les enfants ; trois à l'hôpital, au fémur et au tibia, suivis d'un abcès sous-périostique considérable, tous trois suivis de mort en quelques jours, au milieu de phénomènes typhoïdes et emboliques ; deux en ville également suivis de mort dans les mêmes conditions ; l'un avec les docteurs Plomb et Maisonneuve, l'autre avec les docteurs Moreau et Barré ; enfin deux autres à l'hôpital, qui ont été suivis de guérison. Dans l'un de ces cas, la périostite aiguë, située au tibia, a été suivie d'un abcès sous-périostique que j'ai incisé de bonne heure, et l'autre que vous avez sous les yeux. Ici, la périostite aiguë occupant le troisième métacarpien, la face antérieure des os du tarse et la tête de l'humérus gauche, a guéri par résolution.

Habituellement, la périostite phlegmoneuse aiguë débute sous l'influence du froid ou d'une forte contusion, aidée d'un état dyscrasique rhumatismal ou scrofuleux. Mais souvent on ne trouve rien qui révèle avec quelque certitude l'existence antérieure d'un vice scrofuleux ni rhumatismal.

Ainsi, dans un relevé de quarante-sept cas publié par Culot dans la thèse dont je vous ai parlé, il en est vingt-deux qui résultaient d'une violence extérieure ; douze attribués à l'action du froid ; trois à la fatigue ; trois au froid et à la fatigue réunis, enfin six qui seraient venus spontanément, c'est-à-dire sans cause appréciable.

Entre l'impression morbide et la réaction maladive, le temps

est très-variable. Dans certains cas, c'est au bout de quelques heures qu'ont paru les premiers symptômes, et ailleurs il a fallu de trois à quinze jours écoulés entre la cause morbide et ses effets.

Alors, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas eu de cause appréciable pour favoriser l'apparition des accidents, apparaît une douleur locale.

Cette douleur, d'abord peu intense, devient assez forte ; elle est continue, s'accroît pendant la nuit, s'exaspère par les mouvements et par le toucher, et elle est quelquefois intolérable.

Peu après la douleur apparaissent de la tuméfaction, de l'empâtement et de l'œdème plus ou moins profonds, selon le siége de la périostite, et il y a de la rougeur si l'os affecté est superficiel.

Chez quelques malades, il y a développement du réseau veineux superficiel. L'empâtement et l'œdème augmentent rapidement, puis il survient une fluctuation, obscure si l'os est profond, évidente si l'os est placé sous la peau.

A ce moment, il faut inciser largement l'abcès, et l'on en voit sortir du pus fétide ou inodore, parfois mélangé de gouttelettes huileuses comme l'ont indiqué Chassaignac, Andréa et Roser. Au fond du foyer, l'os est à nu, et si l'abcès occupe l'extrémité de l'os, il y a souvent décollement épiphysaire ou envahissement de l'articulation par le pus.

Par l'incision, les douleurs cessent ou diminuent seulement; mais si la douleur persiste, c'est que la périostite suppurée se complique d'inflammation du tissu osseux caractérisant l'ostéomyélite.

Avec ces *phénomènes locaux* existe une fièvre assez vive avec une élévation de température pouvant atteindre trente-neuf ou quarante degrés. Il peut n'y avoir pas d'autres *accidents généraux*, mais souvent le mal produit des phénomènes typhoïdes graves. L'enfant est très-abattu, dans un état d'adynamie profonde, et son visage terreux exprime la stupeur. Notre malade n'a pas offert cette complication. Sa périostite est restée locale et n'a pas eu d'autre retentissement sur l'organisme que l'état fébrile. Habituellement il n'en est pas ainsi. Avec la stupeur, l'adynamie, le subdélirium, la sécheresse de la langue et de la peau, la fuliginosité des lèvres, il y a un pouls dicrote très-fréquent, une chaleur très-vive, de la toux avec râle sibilant et ronflant dans les deux poumons, des urines épaisses, parfois albumineuses, et enfin une endocardite secondaire avec de la péricardite plus ou moins caractérisée. Dans ces cas, on entend un souffle de la pointe au premier bruit et quelquefois du frottement, comme l'a indiqué M. Culot.

Dans cette *forme typhoïde*, la périostite suppurée est constamment mortelle, mais il y a des cas où la maladie conserve la *forme inflammatoire* sans complication. Alors elle peut guérir après avoir donné lieu à un abcès qu'on a pu ouvrir ou sans abcès, par résolution, ce qui est extrêmement rare. Klose et Bœckel en ont cité des exemples. Celui dont je parle et qui fait l'objet de cette leçon en est un autre, et c'est pour cela que je le signale à votre attention.

Quand la périostite phlegmoneuse aiguë devient grave et qu'elle s'accompagne d'accidents typhoïdes, elle tue par *résorption purulente* ou par *embolies capillaires*, ce qui est absolument la même chose, et la mort a lieu en trois jours (Bouchut-Boeckel); en cinq jours (Colson-Marjolin); en huit et dix jours, comme je l'ai vu avec le docteur Plomb, et une autre fois avec le docteur Barré. Il est rare que, sous cette forme, la périostite suppurée puisse guérir ; mais, quand cela se rencontre, il y en a pour longtemps, car l'os nécrosé doit être éliminé, ou, si l'épiphyse a été décollée en même temps que l'articulation a été le siége d'inflammation synoviale, il en résulte des fistules et des ankyloses qui sont de véritables infirmités.

Chez les enfants qui succombent, on trouve *des lésions osseuses toutes spéciales* et des *lésions viscérales* qui attestent l'existence d'une résorption purulente, ou, si l'on veut, d'un empoisonnement par embolies capillaires disséminées dans les poumons, les séreuses et les muscles.

Comme lésion locale, on trouve le périoste épaissi, décollé de l'os dans une plus ou moins grande étendue et l'os baigné de pus verdâtre. Le pus infiltre également le tissu cellulaire et le tissu musculaire des parties avoisinantes.

L'os est malade parfois superficiellement, et ailleurs dans toute son épaisseur. Il pénètre dans les canalicules osseux de Harvers, dans les alvéoles du tissu spongieux et se répand dans la moelle centrale. C'est ce qui autorise les noms d'ostéo-myélite et de médullite donnés à cette maladie, dont le point de départ est le périoste.

Chez quelques enfants, la suppuration a gagné le lieu de jonction du cartilage épiphysaire avec la diaphyse. De là résulte la disparition de ce cartilage et le décollement de l'épiphyse.

Dans les os plats comme dans les os longs, les lésions sont les mêmes, et il n'y a que les conséquences qui puissent différer.

Avec ces lésions des os existent aussi celles des articulations du voisinage. Il peut n'y avoir qu'une arthrite contiguë, comme l'a dit Klose, mais plus souvent le pus s'infiltre dans l'articulation par perforation du cartilage articulaire et remplit la synoviale. C'est ce que j'ai vu à Sainte-Eugénie sur une jeune fille qui avait une périostite suppurée de l'extrémité inférieure du fémur.

Chez quelques malades, on trouve l'os nécrosé et des séquestres en voie d'élimination, mais il faut que la maladie ait duré longtemps. Ce sont des cas assez rares.

Comme lésions générales des viscères, dues à la résorption des produits morbides sous-périostiques, voici ce qu'on trouve :

Quelquefois la phlébite des gros troncs du membre affecté (Stone), ce qui explique les métastases cardiaques, pulmonaires et autres.

La suffusion séreuse des méninges, l'infiltration purulente de la pie mère, avec purulence des veines méningées (Louvet), des abcès du cerveau (Stone).

Les poumons, remplis de noyaux d'apoplexie pulmonaire ou infarctus apoplectiques noirs, quelquefois décolorés au centre comme ceux que j'ai décrits pour la diphtérite dans mon *Traité de la maladie des enfants*, enfin de véritables abcès métastatiques (Chipault, Petit-Raymond, Stone).

Les plèvres remplies de liquide séro-purulent ou sanguinolent et parfois tapissées de fausses membranes.

Le péricarde, souvent distendu par du liquide séreux ou séro-purulent en quantité de 4 à 500 grammes. Quant à ses parois, elles sont parfois recouvertes de fausses membranes irrégulières plus ou moins épaisses (Marjolin, Tavignot, Gadaud, Petit-Raymond, Giraldès, Thaon, Stone).

La substance du cœur est molle, grisâtre, granuleuse et graisseuse, comme dans la myocardite du croup et de la diphthérite. Elle renferme des ecchymoses et souvent de petits abcès métastatiques (Gadaud, Stone, etc).

Les valvules sont toujours malades, comme dans toutes les maladies graves de l'enfance, quelle qu'en soit la nature. La

mitrale est toujours celle qui offre les altérations les plus fortes. Dans les cas habituels, c'est une endocardite végétante simple avec thromboses fibrineuses ou cruoriques (Bouchut, Martin), mais, dans quelques cas, il y a véritable endocardite ulcéreuse. Ainsi sont les faits de Martin et de Giraldès.

Dans le ventre, Stone a trouvé une fois du liquide purulent. La rate est toujours gonflée, noirâtre, ramollie. Le foie est volumineux, gros, mais rarement il renferme des abcès. Il n'en est pas de même des reins, qui offrent presque toujours de la néphrite parenchymateuse, brightique, et souvent de nombreux abcès de la substance corticale (Chipault; Stone, etc.).

Dans les articulations éloignées du lieu de la périostite suppurée, il y a souvent des collections purulentes métastatiques (Gadaud) qu'on a trouvées aussi dans la vie de relation, dans le grand pectoral (Gadaud), dans les jumeaux (Bouchut), etc.

Toutes ces métastases ne se trouvent pas réunies ensemble sur le même sujet, mais elles sont très-nombreuses et attestent bien que la mort a été le résultat d'une résorption des produits morbides sous-périostiques.

Voilà ce que c'est que la périostite suppurée dans les cas graves. Comparez maintenant avec le fait que vous avez sous les yeux, et vous verrez les différences. Ici, pas d'état typhoïde et par conséquent de résorption purulente. C'est une périostite aiguë heureusement terminée par suppuration.

Permettez-moi de vous rappeler l'observation dans ses principaux détails. Elle a été recueillie par M. Petit, interne du service. *(A suivre.)*

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. PANAS

Staphylome cicatriciel presque total de la cornée. — Première opération par incision et énucléation du cristallin (procédé de Graefe); insuccès. — Trépanation de l'œil suivie de guérison (1).

Voici un malade âgé de quarante ans, et qui, par suite d'un coup de branche d'arbre, le 15 juin 1873, eut une destruction de la cornée de l'œil gauche et un staphylome cicatriciel globuleux et presque total de cette membrane.

A son entrée à l'hopital Lariboisière, le 10 novembre dernier, nous constations que le staphylome, d'une teinte laiteuse, uniformément arrondi, et comprenant aussi bien la cornée que l'iris, n'avait respecté qu'une bande cornéale de la largeur de deux lignes en haut et en dedans, et qui nous permit de conserver encore l'espoir qu'à l'aide d'une iridectomie ou d'une irido-dialyse, on pouvait rétablir un certain degré de vision. En attendant il fallait porter remède à la gêne occasionnée par la présence de l'intumescence staphylomateuse sur le devant de l'œil, et qui entraînait avec elle un degré assez prononcé de congestion des vaisseaux.

Il va sans dire que l'opération de l'excision suivie de suture devait être mise de côté pour plusieurs raisons, dont la principale découlait de l'espoir de conserver à cet œil un certain degré de vision.

L'opération que Graefe avait préconisée, et qui consiste, comme on sait à pratiquer à la base du staphylome une incision transversale qui le divise en deux moitiés, puis à extraire le cristallin, le tout suivi de l'emploi prolongé du bandeau compressif, nous paraissait devoir convenir le mieux. Aussi nous l'avons pratiquée le 28 novembre.

Dans la production d'un staphylome cicatriciel de la cornée, deux éléments jouent le principal rôle. D'un côté, l'amincissement et le ramollissement inflammatoire avec ulcération de cette membrane; de l'autre, la tension intraoculaire, souvent accrue par l'état phlegmonique de l'œil, et qui produit directement l'ectasie du tissu cornéal altéré dans sa structure.

Ne pouvant pas remédier au défaut de résistance de la cornée une fois que le staphylome cicatriciel se trouve définitivement constitué, il est tout naturel qu'on ait songé à s'adresser à l'autre élément, l'agent principal de l'ectasie, à savoir, la *tension* intraoculaire qu'on a cherché à diminuer, non plus par la simple iridectomie, mais bien par l'extraction du cristallin, celle-ci étant supposée devoir y laisser un vide persistant.

Contrairement aux données théoriques qui précèdent, nous avons vu le staphylome se reproduire après l'opération, à mesure que s'effectuait la cicatrisation de la plaie cornéale, et cela, malgré l'occlusion de l'œil avec le bandeau compressif et malgré que nous eussions désuni à deux ou trois reprises différentes, à l'aide d'un stylet mousse, les lèvres de la plaie.

Devant un insuccès absolu, nous avons jugé la méthode opératoire de Graefe comme inefficace, et le 13 décembre suivant, nous avons pratiqué la trépanation de la cornée.

Les suites de cette opération ont été des plus simples. Un bandeau compressif fut maintenu sur l'œil, jusqu'au 31 décembre, époque à laquelle le malade partit guéri pour Vincennes.

Actuellement, un mois et demi après l'opération, vous pouvez constater que le staphylome a complétement disparu, et que même la partie naguère ectasique de la cornée se montre plus plate qu'à l'état normal.

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 21 janvier 1874.

NOTE HISTORIQUE ET CRITIQUE

SUR LES PRINCIPALES MODIFICATIONS DU CÉPHALOTRIBE ET EN PARTICULIER SUR L'ÉTAT FENÊTRÉ DE SES CUILLERS

par le docteur A. MATTEI.

L'intéressant article récemment publié par M. Bailly (1) m'engage à insister à mon tour sur les avantages du céphalotribe à cuillers fenêtrées. Je vais jeter un coup d'œil historique sur les principales modifications du céphalotribe pour arriver plus aisément, soit à rendre la priorité à qui elle appartient, soit pour faire ressortir le point principal de cette note.

La diminution de la tête fœtale dans les cas de dystocie, soit par la perforation, soit par la section, soit par le broiement, remonte à Hippocrate, et, sous les Arabes surtout, de fortes pinces étaient destinées à cet usage.

Après la Renaissance, on voit reparaître ces tenailles plus ou moins modifiées; mais l'idée de ménager la vie de l'enfant adoucit de plus en plus l'action de ces instruments et fit naître le forceps dès le dix-septième siècle.

La pensée des médecins qui employèrent le forceps ne fut même pas seulement celle de saisir la tête fœtale. Ils eurent en vue la réduction de cette tête soit qu'elle fût préalablement perforée et l'enfant sacrifié, soit que l'enfant fût vivant et qu'on espérât le conserver. Cette idée de réduction est surtout manifeste dans les forceps de Contouly, d'Assalini, de Lauvergeat, de Delpech, d'Aitken et de quelques autres dont les manches pouvaient être fortement serrés par des vis et des manivelles. C'est encore dans ce but que Levret, Smellie et bien d'autres ont donné aux manches du forceps une longueur presque aussi grande que celle des cuillers.

Avant la découverte du forceps, toutes les pinces destinées à saisir l'enfant avaient les cuillers pleines; après cette découverte, on laissa des fenêtres aux instruments, même qu'on destinait à la compression la plus violente. Ces forceps laissaient cependant une grande lacune, c'était l'impossibilité d'agir dans les rétrécissements pelviens, où le forceps était inapplicable; cette lacune a été remplie par Baudelocque neveu, lequel, de 1829 à 1836, inventa, perfectionna et appliqua le céphalotribe, qui est resté jusqu'à nos jours un instrument utile.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 22 et 27 janvier 1874.

Cet instrument avait les cuillers bien plus étroites que les forceps, mais pleines, et quoique les cuillers aient passé par une foule de modifications, elles ont été conservées pleines dans presque tous les cas jusqu'aux céphalotribes employés de nos jours.

L'étroitesse des cuillers a été portée jusqu'à 4 centimètres ou un peu plus, ce qui a permis de faire la céphalotripsie dans les rétrécissements de 5 centimètres du détroit supérieur du bassin et au-dessus.

Le céphalotribe, tel que je viens de l'indiquer, a rendu et rend encore des services, mais il offre souvent aussi des déceptions. Bien des efforts ont été faits pour corriger les défauts; quelques accoucheurs ont même cru pouvoir le remplacer dans tous les cas par d'autres instruments ou par d'autres moyens de réduction de la tête fœtale.

Pour mieux établir ce point, j'ai besoin de m'expliquer sur les divers rétrécissements pelviens et sur les méthodes qui leur conviennent.

Les formes et surtout les degrés des rétrécissements pelviens varient à l'infini ; mais, sous le rapport pratique, on peut les diviser en quatre :

1° Les rétrécissements peu prononcés (entre 8 centimètres et demi et 7 centimètres et demi) où, à moins d'hydrocéphalie ou de grossesse prolongée, la tête fœtale peut passer avec l'aide d'une application de forceps;

2° Les rétrécissements moyens (entre 7 centimètres et demi et 6 centimètres et demi) où le sciage, la sphénoclatie et la traction continue ont pu disputer le terrain au céphalotribe;

3° Les rétrécissements très-prononcés (entre 6 centimètres et demi et 5 centimètres) où le céphalotribe seul peut agir; le forceps lui-même, surtout quand il n'a pas les cuillers trop larges, peut être employé encore dans plusieurs de ces cas ;

4° Les rétrécissements extrêmes ou excessifs (au-dessous de 5 centimètres) où l'opération césarienne est seule praticable.

Le premier et le dernier de ces degrés de rétrécissement sont hors de cause, mais les deux intermédiaires sont du domaine du céphalotribe. Je vais en dire quelques mots.

Rétrécissements moyens. — La difficulté de la prise pour saisir, broyer et extraire la tête est une objection sérieuse pour le céphalotribe à cuillers pleines et étroites. Nous verrons comment on peut y remédier. En attendant, il s'agit de savoir comment on y a suppléé.

Le sciage de Van Huevel a eu et compte encore des partisans, en Belgique, comme ailleurs, mais il ne s'est pas généralisé. La complication et la cherté de l'instrument sont peut-être une des causes de ce résultat. La sphénotripsie ou sphénoclatie, déjà entrevue par Lollini, de Bologne, et ingénieusement développée par M. Hubert, de Louvain, avait quelque chose de plus séduisant, parce qu'elle a pour principe la destruction de la base du crâne, qui est le véritable obstacle à l'engagement de la tête. Van Huevel, Lollini, Valette ont conservé des fenêtres à leurs céphalotribes, c'est-à-dire qu'ils ont seulement appliqué ces instruments dans les cas de rétrécissements moyens, même peu prononcés. M. Hubert, en se servant d'une cuiller pleine, peut passer à travers des rétrécissements un peu plus prononcés. Mais, puisque, pour placer sa cuiller, puisque pour bien placer son térébellum, il faut pouvoir introduire toute la main dans le bassin, c'est que le rétrécissement n'est pas très-prononcé. La traction continue de M. Chassagny paraissait devoir mieux réussir, au moins pour les apparences, en ne mutilant pas l'enfant. Ici encore l'usage du forceps dit que le rétrécissement n'est pas très-prononcé; mais, chez l'inventeur comme chez ceux qui l'ont suivi, cette traction n'a pas donné les résultats désirés, au moins pour l'enfant. Ainsi, dans les cas où l'enfant était vivant avant l'opération, il est bien né souvent en conservant les pulsations cardiaques, mais sans pouvoir respirer. L'explication est toute simple, c'est que, pour l'établissement de la respiration, il faut l'intégrité du cerveau, et une pression croissante durant vingt à trente minutes rend la substance cérébrale incapable de reprendre ses fonctions. Le sciage, la sphénotripsie et la traction continue peuvent sans doute compter quelques succès qui les rendent préférables à la céphalotripsie ordinaire dans les rétrécissements moyens; mais ces procédés ont encore besoin de faire leurs preuves.

En attendant, il s'agit de savoir si l'on ne peut pas améliorer le céphalotribe. Je dirai dans un instant comment je m'y suis pris; voyons d'abord ce qu'ont fait les autres.

On pourrait passer ici en revue une foule de modifications portant sur les cuillers (longueur, courbure, dents, arrêtes, griffes, couteaux, etc.,) mais qui ont toutes peu réussi. La largeur de la cuiller restant étroite, la prise s'en ressentait, il fallait donc élargir les cuillers ou les fenêtrer. C'est ce qu'ont fait Van Huevel, Lollini, Valette, Chassagny, etc., quoique dans un but tout autre que le broiement. C'est ce que vient de faire précisément M. Bailly, avec l'intention, cette fois, de broyer comme Contouly. Assalini, Lauvergeat et autres avaient l'intention de comprimer pour réduire le volume céphalique. On pourrait faire ici diverses objections au céphalotribe largement fenêtré, mais deux surtout sont importantes. Ainsi il ne peut être appliqué que dans les rétrécissements moyens où le terrain est disputé par le sciage, la sphénotripsie et la traction continue ; ensuite la largeur des cuillers n'est qu'un degré des nombreux rétrécissements moyens. Il faudrait par conséquent avoir tous les degrés de rétrécissement dans les cuillers, ce qui n'est pas admissible. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 juillet 1873. — Présidence de M. PETER, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. DE SAINT-GERMAIN. — Depuis notre dernière séance, j'ai appris que le docteur Pallaciano (de Naples) faisait toujours la trachéotomie avec un bistouri rougi au feu; je me mets actuellement en relation avec lui pour savoir très-exactement comment il procède.

Le procès-verbal est adopté.

M. AUGUSTE VOISIN fait hommage à la société d'un exemplaire, en tirage à part, du travail sur l'hérédité, qui vient de paraître dans le nouveau *Dictionnaire de médecine et de chirurgie.*

M. Voisin a examiné en premier lieu la transmission des caractères normaux des ascendants, aussi bien dans la forme des organes que dans leurs modes fonctionnels, et les unions consanguines.

En second lieu, il a traité de la transmission des maladies des ascendants aux descendants. Après un premier chapitre, dans lequel notre confrère a exposé l'historique des opinions des auteurs sur l'hérédité et en a fait la critique, il dit quelles sont les conditions qui favorisent le développement des maladies héréditaires ; quelle est la durée de l'hérédité; quelle est l'époque d'apparition des affections héréditaires ; quelle est la fatalité de l'hérédité; quels sont les caractères corporels et mentaux des sujets qui ont tel ou tel germe héréditaire morbide; quelles formes présentent les maladies héréditaires des descendants, comparativement, avec celles des ascendants; quel est le traitement et quelles sont les mesures à opposer à l'hérédité morbide.

La fin de l'article de notre confrère est consacrée à l'étude des déviations organiques et des dégénérescences individuelles et collectives.

M. CAMUSET, nouveau membre titulaire, assiste à la séance.

RAPPORTS

M. GIRAUD-TEULON, au nom de la commission composée de MM. Blumenthal, Aimé Martin et lui, lit son rapport sur le mémoire de M. Charles Abadie, et conclut à l'inscription de M. Abadie sur la liste des membres titulaires.

M. DE SAINT-GERMAIN. M. Oulmont, membre titulaire de la société depuis vingt ans, sollicite l'honorariat. M. Oulmont ayant tous les titres requis pour l'obtention de sa demande, j'ai l'honneur de proposer à la société de l'admettre au nombre des membres honoraires de la société.

DISCUSSION SUR LA TRACHÉOTOMIE

M. DE RANSE. L'instrument dont nous nous servons actuellement pour faire nos expériences a la forme d'une extrémité de pincettes chauffée rouge sombre. Avec une de ses extrémités ovalaires nous coupons la peau; et avec l'autre les parties molles, jusqu'à la trachée. Nous avons, avec M. Muron, établi plusieurs séries d'expériences afin d'avoir tous les termes de comparaison.

M. BLONDEAU rappelle les objections faites par Trousseau aux méthodes expéditives qui, préconisées bien avant notre époque par Sanctorius, Garengeot, Heister, etc., ont été de nouveau remises en pratique par des chirurgiens de notre époque, notamment par Paul Guersant et par Auguste Bérard, mais bientôt abandonnées par eux en raison des dangers qu'ils leur avaient reconnus.

Ces objections portent : 1° sur la possibilité de tomber sur des anomalies artérielles, sur une anastomose des deux thyroïdiennes inférieures assez considérable pour que sa section entraîne une hémorrhagie grave; soit sur une disposition de la carotide gauche naissant du tronc innominé et croisant la trachée-artère ; 2° sur la difficulté de ponctionner la trachée à travers les tissus; l'instrument pouvant dévier et pénétrer dans l'œsophage, ainsi que cela est arrivé à A. Bérard ; 3° sur ce fait, que la méthode expéditive expose les malades à un accident qui se produit quelquefois, il est vrai, quand on opère suivant le procédé le plus sûr, mais plus susceptible de se produire quand on opère suivant les procédés en question : cet accident c'est l'*emphysème du tissu cellulaire* résultant ou bien du défaut de parallélisme entre l'incision des parties molles et celles de la trachée, ou bien de ce que la plaie trachéale étant trop étroite, on aura eu de la peine à introduire la canule.

En remettant ces objections devant les yeux de la société, M. Blondeau reconnaît les avantages des méthodes proposées par MM. de Saint-Germain et de Ranse, en ce que ces méthodes ont pour principe de diviser les tissus en les cautérisant, la cautérisation de la plaie chirurgicale dans la trachéotomie appliquée aux cas de croup étant essentiellement recommandée.

M. PERRIN. Je demanderai à M. de Ranse comment se conduisent et se cicatrisent les plaies faites avec le cautère.

M. DE SAINT-GERMAIN. Malgré l'autorité de Trousseau, ses règles ne sont pas immuables, souvent il faut agir vite, il faut ouvrir la trachée pour arrêter l'hémorrhagie veineuse qui met la vie de l'enfant en danger. Ainsi, une lenteur excessive est souvent dangereuse.

Quant au danger d'ouvrir l'œsophage, ce n'est qu'un accident, car il est possible de régulariser le mode opératoire.

L'emphysème n'est guère possible avec le cautère, en raison de son action propre sur les tissus.

M. DE RANSE. Avec le cautère, on fait l'incision des parties molles sans avoir de sang, même lorsqu'une artère est sectionnée, si l'on a soin de se servir d'un cautère rougi au sombre. M. Perrin touche un point qui n'est pas résolu. Il est probable que la cicatrisation sera plus lente et plus apparente. Les premiers chiens que nous avons opérés, avec le cautère, il y a plus de quinze jours, suppurent encore. Maintenant nous faisons les lésions moins larges, mais elles tendent à suppurer. Il est vrai que les sujets sur lesquels nous expérimentons, les chiens, ne sont pas soignés.

M. GILLETTE. J'ai vu faire, à l'hôpital de la Pitié, une trachéotomie avec le galvano-cautère. La présence de l'anomalie artérielle dite artère de Neubauer avait été diagnostiquée par un des chirurgiens de cet hôpital.

Il y a eu des hémorrhagies artérielles successives et le malade a succombé. Mais je crois qu'avec le cautère de M. de Ranse rougi au sombre, on évitera mieux les hémorrhagies. Mais je ne sais pas si le cautère actuel est suffisant.

M. DE RANSE. Nous poursuivons nos expériences en sectionnant avec le cautère des vaisseaux de différents calibres.

M. CHARRIER. Il est malheureux que les chiens qui servent aux expériences de M. de Ranse ne soient pas soignés. Car ils s'éloignent trop des conditions dans lesquels sont les enfants trachéotomisés.

M. PERRIN. La cicatrice au cou sera très-apparente, et peut-être pourra-t-elle entraîner un rétrécissement de la trachée.

M. DE RANSE. Nous ne coupons avec le cautère que les parties molles. Nous ouvrons la trachée dans le bistouri.

M. DE SAINT-GERMAIN. Depuis ma communication, la discussion s'est un peu éloignée de mon procédé, et les reproches que l'on fait au procédé de MM. de Ranse et Muron ne s'appliquent pas au mien.

En effet, je cherche à faire une ouverture la plus petite possible, j'introduis mon cautère à 1 centimètre un quart dans la membrane crico-thyroïdienne, pour ne pas blesser la paroi postérieure de la trachée. Mon cautère est peu volumineux. Il donne une ouverture suffisante pour introduire le dilatateur de Nélaton, avec lequel, par divulsion, j'obtiens le passage suffisant pour la canule.

M. PÉTER. Il me paraît bien difficile qu'il y ait des hémorrhagies avec le procédé de M. de Saint-Germain. Je fais souvent des trachéotomies, avec le bistouri je coupe la peau, puis je la quitte pour découvrir la trachée avec une sonde cannelée, en déchirant les tissus pour écarter les veines, puis j'incise la trachée avec le bistouri.

LECTURE

M. RELIQUET lit l'observation suivante (voir le numéro 18 de la *Gazette des Hôpitaux*, jeudi 12 février 1874) :

DISCUSSION

M. GILETTE. M. Reliquet insiste avec juste raison sur la profondeur considérable à laquelle on est obligé d'aller pour trouver l'urèthre au niveau de la prostate. Le plus souvent les tissus jusqu'au niveau de la prostate sont très-indurés dans ces cas de rétrécissement, et il est difficile de distinguer le bec prostatique, d'après le procédé de M. Demarquay.

M. RELIQUET. En effet, il est très-important d'être prévenu que le bout postérieur de l'urèthre est beaucoup plus relevé et beaucoup plus profond sur le sujet vivant que sur le cadavre.

Dans sa *Médecine opératoire*, M. Velpeau décrit le procédé qui consiste à ouvrir l'urèthre au niveau de son entrée dans la prostate. Pour trouver le bec prostatique, ou plus tôt pour mettre la pulpe du doigt indicateur gauche, qui est dans l'anus, au niveau de ce bec, j'explore d'abord la prostate, ses bords latéraux, et revenant du bord postérieur en avant dans le large sillon médian, je tiens mon doigt à égale distance des deux bords latéraux, au niveau du bord antérieur de la prostate.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : E. RELIQUET.

VARIÉTÉS

Précis des maladies vénériennes, par le docteur A. BERTHERAND, ouvrage couronné (médaille d'or), par le ministère de la guerre (1).

La tâche qui incombe au bibliographe d'une œuvre de longue haleine, comporte deux indications principales : 1° définir le but de l'auteur et esquisser les grandes lignes du plan qu'il s'est tracé; 2° analyser et apprécier les voies et moyens à l'aide desquels il a rempli ce cadre.

M. A. Bertherand, dans sa préface, nous exonère de la première obligation, en rappelant les circonstances qui ont donné naissance à son livre. Le ministre de la guerre, sur la proposition du conseil de santé des armées, ayant mis au concours la question : *Des doctrines et du traitement des maladies vénériennes,* le prix fut décerné au

(1) In-8° de 600 pages, avec planches et figures. — Deuxième édition. — Paris, 1873, Baillière. — Prix : 7 fr.

mémoire que présenta l'auteur et qui, une première fois déjà, a été offert au public médical.

La doctrine de la syphilis soulève, à chaque pas, tant de contradictions, qu'il serait impossible assurément, aux proportions étroites d'un compte rendu, d'embrasser, dans leur étendue, les arguments invoqués pour discuter et résoudre tous les points litigieux du programme.

Nous dirons brièvement que, sans méconnaître les services rendus à la pathologie vénérienne par l'*École du Midi*, M. A. Bertherand arbore très-résolûment le drapeau de la résistance, défendu, non sans gloire, par les Gibert, Cazenave, Vidal (de Cassis), Velpeau, Bégin, etc. Il repousse l'inoculation artificielle, comme inutile, dangereuse, convaincue d'impuissance, à l'égard des accidents secondaires notamment, dont elle a si longtemps nié la transmissibilité. Pour lui le virus syphilitique est un. L'induration chancreuse exprime de grandes probabilités infectieuses, mais n'est pas un criterium absolu. Il n'admet pas l'unicité, croit très-peu à la contagion vaccinale, mais fermement à la transmission héréditaire, le père seul fût-il contaminé, fait qu'il a contribué à établir avec MM. Depaul et Trousseau. Il proclame l'utilité, l'indispensabilité même du traitement mercuriel, contre lequel s'est tristement heurtée, en s'y compromettant, la médecine physiologique.

Le clinicien se revèle, dans ces pages substantielles, au niveau de l'analyste et du critique. Je ne sache pas qu'autant de ressources, contre chaque lésion en particulier, aient nulle part été offertes au praticien; qu'il s'agisse des variétés et des complications de l'urèthre, de l'orchite, du bubon, de la syphilide aux formes protéiques. Le chapitre sur les rétrécissements de l'urèthre est toute une monographie, où se révèle le chirurgien qui s'est affirmé sur d'autres théâtres.

Les considérations prophylactiques, par lesquelles se complète l'ouvrage, méritent l'attention sérieuse de l'hygiéniste et de l'administrateur. Rappelons, à ce propos, qu'à l'époque de l'apparition du *Précis des maladies* vénériennes, les syphilisateurs venaient d'ouvrir leur campagne. M. A. Bertherand a eu l'honneur d'entrer un des premiers en lice, contre la pseudo-doctrine, et certes on n'a pas beaucoup ajouté aux coups qu'il lui a portés d'emblée.

Un mot encore, et c'est par lui que je terminerai. Ce livre, écrit à l'intention des praticiens et des étudiants, a eu le bonheur d'arriver à une réédition : témoignage manifeste de la sympathie que l'auteur a su se concilier par de nombreux travaux antérieurs et aussi de l'écho qu'ont rencontré, dans le monde médical, les opinions dont il s'est fait l'interprète consciencieux et persuasif.

Dr TOUAL.

SOUSCRIPTION

en faveur de la veuve et des quatre enfants d'un confrère.

(10e liste.)

Un médecin de la marine............	5	francs.
Dr Affre, à Biarritz................	5	—
Dr X..................................	5	—
Dr Chaillou, à Tourny...............	5	—
Dr Charcot, à Beaurepaire-d'Isère.....	5	—
Dr A. C. (Eure-et-Loir)..............	5	—
Dr Sengel, à Forbach..............	5	—
Dr Duprilot, à Chevreuse............	10	—
Dr Meusnier, à Amboise............	10	—
Dr Jasseron, à Oran...............	10	—
Dr Manson, à Toul..................	10	—
Dr Alf. Rabaine, à Saint-Denis-de-Pile.	25	—
L'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins des arrondissements de Belley, Nantua et Gex (Ain)....................	50	—
Listes précédentes............	1536	—
Total...........	1686	francs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance encore insignifiante ou à peu près, sauf l'annonce d'un fait curieux, la guérison possible des petits enfants rachitiques par l'usage du lait de chienne.

Nous n'attachons pas d'importance à une discussion incidente sur les droits de priorité scientifique que peut conférer le dépôt d'un pli cacheté ou les divers modes de publication d'une idée nouvelle ou d'un fait nouveau.

Quand on aime un peu les vieux livres, quand on les a feuilletés souvent, quand on s'est habitué à suivre les ondulations de la science, on sait qu'il serait bien injuste de refuser aux travailleurs le mérite de leurs découvertes parce que d'autres auraient dit les mêmes choses avant eux. Je ne parle pas, bien entendu, des plagiaires ; mais combien n'est-il pas de savants qui, d'eux-mêmes, sans rien connaître des recherches d'autrui, arrivent anx mêmes résultats par voies semblables ?

Il est bon qu'il en soit ainsi, car, au milieu du flux et du reflux des théories et des doctrines, les vérités les plus solidement établies ressemblent à ce monument qu'un grand écrivain s'est fait construire au sein de la mer : elles disparaissent souvent, cachées sous les flots, et pour ceux qui, les ignorant, les voient surgir, elles sont nouvelles.

Les expériences si précises et si remarquables de Galien, quoique admirablement décrites par cet illustre physiologiste, étaient absolument dans l'ombre, aussi complétement oubliées que si elles n'existaient pas, quand un illustre physiologiste de notre époque, les reprenant pour son propre compte, les a fait rentrer dans la science.

Pour toute l'antiquité ce travail est à faire : car, dans la science de nos jours, on voit renouveler sans cesse des doctrines et des données déjà formulées, ou pour le moins soupçonnées, entrevues, brièvement indiquées par quelque penseur d'autrefois.

Seulement, il est arrivé que ces penseurs sont restés en dehors de l'enseignement classique de leur époques. On discutait encore du temps de Cicéron sur le point de savoir si la terre tournait autour du soleil immobile, et les avis sur ce sujet étaient alors très-partagés. Un peu plus tard, du temps de l'astronome Ptolémée, la science officielle était fixée, et l'on ne doutait plus que le soleil tournât autour de la terre immobile.

Nous citerons, comme autre exemple, les doctrines fondamentales de la science la plus moderne sur l'unité de la matière et sur l'unité de la force, sur l'équivalence des formes que la force peut revêtir, mouvement, chaleur, etc., sur les combinaisons de cette force, à l'état de calorique latant, avec les molécules de la matière pour constituer les corps.

Nous montrerons prochainement que, par une sorte de vision pour ainsi dire prophétique, un philosophe grec avait tracé ce cadre de la science actuelle, dont la démonstration s'achève en ce moment. Mais ses contemporains n'y avaient rien compris, et on l'ignorait parmi les nôtres.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Bouchut

De la périostite phlegmoneuse aiguë chez les enfants (1).

OBSERVATION

Marie L..., âgée de cinq ans et demi, est amenée à l'hôpital le 18 juillet 1873, parce qu'elle a de la fièvre, de la toux depuis trois jours, et qu'elle souffre beaucoup du bras gauche, de la main gauche et du pied.

Elle est sortie, il y a peu de temps, d'une salle de chirurgie où elle avait été admise pour une maladie des yeux.

Tuméfaction considérable de tout le moignon de l'épaule gauche, se prolongeant le long du bras, mouvements très-douloureux ; au-dessous de la tête de l'humérus la partie supérieure de l'os est gonflée ; veines formant de gros et nombreux sillons bleuâtres sous la peau ; le coude est gonflé et un peu douloureux, sans rougeur ; l'humérus est douloureux dans toute sa longueur. — *Rougeur, gonflement et douleur vive sur le cou-de-pied gauche* au niveau du tarse, au-dessous de l'articulation tibio-tarsienne ; impossibilité des mouvements à cause de la sensibilité extrême des parties. — *Rougeur et tuméfaction avec douleur assez vive à la partie dorsale du troisième métacarpien et de l'articulation métacarpo-phalangienne* du médius droit. — Rien du côté des autres articulations.

Langue large, humide, un peu chargée. Appétit à peu près nul. Ventre souple, indolent. Pas de diarrhée.

Toux grasse assez fréquente. Quelques râles muqueux aux deux bases. Rien au cœur.

Double conjonctivite catarrhale assez intense, avec irritation assez vive de la peau au pourtour des yeux. T. 40° 6.

19 juillet. — T. 39° 2. — Même état. M. Bouchut, se fondant sur le siége du gonflement, qui non-seulement occupe le moignon de la l'épaule, mais s'étend à toute la longueur du bras, sur toute le déve-

(1) Fin. — Voir le numéro du 17 février.

loppement du réseau veineux sous-cutané de l'épaule, pense qu'il ne s'agit pas là d'un rhumatisme articulaire, mais bien d'une périostite phlegmoneuse de l'extrémité supérieure de l'humérus droit. Les autres points malades (tête du troisième métacarpien de la main droite et cou-de-pied gauche) sont le siége d'une lésion semblable.

Il n'y a pas de nouveaux points douloureux ni d'autres articulations envahies. — Pas d'albumine dans l'urine.

Soir. — T. 39° 5. — La longueur et le gonflement se sont étendus à toute la longueur du troisième métacarpien (main droite). — Pas d'appétit. Pas de selle.

Prescription : Bain simple. Onctions sur les parties malades avec la pommade ci-dessous :

Axonge et onguent mercurielle en parties égales.

Ouate par dessus.

20 juillet. — T. 39° 2. Soir. T. 39°4. — L'épaule et le pied sont moins douloureux ; le gonflement de la main a augmenté.

22 juillet. — Beaucoup moins de gonflement de l'épaule ; les veines sont à peine apparentes aujourd'hui ; les mouvements sont plus faciles, plus étendus et moins douloureux. Moins de gonflement au niveau de la tête du troisième métacarpien droit ; encore un peu de rougeur. Mieux évident, mais toujours pas d'appétit. — Matin, T. 39°. Soir, T. 39° 5.

23 juillet. — T. 39° 2. — La tuméfaction de l'épaule gauche a encore diminué ; l'enfant peut porter sa main sur sa tête. Le gonflement et la rougeur ont diminué à la main droite et presque disparu au pied gauche ; la douleur est toujours assez vive en ce dernier point. — Bagnols, 100 grammes. — Pas d'appétit, pas de diarrhée. — Soir, T. 40° 2.

24 juillet. — Le mieux continue du côté des trois régions primivement affectées. Mais, du côté de la poitrine, on trouve aujourd'hui, à la base gauche, de la diminution de la sonorité à la percussion et des râles crépitants, un peu gros, assez nombreux, sans souffle ; cependant l'enfant tousse moins. — Matin, T. 39°. Soir, T. 40°.

25 juillet. — T. 39°. Soir, T. 39° 8. — Beaucoup moins de râles à la base gauche. — Il semble qu'il y ait eu peu de fluctuation au niveau du troisième métacarpien droit. — Un peu meilleur appétit.

29 juillet. — T. 38°. Soir, T. 38° 7. Le gonflement a presque complétement disparu du côté du bras gauche, et, depuis quelques jours déjà, il ne reste plus trace du réseau veineux signalé précédemment. Les mouvements sont de plus en plus faciles. — Même état à peu près de la main droite et du pied gauche.

6 août. — Les mouvements de l'épaule sont complétement revenus, et il n'y a plus ni gonflement, ni douleur. — Il ne reste plus trace de gonflement ni de rougeur au cou-de-pied gauche ; la douleur a également cessé. — Au milieu de la tête du troisième métacarpien de la main droite, il existe toujours un gonflement assez marqué, profond, pâteux, sans rougeur de la peau ; les mouvements de l'articulation correspondante sont toujours assez douloureux, ainsi que la pression sur la tête métacarpienne, soit par la face dorsale, soit par la face palmaire ; mais cette douleur est beaucoup moins vive que par le passé. — L'enfant tousse toujours beaucoup ; rien à l'auscultation. — L'appétit revient.

14 août. — Il reste à peine aujourd'hui un léger gonflement de la tête du métacarpien ; la pression n'y détermine plus de douleur ; les mouvements de l'articulation correspondante sont tout à fait libres.

L'enfant est rendue à ses parents.

Dans cette observation, le diagnostic est de la plus grande évidence. L'extrémité supérieure de l'humérus est gonflée et entourée d'un empâtement douloureux considérable, avec gêne de la circulation veineuse superficielle et chaleur vive de la peau. Il en est de même à la face dorsale de la main droite, au niveau du troisième métacarpien, mais là, outre le gonflement, l'empâtement et la douleur, il y a presque de la fluctuation, et l'on constate une rougeur vive de la peau.

Au pied gauche, des lésions semblables existent au niveau des os du tarse, près de l'articulation tibio-tarsienne.

On ne peut hésiter sur le siége du mal, qu'il faut placer dans l'os et son périoste.

La question de nature est plus embarrassante, et l'on peut se demander si ce n'est pas là de la scrofule osseuse à l'état aigu plutôt qu'une périostite phlegmoneuse aiguë.

Pour moi, c'est une périostite aiguë parce que le mal date de trois jours au moment de l'entrée à l'hôpital, parce qu'il y a une fièvre qui varie de 40° 6 le soir à 39° 2 le matin, pendant huit jours. C'est alors seulement que le thermomètre ne marque plus que 38° le matin et 38° 7 le soir. Ce ne fut qu'après vingt-deux jours que la température revint à 37° 6 le matin et 37° 2 le soir. Alors l'enfant était guérie.

Les inflammations scrofuleuses des os ne marchent pas ainsi et surtout ne se terminent pas de cette façon.

C'est bien évidemment une périostite phlegmoneuse aiguë avec tous les caractères anatomiques habituels. Elle n'a présenté de spécial qu'un cortége de symptômes moins graves que de coutume. Elle a gardé la *forme inflammatoire sans complication typhoïde*, et de plus elle s'est terminée par *résolution*, ce qui est très-rare. Comme je l'ai dit plus haut, c'est peut-être le troisième cas qu'on trouve dans la science sur une cinquantaine d'observations publiées.

Maintenant que je vous ai fait connaître, et le cas particulier de périostite phlegmoneuse que vous avez dans mon service, et ce qui se rapporte à la nature générale de cette maladie, je vais vous indiquer quel est mon traitement :

La thérapeutique de la périostite phlegmoneuse aiguë doit être active, énergique et prompte. C'est ici que l'intervention médicale est très-utile et que vous avez peu à espérer des efforts bienfaisants de la nature.

Au début, quand les enfants sont pris violemment et subitement d'une douleur profonde des membres et de l'os, il faut appliquer des sangsues pour arrêter la phlogose locale et faire tomber la température de la fièvre.

Si le mal date de quelques jours et paraît tout à fait formé, les sangsues deviennent inutiles et ne peuvent arrêter le travail phlegmasique. On doit alors se borner à des pommades résolutives et à des applications émollientes. La pommade que je préfère est celle que j'ai fait préparer pour notre malade guérie.

Elle se compose de :

Axonge.	30 grammes
Onguent mercuriel. . .	10 —

Cette pommade sur les parties malades, de la ouate et une bande peuvent suffire pour empêcher l'apparition de la fluctuation et amener la résolution de la périostite. Cela est rare sans doute, mais le fait actuellement dans mon service vous démontre que la chose est possible.

En même temps qu'on emploiera cette pommade, on donnera 25 milligrammes ou 5 centigrammes d'opium pour calmer les douleurs.

Ce qu'il faut chercher avec soin dans les cas de ce genre, c'est l'instant de formation du pus révélé par la fluctuation. Cela est de la plus haute importance. En effet, le danger de la périostite phlegmoneuse aiguë, c'est la formation d'*un abcès sous-périostique* ou bien le *décollement des épiphyses* par la suppuration du cartilage interdiaphysaire.

Si l'on ne peut éviter la suppuration, il faut empêcher les désordres qu'elle entraîne à sa suite, et qui sont le décollement du périoste et le détachement épiphysaire. C'est en cherchant à reconnaître, à ses premiers instants, la formation du pus sous le périoste et autour de l'os, pour ouvrir le foyer avant qu'il ne s'étende bien loin, qu'on est utile au malade.

Lors donc que la maladie suit sa marche ascendante et que du pus se forme, il faut ouvrir largement le foyer jusqu'à l'os, qui est souvent à nu, faire des lavages et se conduire comme dans une plaie simple. Dans le cas où l'épiphyse est décollée, il faut immobiliser le membre dans une gouttière, et, s'il y a des séquestres, attendre leur mobilité pour les extraire.

Comme traitement général, si la périostite phlegmoneuse aiguë reste dans la forme inflammatoire avec peu de fièvre et sans phénomènes typhoïdes, on devra laisser les enfants à leur régime ordinaire et leur donner un peu moins à manger que d'habitude. Mais s'il y a des phénomènes typhoïdes, il faut apporter plus d'attention au régime et contraindre les enfants à prendre quelques aliments. Il faut alors prescrire de la macération de quinquina; 30 à 50 grammes de purée de viande crue, seule ou délayée dans du bouillon froid, et donner à boire du madère ou du xérès dans de l'eau sucrée à la place du vin ordinaire.

HOPITAL D'AIX. — M. E. BOURGUET.

Nouvelle observation de pseudarthrose de la cuisse guérie par les injections irritantes (1).

Dans une communication faite à la Société de chirurgie, en 1863 (*séance du 13 mai; Bull. de la soc. t. IV, p.* 196), j'ai fait connaître une application spéciale des injections sous-cutanées à la cure des pseudarthroses, et j'ai rapporté à l'appui l'observation d'un homme de cinquante-trois ans, atteint de pseudarthrose de la cuisse datant de plus de cinq mois, traité sans succès par l'immobilité prolongée et deux applications d'aiguilles à acupuncture, chez lequel la consolidation s'était opérée à la suite de deux injections d'ammoniaque étendue d'eau.

Depuis cette époque, je n'avais pas eu l'occasion de faire de nouvelle application de cette méthode. Il y a quelques mois, un cas presque identique à celui que je viens de rappeler s'est encore présenté dans mon service d'hôpital. L'intérêt avec lequel la Société de chirurgie a bien voulu accueillir ma première communication m'engage à lui adresser la relation de ce second fait, dont tous les détails ont été recueillis avec soin, et pour ainsi dire jour par jour, par M. Dargelot, chef-interne distingué de l'hôpital d'Aix.

OBS. — *Pseudarthrose de la cuisse datant de près de six mois; insuccès de la demi-flexion, de l'appareil de Scultet, de l'extension permanente, de l'immobilité prolongée; neuf injections irritantes; guérison.*

B..., camionneur, âgé de trente-quatre ans, de constitution moyenne, d'une bonne santé habituelle, conduisait son camion, le 28 octobre 1872, lorsque, ayant voulu ramasser les rênes de son cheval, qui pendaient au-devant des roues de la voiture, il tomba à la renverse et une des roues du camion lui passa sur la cuisse gauche.

Transporté à l'hôpital d'Aix presque immédiatement après l'accident, on constate l'existence d'une fracture de la cuisse, située à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs du côté gauche. La fracture est très-oblique, dirigée de haut en bas et de dedans en dehors. Les téguments sont violemment contus et fortement soulevés à la partie antéro-externe par l'extrémité libre du fragment supérieur, qui forme un angle très-prononcé, en ce point, et paraît fortement taillé en biseau. Le fragment inférieur, de son côté, est attiré en dedans et en bas, c'est-à-dire en sens contraire du fragment supérieur. Il résulte de cet état de choses un grand écartement des fragments et l'impossibilité de les amener au contact, soit à cause de la contraction musculaire, qui est très énergique, soit probablement aussi par suite de l'interposition, entre les deux fragments, de quelques fibres profondes du triceps. Le membre, mesuré comparativement à celui du côté opposé, présente un raccourcissement de 7 à 8 centimètres. Il n'exite pas de plaie aux téguments produite par la saillie des fragments. La cuisse est fortement tuméfiée au niveau de la fracture; malgré cela, l'état général peut être considéré comme rassurant.

M. le docteur Bourguet, appelé à visiter le malade en l'absence de son collègue M. le docteur Gouyet, chargé en ce moment du service chirurgical, tente inutilement de réduire la fracture. La contraction musculaire et le chevauchement des fragments sont tellement prononcés, qu'une réduction complète est impossible, avec ou sans chloroforme. Le membre est alors placé sur le double plan incliné à crémaillère, et dans la demi-flexion, attitude qui paraît un peu moins défavorable que l'extension horizontale, quoiqu'elle ne permette pas cependant une bonne coaptation.

2 novembre. — On remplace le plan incliné par un appareil de Scultet, avec attelles en bois régnant sur toute la longueur du membre, et une petite attelle fémorale comprimant le fragment supérieur et immobilisant la fracture aussi complétement que possible.

29 décembre. — L'appareil de Scultet est enlevé. Pas de trace de consolidation. Application d'un appareil dextriné enveloppant la jambe et la cuisse jusqu'au bassin. En outre, le malade, accusant des antécédents syphilitiques, est mis à l'usage du sirop de Boutigny et de la tisane de salsepareille.

1er février. — Le bandage dextriné est ouvert sur toute sa longueur. Même état du membre. Les fragments présentent toujours une extrême mobilité et une grande tendance au chevauchement. Réapplication du bandage dextriné. Continuation du sirop de Boutigny, auquel on ajoute une cuillérée à soupe, matin et soir, de solution de bi-phosphate de chaux d'Odet.

19 mars. — Suppression du traitement mercuriel; continuation du phosphate de chaux.

3 avril. — Examen du membre. Pas de changement dans l'état de la fracture Les deux fragments sont libres et flottants au milieu des chairs. Le membre s'incline dans tous les sens. Raccourcissement de 8 à 9 centimètres. Réapplication de l'appareil dextriné. Extension permanente au moyen de l'attelle de Boyer, jusqu'à dessiccation de l'appareil, en vue de combattre le raccourcissement.

23 avril. — Le raccourcissement a presque disparu. La mobilité des fragments reste la même. M. Bourguet, qui a pris le service le 1er avril, se décide à recourir aux injections irritantes.

Une injection avec dix gouttes d'une solution d'ammoniaque au tiers est faite en avant du fragment supérieur, entre celui-ci et le fragment inférieur, au moyen de la seringue Pravaz.

L'injection est pratiquée à neuf heures du matin. Pas de douleur jusqu'à six heures du soir. A six heures, la malade ressent des picotements et des fourmillements au siége de l'injection.

Le lendemain, on sent sur le trajet de la piqûre une induration ovoïde, du volume d'une aveline. Cette induration augmente encore un peu dans la nuit du 24 au 25 avril; elle reste ensuite stationnaire.

27 avril. — Deuxième injection avec vingt gouttes de la même solution. Celle-ci est faite à la partie postérieure de la cuisse, en avant du fragment inférieur.

30 avril. — Troisième injection semblable à la précédente, dirigée transversalement au milieu des fragments et dans leur intervalle.

Ces deux dernières injections ne présentent rien de particulier digne d'être noté. Le malade continue à manger les trois quarts.

(*A suivre.*)

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 28 janvier 1874.

REVUE DE LA PRESSE

De l'urée. — Dans l'une des leçons que M. Bouchard a faites sur les urines, à l'hôpital de la Charité, notre distingué confrère cherche à déterminer la quantité normale d'urée éliminée dans les vingt-quatre heures par un homme adulte et bien portant. Les chiffres, qui ont été donnés par les auteurs, sont très-variables; c'est ainsi que Becquerel donne comme maximum le chiffre de 17g5, tandis que Kerner donne celui de 43g4. M. Bouchard, indépendamment de causes d'exagération tenant aux procédés, croit qu'il faut tenir compte de l'influence du pays. Les chiffres les plus forts sont donnés par des savants alle-

mands ou anglais, et les chiffres les plus faibles par les Français. C'est que l'Anglais est mangeur de bœuf, l'Allemand mangeur de charcuterie, tandis qu'en France l'alimentation animale n'est pas prédominante. Il résulte des recherches entreprises par M. Bouchard depuis plus de cinq années que, dans notre pays, le chiffre moyen de la quantité d'urée éliminée en vingt-quatre heures par un adulte bien portant, de taille et de corpulence moyennes, oscille entre 19 et 24 grammes. Il faut tenir compte, ajoute M. Bouchard, de ces divers éléments : la taille, le poids et l'alimentation. Nous perdons par kilogramme, en vingt-quatre heures, de 35 à 40 centigrammes d'urée. Celle-ci augmente dans des proportions notables lorsque nous faisons un usage exclusif ou prédominant du régime animal. Il en est de même quand on prend des œufs en abondance, et quand on se livre à l'exercice musculaire ou même intellectuel. L'urée diminue, au contraire, sous l'influence du régime végétal exclusif. (*Trib. méd.*)

Erythème marginé, ses rapports avec le rhumatisme. — Dans le but de démontrer les rapports de l'érythème marginé avec le rhumatisme, M. Sevestre, interne des hôpitaux, rapporte l'observation d'une méthode chez laquelle il observe des accidents rhumatismaux consécutifs à un érythème marginé. Voici en quelques mots cette observation :

Une jeune fille, bien portante jusqu'alors, est prise le 7 avril de phénomènes généraux mal caractérisés; le 10, apparaît une éruption qu'on n'hésite pas à qualifier d'érythème marginé, bien qu'à quelques égards elle différât de l'exanthème décrit sous ce nom par M. Bazin; ainsi loin d'affecter uniquement les parties découvertes, elle les a presque absolument respectées. Le 13 surviennent des douleurs dans les articulations présentant tous les caractères de douleurs rhumatismales; le 16, le cœur est affecté, puis l'éruption disparaît, mais les douleurs persistent. Le 26, nouvelle éruption qui coïncide avec une diminution des accidents articulaires. Le 29, disparition de l'éruption, mais aggravation des douleurs. Enfin à différentes reprises, retour de l'exanthème, puis diminution des douleurs dans les grandes jointures, mais envahissement des petites articulations des doigts.

L'auteur pense qu'on ne devrait voir ici entre l'éruption et les phénomènes articulaires une simple coïncidence, et croit pouvoir conclure que, dans certains cas, l'exanthème désigné sous les noms d'érythème marginé, érythème papuleux, etc., est en rapport évident avec la diathèse rhumatismale. (*Progrès méd.*)

Traitement d'un polype muqueux du voile du palais par l'acide acétique. — M. le docteur Méplain, de Moulins, rapporte le fait d'un jeune homme de trente ans, atteint depuis un mois d'un polype muqueux du voile du palais, s'étant accru rapidement, étant devenu très-gênant pour la déglutition et la parole, et ayant donné lieu à d'abondantes hémorrhagies. L'application, à quatre reprises, d'une solution concentrée d'acide chromique n'ayant fourni aucun résultat, M. Méplain se décida à en faire l'incision au moyen de ciseaux courbes. Moins de trois semaines après, cette tumeur avait récidivé; cette fois notre confrère eut recours à l'arrachement.

Récidive huit jours après. De fréquentes applications d'acide phénique demeurèrent sans résultat; nouvelle ablation par l'excision, récidive huit jours après.

Le malade s'étant refusé à la cautérisation au fer rouge, M. Méplain, à bout de ressources, se rappelant, d'une part, avoir souvent constaté, en Bourbonnais, la guérison de verrues par des applications de vinaigre fort, et, d'autre part, avoir vu Laugier, à l'Hôtel-Dieu, appliquer l'acide acétique au traitement de tumeurs épithéliales, chargea une seringue d'Anel de cet acide et en injecta une goutte dans la tumeur. Ce qui avait échoué contre des tumeurs malignes pouvait réussir contre un simple polype muqueux. En effet, cette tumeur s'atrophia considérablement, et une seconde injection suffit par la faire complétement disparaître.

Cinq mois après, il n'y avait pas encore eu de récidive.

(*Bull. de thér.*)

Présentation de la face. — Accouchement naturel. — M. Depaul, dans l'une de ses dernières leçons, a particulièrement insisté sur ce fait que, contrairement à l'opinion de beaucoup de médecins, les accouchements de la face ont lieu dans la majorité des cas, aussi naturellement que ceux du sommet. Il suffit donc d'attendre et de surveiller la femme. (*Journ. des sages femmes.*)

Traitement des abcès ganglionnaires par des ponctions capillaires. — M. Crocq (de Bruxelles) après avoir rappelé que de tous les traitements proposés contre cette affection, la ponction au moyen du bistouri, préconisée surtout par Velpeau, est celui qui donne les meilleurs résultats, fait observer qu'il a cependant encore l'inconvénient de laisser une cicatrice, ce que le chirurgien doit chercher à éviter, surtout quand il s'agit du cou. C'est dans ce but que M. Crocq a remplacé la ponction avec le bistouri par des ponctions capillaires répétées plusieurs fois, s'il le faut, en divers points de la tumeur, et renouvelées tous les jours ou tous les deux jours.

Mais il ne fait que de simples piqûres, sans aspiration ni injection. La méthode de l'aspiration, essayée par un petit nombre de chirurgiens, n'a pas, en effet, suivant M. Crocq, donné de bons résultats dans les cas dont il s'agit ici. Quant à la méthode des simples piqûres il l'emploie depuis une dizaine d'années, et elles lui a toujours réussi dans les cas aigus aussi bien que dans les cas chroniques. Le savant professeur de Bruxelles a employé avec succès la même méthode dans le traitement des bubons suppurés, et il a ainsi évité les marques désagréables qu'ils laissent à leur suite. Appliquée à temps, cette méthode réussit toujours dans les cas de bubons chancreux. Enfin M. Crocq fait observer que tous les abcès sous-cutanés, dont l'étendue n'est pas trop considérable, peuvent être traités de la même manière que les abcès glandulaires. C'est ainsi qu'il a plusieurs fois ouvert de cette façon et avec le plus grand succès des abcès consécutifs à l'érysipèle de la face, à la variole, etc. (*Presse méd. belge.*)

Moyen simple d'arrêter les vomissements provoqués par la toux chez les malades atteints de phthisie pulmonaire, par M. le docteur Woillez. — Ce moyen consiste à badigeonner le pharynx avec un pinceau imbibée d'une solution concentrée de bromure de potassium. Un pinceau de charpie trempé dans une solution composée d'un tiers de bromure de potassium pur et de deux tiers d'eau, est passé rapidement dans le pharynx avant les repas, et il faut recommander au malade de ne pas expectorer immédiatement, autant que possible.

M. Woillez rapporte six observations dans lesquelles ce moyen lui a donné les meilleurs résultats. (*Bull. de thér.*)

Troubles nerveux syphilitiques chez l'homme, névralgies. — M. le docteur Ch. Deshayes, ayant vu signaler par M. Fournier la fréquence de ces troubles chez la femme, à la période secondaire, les a recherchés de son côté et les a trouvés assez communs non-seulement chez la femme, mais aussi chez l'homme, toutefois à un degré moindre. L'auteur est même persuadé qu'un petit nombre de névralgies observées chez l'homme n'ont pas d'autre origine que la syphilis. Quant à l'époque de l'apparition de ces accidents nerveux ou de ces névralgies, M. Deshayes ne croit pas qu'on puisse les rattacher, d'une façon absolue, à la période secondaire. Il trouve d'ailleurs que la division de la syphilis en trois périodes est trop arbitraire, et il préférerait les termes de vérole vieille et de vérole jeune.

A l'appui de cette opinion, M. Deshayes rapporte trois observations: l'une, de pleuodysie syphilitique à la période secondaire; la deuxième, de contracture, de névralgie, d'anesthésie complète, à la fin de la période secondaire (vérole vieille); la troisième enfin, d'arthralgie scapulo-humérale, de même à la fin de la période secondaire (vérole vieille). Dans chacun de ces cas la nature syphilitique de la maladie a été prouvée par l'efficacité du traitement spécifique.

(*Gaz. hebd.*)

Un cas de thrombose très-étendue de la branche droite de l'artère pulmonaire. — M. le docteur Humbert Mollière rapporte l'observation d'un homme de soixante-neuf ans, anémié, éprouvant depuis plusieurs mois de l'oppression, toussant et crachant abondamment; ses crachats étaient glutineux, adhérents et striés de sang; il se plaignait d'un point de côté et présentait un léger œdème des membres inférieurs. L'auscultation ne révélait que des signes de bronchite. Cet homme tomba bientôt dans une profonde adynamie. Il ne cessa pas de rendre des crachats sanglants, visqueux et adhérents. Peu de jours après on constata les signes d'une pleurésie et, après une

expectoration très-sanglante et très-adhérente, on admit l'existence possible d'une pneumonie lobulaire avec infarctus hémorrhagique ou plutôt apoplexie pulmonaire. Le malade mourut douze jours environ après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie on trouva le cœur très-gros et rempli de caillots noirs; dans la branche droite de l'artère pulmonaire se trouvait un gros caillot fibrineux qui se prolongeait assez loin dans les branches de cette artère; les valvules centrale et aortique étaient le siége d'infiltrations calcaires, l'aorte était athéromateuse. L'examen histologique prouva que ces caillots étaient réellement anciens. Les poumons étaient indurés à leur base et hépatisés dans les points où se rendaient les branches de l'artère pulmonaire qui étaient le siége de ces caillots. Enfin la plèvre droite était le siége d'un épanchement séro-sanguinolent assez abondant et de fausses membranes sanglantes. Ces lésions rendent parfaitement compte des symptômes observés pendant la vie.

L'auteur fait suivre cette observation de réflexions tendant à prouver qu'il a eu affaire, dans ce cas, à une thrombose de l'artère pulmonaire, thrombose à développement lent et graduel, commençant par les petites branches pour se terminer dans les plus volumineuses jusqu'à ce que mort s'ensuive. (*Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 février 1874. — Présidence de M. GOSSELIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu négatif des maladies épidémiques dans le département de la Creuse pendant l'année 1873;

2° Un rapport de M. Dubourg, médecin des épidémies de l'arrondissement de Marmande, sur une épidémie d'angines couenneuses qui a régné dans diverses communes de cet arrondissement;

3° Le rapport général de M. le docteur Prestat sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1873 dans la commune de Pierrelaye, Seine-et-Oise. (*Commission des épidémies.*)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. le professeur Simonin, de Nancy, relative *aux résultats de l'emploi de la méthode hémostatique* d'Esmarck dans trois amputations pratiquées à la Clinique de Nancy;

2° Un mémoire de M. le docteur Horand, chirurgien de l'Antiquaille à Lyon, intitulé : *Recherches expérimentales sur l'action physiologique de l'hématosine ;*

3° Un rapport de M. le docteur Fournier sur une épidémie de rougeole dans la ville de Compiègne. (*Commission des épidémies.*)

4° Une lettre de M. le docteur Sales-Girons qui proteste contre une opinion exprimée à son sujet devant l'Académie, par M. Durand-Fardel, dans la dernière discussion sur la pulvérisation des eaux minérales.

Loin d'être « revenu sur les premières idées qu'il avait émises relativement à l'efficacité du traitement des affections bronchiques et pulmonaires par la pulvérisation », M. Sales Girons déclare que plus il a pratiqué depuis douze ans, à Pierrefonds, avec des instruments perfectionnés, plus il a été confirmé dans la pensée que la pulvérisation était d'application efficace contre les affections des voies respiratoires ;

5° Une lettre de M. Georges Hirn, interne des hôpitaux, qui demande l'ouverture d'un pli cacheté déposé par lui le 21 janvier 1873. Ce pli, ouvert séance tenante, est relatif à des observations faites par l'auteur, et démontrant les propriétés antifermentescibles du chloral.

Une courte discussion s'engage sur la question de savoir : si, un pli cacheté, déposé à l'Académie, peut enlever la priorité d'une découverte à celui qui a fait de cette découverte l'objet d'une communication publique avant l'ouverture du pli cacheté.

M. BOUILLAUD soutient l'affirmative.

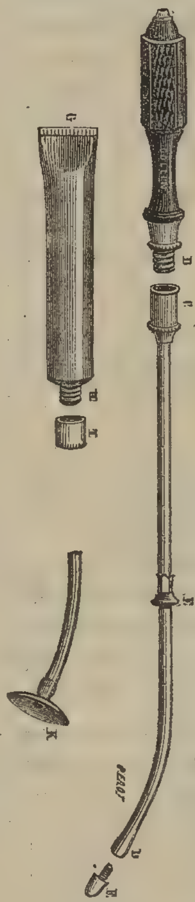
M. BOULEY et M. BUSSY soutiennent la négative.

M. MOUTARD-MARTIN coupe court à toute discussion sur les droits de priorité de MM. Dujardin-Baumetz et Georges Hirn contre M. Personne, en déclarant que les deux premiers ont fait, il y a déjà plusieurs mois, devant la Société de thérapeutique, une communication publiée par les journaux et relative aux propriétés antifermentescibles du chloral.

6° Une lettre de M. Deschamps, chirurgien-dentiste à Constantinople, sur l'emploi de la gutta-percha pure comme un moyen oblitérateur des perforations de la voûte palatine ;

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. BÉCLARD présente à l'Académie, au nom de M. le docteur Georges Camuset, un *hystéromètre* injecteur, destiné à porter dans le col de l'utérus et dans la cavité utérine certains médicaments qui doivent y séjourner quelque temps et qui, pour cette raison, doivent être employés à l'état pâteux. Tels sont les pommades et les glycérolés à l'iode, à l'iodure de plomb, au calomel, au tannin, etc.



Ce nouvel instrument, construit par M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie, remplace la sonde utérine, dont il a la forme et la graduation usuelle.

La modification porte sur la tige CD, qui est creuse dans toute sa longueur, et qui est fermée, d'une part, par un bout olivaire F, de l'autre, par un manche mobile AB.

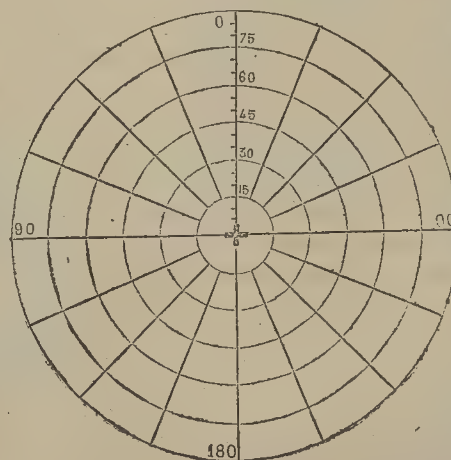
Quand on veut se servir de l'appareil pour faire une injection, on enlève le bouton terminal et l'on dévisse le manche en le remplaçant par le récipient qui contient la matière médicamenteuse.

Ce récipient GH n'est autre chose que le tube compressible en étain où les peintres enferment les couleurs à l'huile, et qu'on trouve déjà employé en pharmacie pour contenir la pommade ophthalmologique de Crémer.

Le col de l'utérus étant rendu visible au moyen du speculum, on y introduit le bec de l'hystéromètre jusqu'à une profondeur déterminée d'avance à l'aide du curseur E. On obtient l'expulsion du médicament en pressant entre le pouce et l'index l'extrémité G du récipient.

Si l'on veut simplement agir sur le museau de tanche, on fixe au bout de la sonde une cupule K, qui embrasse le col et y retient la pommade pendant l'application.

M. le docteur Brière adresse *un cachet à champ visuel* construit, sur ses indications, par M. Moriaud. Au moyen de ce cachet qui porte deux graduations, l'une circulaire, l'autre radiée, comme dans le périmètre de Forster ; l'ophthalmologiste peut reproduire, sur ses feuilles d'observation, d'une façon précise et rapide, le tracé de la vision périphérique pris sur un tableau ou avec l'un des appareils en usage. En comparant plusieurs tracés, pris à diverses périodes de la maladie, on saisit ainsi les modifications les plus légères dans l'état du champ visuel ; or celles-ci constituent l'un des symptômes importants qui éclairent le diagnostic et le pronostic de plusieurs affections du fond de l'œil.



COMMUNICATION

M. DEVILLIERS, qui avait été délégué par la commission de l'hygiène de l'enfance pour la représenter au congrès médical et scientifique spécial à l'enfance de Marseille, rend compte des travaux et des actes de ce congrès, ouvert le 2 février dernier.

La Société protectrice de l'enfance de Marseille, à ce qu'il raconte, a pu obtenir de la municipalité de cette ville une réglementation pour les bureaux de nourrices, et elle espère faire diminuer, par une surveillance médicale très-attentive, la mortalité considérable des nouveau-nés et le nombre des infanticides, probablement considérable, d'après le chiffre des enfants déclarés comme morts-nés (un mort-né sur moins de huit naissances pour les enfants illégitimes).

Une des communications les plus intéressantes qui aient été faites au congrès de Marseille est celle du docteur Renaud, de Montbrun-les-Bains, sur le rachitisme produit chez les jeunes chiens par l'usage du lait de femme, et sur la guérison des jeunes enfants rachitiques par l'usage du lait de chienne. Le fait serait expliqué, du reste, par les différences de composition entre le lait de femme et le lait de chienne. D'après les analyses de M. Jacquême, tandis que le lait de femme contiendrait seulement, pour 1,000 parties, 26,66 de beurre, 39,24 de caséine et matières extractives, 1,38 de sels, le lait de chienne renfermerait 97,20 de beurre, 117 de caséine et matières extractives, 13,50 de sels.

Le congrès a fait analyser un grand nombre de substances alimentaires destinées à la première enfance, et elles ont toutes été trouvées de mauvaise qualité.

Sur la proposition de MM. Marjolin et Devilliers, les vœux suivants ont été votés pour être transmis à la commission de l'Assemblée nationale, chargée d'examiner le projet de loi relatif à la première enfance présenté par M. Roussel.

Le congrès émet le vœu :

1° Que dans le projet de loi il soit insisté sur les moyens de surveillance efficace à exercer, surtout par les médecins, sur les enfants aussitôt après leur déclaration à l'état civil et sur les nourrices ;

2° Qu'une instruction simple et mise à la portée de toutes les classes de la société soit répandue par tous les moyens administratifs, pour éclairer les familles sur l'élevage des jeunes enfants, et des coutumes nuisibles à leur santé ;

3° Que toutes mesures soient prises pour obtenir l'application réelle et efficace de la loi sur la constatation du décès ;

4° Que la Société protectrice de l'enfance et autres associations charitables qui s'occupent de la protection et des secours aux mères pauvres et aux enfants soient représentées dans les comités, soit départementaux, soit communaux, qui peuvent être créés à cet effet ;

5° Qu'il soit créé au ministère de l'intérieur un bureau spécial qui centralisera tout ce qui concerne l'élevage et la protection des enfants ;

6° Que chaque année le ministère fasse publier un compte rendu statistique de l'état de l'industrie nourricière et de celui des sociétés qui s'occupent de l'hygiène des enfants ;

7° Que tous les ans un congrès relatif aux intérêts de l'enfance soit réuni tour à tour dans chacune des régions principales de la France.

M. THÉOPHILE ROUSSEL. La commission chargée d'examiner mon projet de loi sur la protection de l'enfance a été d'avis qu'on ne pourait pas charger officiellement de la surveillance des nourrices les sociétés protectrices de l'enfance, comme l'avait demandé d'abord celle de Marseille : les sociétés doivent rester libres, et le gouvernement ne peut pas se dessaisir entre leurs mains, d'un devoir et d'un droit qui lui incombent. C'est donc avec plaisir que je constate l'absence de toute prétention de ce genre dans les vœux que vient de formuler le congrès de Marseille sur la proposition de MM. Marjolin et Devilliers. La réglementation des nourrices faite par l'administration donne de très-beaux résultats quand on la conçoit et quand on l'applique comme dans la ville de Paris. Je désirerais savoir si l'on a suivi cet excellent modèle à Marseille.

M. DEVILLIERS. La réglementation des bureaux de nourrices de Marseille ressemble beaucoup à celle de Paris. Quant à l'idée de transformer les sociétés protectrices de l'enfance en rouages administratifs, elle était déjà pleinement abandonnée par les médecins de Marseille lors de notre arrivée dans cette ville. Il est du reste très-probable que les comités médicaux nommés par l'administration seront surtout composés de membres de ces sociétés.

M. DEPAUL. Je n'ai qu'un mot à dire pour appuyer l'observation de M. Renaut sur l'action désastreuse du lait de femme chez les très-jeunes chiens. Par exemple, chez les femmes dont les bouts des seins sont peu saillants, et qui, pour les former, allaitent des petits chiens, j'ai vu ces animaux prendre de la diarrhée, dépérir rapidement, et souvent succomber en deux ou trois semaines.

RAPPORTS

M. CHEVALIER lit une série de rapport sur des demandes en autorisation d'exploiter des eaux minérales.

A quatre heures et quart, l'Académie se forme en comité secret pour choisir le sujet du *prix de l'Académie* à décerner en 1875.

CORRESPONDANCE

Nous recevons de notre vénéré maître, M. le professeur Bouillaud, la lettre suivante, que — par déférence — nous insérons malgré les trop bienveillantes paroles qu'elle renferme à l'adresse du journal.

A M. le docteur Le Sourd, directeur de la GAZETTE DES HÔPITAUX

Paris, 17 février 1874.

Monsieur le directeur et honoré confrère,

C'est un devoir pour moi de vous remercier de l'article que contient votre journal, sur les *Nouvelles Recherches cliniques et expérimentales concernant les mouvements et les repos du cœur,* que j'ai communiquées à l'Académie des sciences.

Je suis profondément touché de la bienveillante confraternité dont a fait preuve envers moi le savant auteur de ce remarquable article.

Je fais un si grand cas de ses jugements, qu'ils me soient ou non favorables, que je lui demande la permission de relever ici une légère erreur, qui lui est échappée, au sujet de mon opinion sur la *localisation du principe d'action des mouvements du cœur.*

Comme le savant auteur de l'article, je pense que *nulle des localisations jusqu'ici proposées ne représente la vérité* (1). Mais loin d'interdire les recherches sur un tel sujet, je suis de ceux qui n'ont jamais cessé d'en signaler la haute importance et, joignant l'exemple au précepte, j'ai fait moi-même de longues recherches pour la *localisation* du principe de l'*action de parler* dans les lobes antérieurs du cerveau, *et de l'action de marcher et de se tenir debout* dans le cervelet.

Je suis d'autant plus heureux de me trouver d'accord avec mon trop bienveillant confrère, qu'à l'appui de sa thèse, il cite les travaux d'un auteur, M. le docteur Fournié, dont j'avais parlé aussi au sujet de l'action des nerfs du cœur. Certes je ne laisserai pas échapper l'occasion de renouveler à ce savant confrère l'expression de toutes mes félicitations, au sujet de cette *Physiologie du système nerveux cérébro-spinal*, dont il est l'auteur.

Cela dit, je m'empresse d'ajouter que je suis aussi dans le plus parfait accord avec le savant auteur de l'article de la *Gazette des Hôpitaux*, en ce qui concerne les propositions suivantes, par lui formulées : « La science bien entendue, bien définie, n'a pas à faire intervenir, dans ses recherches, les *causes suprêmes*... Chercher le possible dans l'inconnu, tel est le lot du savant... En cette matière, point n'est besoin de faire intervenir les *causes suprêmes*, et l'on ne saurait trop encourager, d'un autre côté, les travailleurs intrépides

(1) Déjà, dans mes *Recherches sur l'analyse et la théorie du pouls*, j'avais dit : « Les mouvements coordonnés du cœur et des artères sont régis par le système nerveux ganglionnaire. Mais où se trouve leur centre régulateur ou coordinateur? Il faut l'avouer, malgré les travaux dont il a été jusqu'ici l'objet, ce beau pr blème de *localisation* est encore à résoudre. »

qui poursuivent avec ardeur les difficultés des vrais problèmes de la science. »

Oui, monsieur le directeur, gloire et encouragement à ces travailleurs intrépides !

Mais, répliquera sans doute l'éloquent et fier auteur qui a écrit les lignes auxquelles nous applaudissons de si grand cœur, vous avez, imitant la prudente réserve du philosophe Sénèque « salué poliment la cause suprême de l'harmonie préétablie que nous admirons dans les révolutions du cœur, et vous nous renvoyez, en ce qui concerne ce problème, si délicat et si transcendant, à Galien, à Harvey et autres. » J'en conviens. Mais, en y réfléchissant de nouveau, le savant auteur reconnaîtra qu'il s'agit ici d'un ordre de causes qu'on est convenu d'appeler *causes premières*, et que, comme telles, elles sont livrées aux éternelles disputes des philosophes. Je n'ai pas cru devoir m'engager dans ces disputes, non par *prudence*, mais parce que *ce n'en était pas le lieu.*

Veuillez agréer, monsieur le directeur, la nouvelle assurance de nos sentiments confraternels et dévoués.

BOUILLAUD.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

1. Duponchel. De la folie hystérique.
2. Rousseau. Quelques observations nouvelles d'adénie.
3. Fleury. Des fièvres intermittentes du marais de la Vendée.
4. Pitot. Du cancer secondaire de la colonne vertébrale.
5. Brochin. Contribution à l'histoire des hydropisies, — de la trépanation de l'apophyse mastoïde.
6. Guillemot. Essai sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'arnica.
7. Ravenez. De l'habillement actuel du soldat. Essai d'hygiène militaire.
8. Barois. Étude de diagnostic sur un cas de paralysie du grand oblique de l'œil droit.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle en date du 24 janvier 1874, M. le docteur Bérenger-Féraud a été nommé directeur de la Santé, à Cette (Hérault).

— *Collége de France.* — Par décret en date du 13 février 1874, M. Balbiani, chef des travaux micrographiques à l'école pratique des hautes études, section des sciences naturelles, a été nommé professeur titulaire de la chaire d'embryogénie comparée au Collége de France, en remplacement de M. Coste, décédé.

— *Hôpitaux de Paris.* — Un concours pour la nomination à trois places de médecins au bureau central, s'ouvrira le lundi 13 avril 1874, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. Le registre d'inscription sera ouvert de midi à trois heures, du lundi 16 mars au samedi 28 mars.

— *La Revue médicale de l'Est* nous apprend que la mort de Max Schultze et le départ pour Wurtzbourg du professeur Rindfleisch, portent un coup terrible à l'Université de Bonn. Pour arrêter le départ des élèves, il est question de nommer en remplacement de Max Schultze, le professeur Waldeyer, actuellement professeur d'anatomie et d'histologie à Strasbourg.

— MM. les docteurs Paul Delmas et Larauza viennent de fonder, sous le nom de *Saison d'hiver aux Thermes de Dax,* une feuille destinée à faire connaître les bénéfices que l'on peut retirer du traitement suivi dans les établissements d'Arcachon, Dax, Pau et Biarritz.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tribut à la chirurgie pratique du vétéran de l'école Bretonneau, par Jean-Félix MIQUEL (de Tours). — 1 vol. gr. in-8°, de 348 pages avec planches lithographiques. — Tours, 1870. — Cet ouvrage se vend au profit de la souscription en faveur de la veuve et des quatre enfants d'un confrère. **5** *francs* pris au bureau du journal et **6** *francs* expédié *franco* par la poste.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 22. — SAMEDI 21 FÉVRIER 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 21 FÉVRIER 1874. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la régénération des organes et des tissus.

Dans notre dernière Revue, à l'occasion de l'application de l'électricité au traitement de divers cas de paralysie traumatique, nous avons parlé de la régénération des nerfs. Ce fait extrêmement intéressant de la régénération des nerfs n'est qu'un point particulier d'un fait beaucoup plus général, la régénération des organes et des tissus.

La question des régénérations n'est pas nouvelle, elle a de tout temps préoccupé les naturalistes. L'histoire naturelle des animaux inférieurs en fournit, en effet, de nombreux exemples. Mais si le fait était connu, il s'en fallait qu'on en eût tiré toutes les déductions dont il était susceptible. Ce n'est guère qu'à notre époque qu'il a été l'objet d'études expérimentales répétées, faites en vue des applications possibles à la pratique, en même temps qu'il a reçu, en échange, de l'observation clinique, de nouvelles lumières.

Aujourd'hui, à quelques rares exceptions près, la doctrine de la régénération rallie la grande généralité des physiologistes. Elle est, à leurs yeux, comme la conséquence naturelle de cet autre grand fait physiologique si nettement formulé dans cette courte et substantielle proposition de M. Cl. Bernard : « La nutrition n'est que la génération continuée. »

De l'idée de génération ou de création continue de la matière organique, dans l'ordre normal, comme base du renouvellement incessant des éléments anatomiques, constitutifs de nos organes, à celle de la régénération de ces éléments lorsque, par une circonstance accidentelle, ils ont été détruits ou séparés, il n'y avait que la distance d'un corollaire à la proposition principale. C'est cette distance que l'expérimentation jointe à l'observation clinique s'est efforcée de franchir de nos jours.

Un esprit curieux et chercheur, pour qui la pratique de la chirurgie a été souvent une occasion de soulever des questions de physiologie, M. Demarquay, a eu l'heureuse idée de reprendre en sous-œuvre cette question des régénérations, vérifiant par des expériences nouvelles quelques-uns des faits déjà acquis à la science, réunissant et groupant en un faisceau commun l'ensemble des faits relatifs à la régénération des divers tissus, afin de montrer, par ce rapprochement, que cette régénération, de quelque organe ou de quelque tissu qu'il s'agisse, se fait dans des conditions semblables ou analogues et suivant les mêmes lois physiologiques ou organogéniques.

Tel est le sujet de la publication nouvelle de M. Demarquay, que nous avons sous les yeux (1).

L'objet principal que s'était proposé d'abord M. Demarquay était l'étude spéciale de la régénération des tendons ; mais, entraîné bientôt par l'attrait même de son sujet, il l'a embrassé dans tout son ensemble. Aussi trouvera-t-on dans ce livre des documents extrêmement intéressants sur la régénération des os, des muscles, et particulièrement sur celle des nerfs, qui, à raison des faits rappelés dans notre Revue de samedi dernier, a plus vivement appelé notre attention. Mais nous avons hâte, ne pouvant tout passer en revue dans ce vaste ensemble, d'arriver à la partie vraiment intéressante du travail de M. Demarquay, celle qui porte le cachet de ses propres recherches cliniques et expérimentales, nous voulons parler de la régénération des tendons.

Ses expériences s'élèvent à quarante pour le tendon d'Achille et à quinze pour le tendon rotulien. Il a eu grand soin, dans toutes, de fournir une abondante nourriture à ses animaux, et il s'est entouré de toutes les précautions nécessaires pour éviter toute effusion sanguine qui aurait pu épuiser l'animal et nuire ainsi au résultat.

Aussitôt la ténotomie pratiquée, il se produit une rétraction considérable du bout supérieur du tendon.

Au bout d'un certain temps après la section, on voit la gaîne tendineuse se vasculariser, la fluxion produite par la ténotomie amène un peu d'infiltration séreuse et quelquefois un peu d'infiltration sanguine de la gaîne elle-même et du tissu périphérique. Bientôt la gaîne s'épaissit, surtout vers ses extrémités, et, petit à petit, l'aplatissement qu'elle avait éprouvé au moment de l'opération diminue, quelquefois même, au lieu de cet aplatissement, la gaîne est comme remplie et distendue : c'est ce qui a lieu lorsqu'il s'est fait un épanchement sanguin dans son intérieur.

Toujours est-il que, du cinquième au dixième jour, un travail d'organisation se fait dans l'intérieur de la gaîne, et les éléments constitutifs du nouveau tendon prennent de la consistance ; la résorption de la sérosité et du sang épanché autour du tendon se fait, et la nature travaille activement à l'accomplissement de son œuvre, car, du dixième au vingtième jour, le tendon est reconstitué.

(1) *De la régénération des organes et des tissus en physiologie et en chirurgie.* Grand in-8°, Paris, 1874.

Restait à étudier ce qui se passe dans l'intérieur de la gaîne elle-même, d'abord à l'œil nu, puis au microscope, afin d'avoir une idée nette du phénomène.

L'étude de cette question a fait l'objet d'une série d'expériences dont les résultats très-intéressants tendent à montrer d'une manière de plus en plus étroite l'analogie qui existe entre la régénération tendineuse et la régénération osseuse, l'une et l'autre se faisant aux dépens des cellules plasmatiques qui prolifèrent à l'intérieur de la gaîne, la gaîne tendineuse jouant, par rapport au tendon, le même rôle que le périoste, par rapport à l'os.

Comparant les résultats de ces expériences à ce qui se passe chez l'homme à la suite de la ténotomie, M. Demarquay, à l'aide d'une douzaine d'observations de sujets morts de maladies intercurrentes, à des temps plus ou moins rapprochés de l'opération, a fait voir que, de part et d'autre, chez l'homme comme chez les animaux, le phénomène est identique.

Les faits de suture des tendons dont l'histoire clinique mériterait, par parenthèse, plus de place que nous ne pouvons lui consacrer en ce moment, apportent un nouvel appui à la démonstration en montrant qu'il existe une analogie complète entre la réunion du tendon suturé et la réunion par première intention.

L'étude de la régénération des tendons a conduit M. Demarquay, comme nous l'avons dit tout à l'heure, à l'étude de la régénération des os, des nerfs, des muscles, des cartilages, etc. Et de l'analyse des faits nombreux qu'il a groupés sous autant de chefs distincts, il a pu arriver à cette conclusion générale, que tous les tissus de l'économie se régénèrent plus ou moins facilement, la régénération étant une propriété générale de la matière vivante.

Ce qui resterait à connaître, afin de pouvoir mieux préciser pour chacun des tissus, les probabilités et les chances de sa régénération, c'est la part d'influence que peuvent avoir, sur son accomplissement, soit pour le faciliter, soit, au contraire, pour y faire obstacle, les conditions inhérentes au sujet, telles que l'âge, le sexe, le tempérament, l'état de la circulation et celles du système nerveux, l'état pathologique antécédent ou concomitant, enfin les milieux ambiants. Une esquisse de l'étude de ces diverses influences, termine cet important travail de M. Demarquay.

Le traitement de l'hémoptysie.

Un malade est entré dans le service de M. le professeur Sée, à la Charité, présentant tous les signes de la tuberculisation pulmonaire et ayant des hémoptysies. Rien jusque-là que de trop commun. Que faire contre ces hémoptysies ? A cette question bien simple commence une difficulté pratique sérieuse. Et d'abord la première question à se poser aurait pu être celle-ci : y a-t-il toujours opportunité ou urgence à s'opposer à la production de l'hémoptysie? Elle n'a pas été posée dans cette circonstance. Il est certain qu'il faut être pourvu d'une assez bonne dose d'optimisme pour voir dans l'hémoptysie des phthisiques un phénomène à respecter. — Quoi qu'il en soit, l'indication d'agir admise, à quel moyen recourir ? A voir avec quelle complaisance les auteurs étalent toute la série des moyens hémostatiques, directs ou indirects, il semblerait qu'on ne dût avoir que l'embarras du choix.

Voici en quels termes M. Sée a cherché, non pas à résoudre, mais à étudier la question en présence de son auditoire.

Il n'y a point, a-t-il dit, de traitement physiologique proprement dit à opposer à l'hémoptysie. Il n'y a que des moyens empiriques. Quelle est leur valeur et quel est le meilleur choix à faire parmi eux ?

Si l'on passe en revue les moyens le plus généralement usités en pareils cas, on peut les grouper sous les chefs suivants : les médicaments dits vasculaires, à la tête desquels se place le seigle ergoté ; les astringents ; les térébenthacés ; l'eau froide ; enfin l'alcool, qui semble occuper une place à part.

On sait qu'en 1846, dans sa thèse inaugurale, M. Sée a appelé l'attention sur un effet du seigle ergoté qui paraissait être resté méconnu jusque-là, et qui a été constaté depuis par la plupart des médecins et confirmé récemment encore par de nouvelles recherches consignées dans la thèse de M. Holmes.

Cet effet, consistant dans le ralentissement du cœur, donnait l'explication de l'efficacité du seigle ergoté dans les hémorrhagies, efficacité connue, mais inexpliquée jusqu'alors ou différemment interprétée.

Aussi le seigle ergoté que l'on n'avait guère employé d'une manière empirique que dans les hémorrhagies utérines et plus particulièrement dans les métrorrhagies puerpuérales, a-t-il été depuis mis en usage dans les autres hémorrhagies. Mais, malheureusement, cette action si précieuse du seigle ergoté n'est que de courte durée, ce qui enlève considérablement à cet agent de sa valeur thérapeutique sous ce rapport.

Les astringents, ratanhia, alun, sangdragon, etc. n'agissent guère en général que d'une manière topique. Bons pour les hémorrhagies de l'estomac, ils sont tout à fait insuffisants pour celles du poumon.

Les térébenthacés sont, en général, d'assez bons hémostatiques, aussi font-ils la base de presque toutes les eaux dites hémostatiques, l'eau de Léchelle, l'eau de Tisserand, de Brocchieri, etc.

Depuis quelques années, on y a ajouté le perchlorure de fer. Mais le perchlorure de fer peut rarement être donné à l'intérieur à dose suffisante pour être efficace. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que le fer ne convient pas aux phthisiques.

Le froid, en admettant qu'il ait réellement une action hémostatique, ce que M. Sée n'admet pas pour son compte, ne serait point applicable ici.

Reste l'alcool. Sur l'alcool, M. Sée répond : oui et non. Tout le monde connaît les excellents effets de l'emploi de l'alcool à haute dose dans les hémorrhagies puerpérales. Mais les conditions de l'hémorrhagie utérine et celles de l'hémorrhagie du poumon chez les phthisiques ne sont évidemment pas les mêmes. Ici il y a rupture des vaisseaux. Il faudrait en obtenir l'oblitération ; à défaut de moyen susceptible de produire ce résultat immédiat, il faut chercher du moins à ralentir et endormir en quelque sorte la circulation pulmonaire.

L'un des meilleurs moyens d'obtenir ce résultat, suivant M. Sée, est l'association avec l'un des agents indiqués ci-dessus, seigle ergoté ou térébenthine, d'une petite quantité d'opium.

Voici en résumé la prescription qu'il a faite :

On donnera d'abord des capsules de térébenthine ; et si ce moyen ne suffit pas pour arrêter les hémoptysies, on donnera des pilules contenant chacune 10 centigrammes d'extrait aqueux de seigle ergoté et 1 centigramme d'extrait d'opium ; au nombre de 6 à 8 et même 10.

Est-ce par oubli, ou intentionnellement, mais nous n'avons pu nous empêcher de faire la remarque que M. Sée n'a point parlé de l'ipécacuanha, ce moyen si chaudement préconisé par Trousseau et, bien avant lui, par Baglivi et Stoll.

État sanitaire des salles d'accouchement de la Clinique.

Nous avons plusieurs fois signalé l'existence fréquente des cas de gangrène des parties génitales chez les nouvelles accouchées de la Clinique. Depuis environ deux ans que cette affection se montre comme une sorte de petite endémie locale, il s'est manifesté plusieurs fois non pas de ces fièvres puerpérales, types ayant pour caractère principal la métro-péritonite suraiguë, mais des cas de véritables infections purulentes. M. le professeur Depaul en signalait deux cas nouveaux dans une de ses dernières leçons cliniques.

Une femme, accouchée le 7 janvier, avait été prise quelques jours après de phénomènes généraux graves, frisson, fièvre, douleurs dans la région utérine.

Ces accidents avaient cédé assez facilement une première fois à un traitement par l'alcoolature d'aconit et les frictions mercurielles; l'état fébrile avait complétement cessé pendant quelque temps. Mais quelques jours plus tard, à la visite, on trouva cette femme extrêmement agitée, poussant des cris, le visage bouleversé et ne permettant pas qu'on approchât de son lit. M. Depaul fit appliquer un large vésicatoire sur le ventre : il y eût une amélioration notable, mais toutefois la fièvre persistait. Le lendemain, 7 février, cette femme succombait.

A l'autopsie, on trouva des abcès métastatiques à la surface des poumons et même une pneumonie circonscrite, une métrite interne qui s'était propagée aux trompes, les sinus utérins développés et gorgés de pus; une phlébite de la veine utéro-ovarienne; de la suppuration dans le ligament large; des abcès sous-péritonéaux ; mais il n'y avait aucune trace d'inflammation dans le péritoine. Les méninges étaient congestionnées. En un mot, elle présentait toutes les lésions de l'infection purulente.

Une autre femme, accouchée depuis seize jours, présenta trois ou quatre jours après quelques accidents fébriles légers, frissons, etc., qui se dissipèrent promptement. Mais, depuis quatre ou cinq jours, ces accidents se sont reproduits, cette fois avec plus d'intensité ; à la fièvre s'est ajoutée une douleur abdominale intense. Une application de sangsues et des frictions mercurielles ont amendé ces symptômes ; il y a eu une sorte de détente, et la malade semblait entrer en voie de guérison lorsque, il y a quatre jours, est survenue une hémorrhagie assez considérable, suivie d'un nouveau frisson. Le pouls est à 144. Il y avait tout lieu de craindre, au moment où M. Depaul entretenait ses élèves de cette malade, qu'elle ne succombât, comme la précédente, à une infection purulente.

HOPITAL D'AIX. — M. E. BOURGUET.

Nouvelle observation de pseudarthrose de la cuisse guérie par les injections irritantes (1).

8 mai. — Quatrième injection, de vingt gouttes, avec une solution fraîchement préparée et plus concentrée (parties égales d'eau et d'ammoniaque). Une heure après, le malade accuse une vive sensation de brûlure. Cette sensation dure environ demi-heure, puis disparaît.

Pendant tout le temps qu'ont duré les injections, le membre malade est resté placé dans une gouttière que lui formait le bandage dextriné ouvert à sa partie antérieure. L'attelle de Boyer, située au côté externe de la cuisse, complétait l'immobilisation et empêchait la reproduction du chevauchement des fragments.

(1) Fin. — Voir le numéro du 19 février.

16 mai. — Moins de mobilité, mais pas de consolidation. Injection à la partie postérieure du fragment supérieur avec vingt gouttes de la solution suivante :

Iode	10 grammes.
Eau distillée	20 grammes.
Iodure de potassium	Q. S.

Cette injection, faite par la seringue de Pravaz, est suivie d'une sensation de brûlure analogue aux injections ammoniacales, mais un peu plus forte; elle se reproduit, par intervalles, dans le courant de la journée. Pas de fièvre; continuation de l'alimentation des jours précédents. Le lendemain, induration des tissus sur tout le trajet parcouru par le trocart.

25 mai. — Le malade croit reconnaître que le membre fracturé exécute quelques mouvements de totalité, en dedans et en dehors, qui étaient impossibles précédemment. Ce petit détail lui donne du courage et semble indiquer, en effet, un peu moins de mobilité dans les fragments. Ajoutons que l'espace compris entre ces derniers tend à diminuer et à se remplir de tissus qui présentent une certaine induration.

2 juin. — Deuxième injection iodée, pratiquée avec le trocart n° 2, de l'appareil aspirateur de Dieulafoy. La ponction est faite de bas en haut, au niveau du fragment supérieur. La pointe du trocart, arrivée sur l'os, le rase, pendant quelque temps, et pénètre ensuite profondément entre les fragments. Elle est retirée lentement, à mesure que l'injection pénètre. Cinquante gouttes de la solution iodée précédente sont ainsi injectées.

Immédiatement après l'injection, le malade ressent une sensation de brûlure qui se continue pendant une heure. Cette sensation se dissipe vers dix heures; mais B... éprouve, par intervalles, jusqu'à trois heures de l'après-midi, de la chaleur et des fourmillements au siége de l'injection. Toutefois il ne se produit pas la moindre fièvre, et l'appétit n'est pas troublé.

4 juin. — Troisième injection avec cinquante gouttes de la même solution, pratiquée, de haut en bas, à la partie postérieure de la cuisse, avec le même instrument et les mêmes précautions que ci-dessus. Le résultat est complétement identique, tant au point de vue des effets primitifs que consécutifs.

14 juin. — Deux injections iodées, de trente gouttes chacune, sont encore faites avec l'aspirateur de Dieulafoy : l'une, au niveau du fragment supérieur, l'autre au niveau du fragment inférieur, en choisissant les points où l'induration était le moins considérable.

Aussitôt après ces deux dernières injections, le membre est placé dans un appareil silicaté, appliqué avec beaucoup de précaution, et embrassant tout à la fois la jambe, le pied, la cuisse et le bassin, de façon à obtenir une immobilité aussi complète que possible et à ne pas avoir à toucher à l'appareil de quelque temps. Continuation, jusqu'au 10 juillet, du phosphate de chaux, à la dose de 1g50 et de 2 grammes par jour.

10 août. — Le malade sent son membre beaucoup plus solide sous l'appareil; il commence à descendre dans le jardin de l'hôpital, appuyé sur deux béquilles et appliquant la pointe du pied contre le sol; deux fenêtres sont faites au bandage silicaté, au niveau du genou et au niveau du cou-de-pied, afin de faciliter les mouvements articulaires.

1er septembre. — La marche devient de plus en plus facile; le malade projette son pied en avant et l'appuie complétement contre le sol.

17 septembre. — L'appareil est enlevé. Les fragments sont trouvés réunis par un cal très-volumineux et très-solide. Au niveau de la fracture, la cuisse présente 3 centimètres de plus de circonférence que celle du côté sain. En examinant le cal avec attention, on sent à la superficie une série d'inégalités qui paraissent constituer autant de jetées osseuses et correspondre exactement aux diverses piqûres du trocart. Il existe un raccourcissement, de 2 centimètres et demi, produisant une claudication à laquelle il sera facile de remédier par une chaussure à talon plus élevé. Les mouvements de flexion et d'extension du genou sont limités à un angle de 115 à 120 degrés; ceux du cou-de-pied l'exécutent assez facilement, tout en laissant cependant à désirer.

Malgré la consolidation complète de la fracture, on considère comme plus prudent de ne pas abandonner encore le membre à lui-même. En conséquence, un second appareil silicaté est appliqué, avec la précaution de laisser libres les articulations du genou et du cou-de-pied.

25 novembre. — Suppression de tout appareil; le malade marche facilement à l'aide d'une canne.

Cette nouvelle observation me paraît tout aussi digne d'intérêt que celle rappelée en commençant. Elle est même, à mon avis, plus probante au point de vue de l'*innocuité* et de l'*efficacité* des injections irritantes appliquées à la cure des pseudarthroses.

On aura pu remarquer, en effet, que, tandis que deux injections seulement avaient été pratiquées, chez mon premier malade, il en a été fait neuf chez celui-ci, dont quatre avec un mélange d'eau et d'ammoniaque et cinq avec une solution iodurée renfermant 10 grammes d'iode sur 20 grammes d'eau distillée et une quantité suffisante d'iodure de potassium pour empêcher la précipitation de l'iode, par conséquent douée d'une activité considérable.

Or aucune de ces neuf injections n'a été accompagnée du moindre accident : pas de réaction fébrile appréciable; pas d'inflammation locale intense; pas de suppuration dans le foyer de la fracture ou dans les parties molles environnantes; pas même la simple perte de l'appétit, à la suite de ces injections. Et cependant, le mélange d'eau et d'ammoniaque de la quatrième avait été fait par moitié, au lieu de l'être par tiers, et, dans les trois dernières, 50 et même 60 gouttes du liquide iodé avaient été injectées dans le foyer de la fracture et dans l'espace intermédiaire aux fragments.

Ce fait fournit donc une preuve de plus, et une preuve d'un certain poids, en faveur de l'innocuité des injections irritantes. Il vient confirmer, de la manière la plus heureuse, les premières tentatives faites dans cette direction, tant celle qui nous était personnelle que celles de M. Azam, de Bordeaux, et de M. le professeur Verneuil, qui ont eu également recours, l'un et l'autre, à cette méthode, le premier dans un cas de pseudarthrose de la cuisse, le second dans une pseudarthrose du bras, sans compter une application antérieure faite par Hulse, de Pensacola, en 1833; mais, toutefois, un peu différente, puisque le malade de Hulse était porteur d'une plaie fistuleuse communiquant avec le foyer de la fracture, et que les injections (vin d'Oporto, solution de sel marin, solution de sulfate de cuivre) avaient été faites dans l'intérieur du trajet fistuleux (1).

On le voit, l'innocuité des injections irritantes sous-cutanées ressort de toutes les applications qui ont été faites jusqu'à ce jour, applications qui commencent à être assez nombreuses, à cause de la multiplicité des injections faites dans chacun des quatre cas de pseudarthrose recueillis par M. Azam, par M. Verneuil, et par nous-même.

Un pareil résultat, tout en ne reposant pas encore sur des chiffres bien imposants, constitue cependant une donnée d'une certaine valeur, quand il s'agit d'une maladie qui ne compromet pas l'existence et avec laquelle on peut parfaitement vivre, telle qu'une pseudarthrose. On peut même avancer, sans crainte d'exagération, que toute méthode opératoire qui ne permet pas de compter d'avance sur une innocuité à peu près complète ne deviendra jamais générale, car un chirurgien prudent et réfléchi reculera toujours devant l'emploi d'un moyen dangereux dans une maladie qui, non-seulement ne tue pas, mais qui n'est au fond qu'une infirmité pénible et gênante.

Quant à la seconde proposition énoncée tout à l'heure : l'*efficacité* du moyen en lui-même, je ne crois pas qu'on puisse la mettre en doute dans le fait que l'on vient de lire.

Pour démontrer cette vérité, il me suffira de rappeler :

1° Que la fracture remontait déjà à six mois, au moment où les injections ont été commencées;

2° Que le membre pouvait être incliné dans tous les sens, comme dans les premiers jours de la fracture, et qu'on sentait les fragments libres et flottants au milieu des chairs;

3° Que la jambe et la cuisse avaient été immobilisées très-exactement, pendant tout ce temps, soit au moyen de l'appareil dextriné, qui était resté en place, depuis le 29 décembre 1872, jusqu'au 3 avril 1873, c'est-à-dire pendant un intervalle de plus de quatre mois;

(1) Vételay, *Considér. sur les pseudarth. th. de Paris*, 1869.

4° Enfin, que le travail de consolidation a commencé à s'effectuer, du moment qu'on a ajouté les injections irritantes aux moyens de contention employés jusque-là, et qu'il a été complet, dans l'espace de deux mois ou deux mois et demi, tandis que l'immobilisation pure et simple n'avait pas empêché la production de la pseudarthrose, quoique continuée pendant six mois.

Ce dernier argument me paraît une des preuves les plus convaincantes de l'efficacité de la médication mise en usage.

On objectera peut-être que les injections n'ont pas produit, par elles-mêmes, la consolidation, puisque l'application d'un appareil inamovible a été nécessaire, et que ce n'est que quelque temps après l'application de cet appareil qu'on a pu remarquer quelques indices annonçant une certaine tendance à la formation du cal?

Cette objection me paraît plus spécieuse que fondée.

Demander aux injections irritantes la guérison rapide des pseudarthroses ou des fractures qui tardent à se consolider, c'est, selon moi, se faire une fausse idée de l'action physiologique de cette méthode et exiger d'elle plus qu'elle ne peut donner en réalité.

Il est de toute évidence, en effet, qu'elle n'agit et ne peut agir qu'en modifiant la vitalité du foyer de la fracture et en y déterminant une inflammation particulière, limitée d'abord à ce même foyer, et qui, en se propageant successivement à tous les tissus ambiants (périoste, tissu conjonctif, fibres musculaires, capsule fibreuse de nouvelle formation) amène une hyperplasie de ces divers tissus et donne naissance à des cellules de nouvelle formation qui s'encroûtent de substance calcaire et finissent, au bout d'un temps plus ou moins long, par amener la transformation de tous ces tissus en tissu osseux.

L'immobilisation est donc le complément obligé et indispensable des injections irritantes. — J'ajouterai, en passant, qu'elle ne me paraît pas avoir été suffisante dans le fait de M. Azam. — Quoi qu'il en soit, l'observation qui précède renferme, à cet égard, un enseignement clinique qui ne doit pas être perdu de vue, et sur lequel on ne saurait trop insister. Elle démontre, de la façon la plus évidente, à nos yeux, que l'immobilisation, en pareil cas, doit être complète, absolue, et prolongée pendant un temps considérable (plusieurs mois au moins), après la cessation des injections. Mais que sont quelques mois d'immobilisation d'un membre en présence d'une infirmité qui eût duré toute la vie?

Je terminerai ces réflexions par une remarque toute pratique.

On a vu que, dans les quatre dernières injections, le trocart n° 2 de l'appareil aspirateur de Dieulafoy a été substitué au petit trocart de la seringue Pravaz.

Ce qui m'a engagé à agir de la sorte, c'est que le trocart de Pravaz était un peu trop court, et qu'il ne pénétrait pas assez profondément dans l'intervalle des fragments, lorsque l'injection était dirigée de haut en bas ou de bas en haut; d'un autre côté, il m'était arrivé plusieurs fois de le voir se plier et s'infléchir, par suite de la résistance que rencontrait sa pénétration jusqu'au point choisi pour faire l'injection. Je pensai donc que le trocart de Dieulafoy, offrant plus de longueur et plus de résistance, atteindrait mieux le but désiré.

Je me proposais, en outre, en faisant choix de ce dernier instrument, de l'insinuer entre l'os et le périoste, en rasant l'os et décollant le périoste, dans l'étendue de quelques centimètres, de façon à pouvoir déposer l'injection à la face interne de la membrane périostique, pourvue, comme on sait, d'une couche cellulo-vasculaire douée de propriétés réparatrices très-énergiques. Cette pratique, imitée de celle de MM. Brainard et Ollier, me paraissait parfaitement rationnelle et susceptible d'augmenter l'action ostéogénique des injections irritantes. C'est donc à elle que j'ai eu recours dans les trois dernières applications qui ont été faites de cette méthode.

Est-ce à ce détail opératoire qu'il faut attribuer la marche plus rapide de l'ossification et de la consolidation, à la suite des dernières injections? Je n'oserais l'affirmer. Dans tous les cas, la conduite suivie méritait d'être indiquée, et je n'hésite pas à signaler ce point de pratique aux chirurgiens qui se décideront à recourir à la méthode des injections irritantes.

En résumé, l'observation que je viens de faire connaître, ajoutée aux trois faits du même genre publiés antérieurement, tout en laissant subsister encore quelques *desiderata*, me semble permettre cependant d'établir, d'hors et déjà, un certain nombre de conclusions,

que l'on peut considérer comme autant de jalons posés pour l'avenir, et que je formulerai de la manière suivante :

1° Les injections irritantes sous-cutanées, appliquées au traitement des pseudarthroses, constituent une méthode opératoire très-simple et d'une exécution facile;

2° Ces injections n'ont jamais déterminé d'accident dans les diverses applications qui en ont été faites jusqu'ici;

3° Elles se sont montrées utiles dans plusieurs cas; mais des faits plus nombreux sont nécessaires pour permettre d'apprécier leur véritable degré d'utilité;

4° L'immobilisation du membre doit être associée aux injections irritantes, et il importe que cette immobilisation soit complète, absolue et suffisamment prolongée;

5° Il est facile, et tout indique qu'il doit être avantageux, d'irriter directement le périoste, au moyen de l'instrument qui sert à faire la ponction, et de déposer ensuite le liquide irritant à la face interne ou dans l'épaisseur de cette membrane;

6° Enfin, dans l'état actuel de la science, la prudence semble faire une devoir aux chirurgiens de recourir à cette méthode avant d'en venir à des opérations plus graves et plus dangereuses.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 janvier 1874 (1). — Présidence de M. TRÉLAT.

M. TILLAUX, secrétaire annuel, lit le compte rendu suivant des travaux de la société pour l'année 1873.

Messieurs, le compte rendu de vos travaux pour l'année 1873 figurera dignement à côté des précédents, car peu d'années ont été plus fructueusement employées au bénéfice de la science. — Des questions de pratique chirurgicale d'une haute importance ont été abordées, et la discussion a souvent pris le caractère le plus élevé. De nombreuses communications vous ont été adressées de toutes part, des rapports magistraux ont été lus par plusieurs d'entre vous; bref, le mouvement scientifique de notre société, loin de se ralentir, semble avoir redoublé sa marche.

Il n'y aurait pour vous, Messieurs, aucun intérêt à entendre le résumé complet des discours, communications, observations, rapports que renfermera le *Bulletin;* je ne vous présenterais ainsi qu'une sorte de table analytique, sèche et fastidieuse.

Je voudrais essayer de reproduire en quelques pages l'ensemble général de vos travaux, de vous en offrir comme une sorte de photographie.

Il est important de remarquer tout d'abord combien les questions théoriques tiennent peu de place cette année dans nos travaux; ceux-ci ont porté à peu près exclusivement sur des sujets de thérapeutique chirurgicale; ainsi l'extraction de la cataracte, le traitement des polypes naso-pharyngiens, le galvano-caustique, etc. Je vous demande la permission, messieurs, de vous présenter un aperçu rapide de ces travaux et du résultat qu'ils ont produit.

L'année dernière nous avait légué la discussion du traitement des rétrécissements du rectum. Je vous rappellerai qu'elle avait été portée à la tribune par M. Verneuil, sous ce titre de la *rectotomie verticale linéaire;* c'était le résultat d'une expérience de dix années que nous apportait notre collègue.

Jusqu'à notre époque, la méthode exclusive de traitement des rétrécissements du rectum a été la dilatation, simple ou combinée avec des débridements internes. — Cette méthode est rationnelle; elle a suffisamment fait ses preuves, ainsi que l'a rappelé M. Forget, pour devoir conserver dans la pratique un rang honorable; mais il faut bien convenir aussi que si cette méthode est simple et le plus souvent inoffensive, elle n'est guère que palliative les résultats en sont incomplets, parfois même tout à fait nuls.

Aussi MM. Verneuil, Panas, Chassaignac ont-ils affirmé que la rectotomie était la seule ressource efficace contre les rétrécissements du rectum, contre ceux surtout qui s'accompagnent de trajets fistuleux à la marge de l'anus.

Je vous rappellerai que M. Verneuil, introduit une chaîne d'écraseur au-dessus du rétrécissement en passant, quand il le peut, par les trajets fistuleux; il fait ainsi des sections multiples comprenant toute l'épaisseur de la paroi rectale, d'où résultent des plaies larges et profondes que l'on peut toucher au fer rouge. M. Panas met en usage un procédé différent. Il incise au bistouri sur la ligne médiane et en arrière la portion sphinctérienne du rectum jusqu'au coccix. La partie rétrécie, devenue ainsi accessible à l'œil, est sectionnée couche par couche dans toute sa profondeur.

M. Chassaignac a cherché ensuite à démontrer que la rectotomie avec l'écrasement linéaire était le seul traitement rationnel et efficace des rétrécissements du rectum. — Il s'est élevé énergiquement contre l'emploi des incisions internes combinées à la dilatation, et a repoussé de toutes ses forces la section au bistouri proposée par M. Panas.

Il semblerait résulter, messieurs, de la discussion approfondie à laquelle vous vous êtes livrés, que dans les rétrécissements légers, peu épais, la dilatation simple ou combinée à l'incision, trouvera une utile application, tandis que la rectotomie, c'est-à-dire la section complète de la partie rétrécie et de toute la portion d'intestin située au-dessous, y compris les sphinsters, sera la seule ressource applicable aux rétrécissements graves. Vous avez donc acculé, sur ce sujet, les limites de notre art.

Je ne ferai que vous mentionner la discussion sur la pathogénie des rétrécissements soulevée incidemment. Elle n'a été en somme qu'un corollaire de la précédente et n'a pas résolu d'une manière définitive la question de savoir à quelle période de la syphilis, on doit rattacher ces coarctations. Je vous rappellerai néanmoins le très-ingénieux rapprochement qu'a fait notre collègue M. Guérin entre le rétrécissement du rectum et certaines atrésies syphilitiques de l'isthme du gosier.

Il me suffira également de mentionner la tentative faite par M. Le Fort, d'appliquer l'électrolyse à la cure des rétrécissements du rectum. C'est à l'avenir de juger la valeur de cette méthode nouvelle.

Un de nos collègues les plus distingués de la province, M. Notta, de Lisieux, venait vous lire, dans la séance du 29 janvier, un travail intitulé : *Note sur un nouveau procédé d'extraction linéaire par la cornée sans excision de l'iris.*

Indépendamment des qualités qu'il présente, ce travail, messieurs, eut la bonne fortune de venir à propos. Il répondait à une sorte de besoin qu'éprouvait la société d'exprimer son opinion sur les modifications nombreuses apportées depuis quelques années à l'opération de l'extraction de la cataracte. Aussi le mémoire de M. Notta fut-il le point de départ d'une longue et importante discussion. Il n'y a pas eu sur ce sujet moins de onze orateurs entendus, et encore plusieurs collègues ont-ils pris deux et trois fois la parole.

C'est qu'en effet, messieurs, malgré lss nombreux travaux entrepris sur l'extraction de la cataracte, cette opération en est encore à la période d'enfantement. On peut dire qu'à l'heure actuelle, il n'existe pas de méthode classique, comme l'a été, par exemple, pendant si longtemps celle de Daviel. Il n'y a peut-être pas deux chirurgiens qui opèrent actuellement la cataracte d'une façon identique : les uns tiennent pour la méthode primitive de Daviel, d'autres pour la méthode primitive de de Graefe. La plupart ont modifié cette dernière; abandonnant l'incision scléroticale, ils ont porté le couteau sur la cornée, jusqu'à le faire passer par le milieu même de cette membrane.

Ceci n'a pas lieu de nous surprendre, messieurs, car le problème est difficile à résoudre et bien digne d'exciter les recherches : il consiste à fournir au cristallin une *issue facile* par une porte *étroite* rapidement close.

L'issue facile du cristallin est merveilleusement obtenue par la méthode à lambeau de Daviel, mais la plaie est large et offre peu de tendance à la réunion immédiate. La section linéaire favorise, au contraire, la réunion immédiate, mais fournit au cristallin une issue relativement difficile, d'où la nécessité d'y ajouter l'iridectomie. Par une sorte de coïncidence qu'il n'est pas rare de rencontrer dans les recherches scientifiques, MM. Küchler (de Darmstadt), le Brun (du

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 14 février 1874.

Brabant), Giraud, Teulon et Notta arrivèrent, à peu d'intervalle les uns les autres à la conception d'une opération, presque identique, à savoir la section linéaire en plein champ cornéen avec ou sans iridectomie.

C'est ce mode opératoire, appuyé de dix succès sur dix opérations, que M. Notta vint soumettre à la discussion de la société.

Vous entendîtes successivement MM. Giraud-Teulon, Panas, Perrin, Duplay, le Fort, Trélat, Dolbeau, Chassaignac; MM. Michel, de Nancy, et Després, de Saint-Quentin, vous adressèrent aussi une communication sur ce sujet. Analyserai-je, messieurs, devant vous, tous ces discours? Vous y trouveriez sans doute un vif intérêt, mais ce serait hors de proportion avec les limites où doit se renfermer ce compte rendu.

Lorsqu'une société savante a longuement discuté une importante question, il est quelquefois permis de formuler en quelques conclusions les résultats de cette enquête; nous ne le pouvons faire dans le cas actuel: c'est ainsi que MM. Notta et Giraud-Teulon sont restés partisans de leur nouveau mode opératoire; que MM. Panas, Perrin, Trélat ont préconisé la méthode de de Graefe avec de notables modifications; que MM. Dolbeau, Chassaignac ont continué à soutenir que la vieille méthode à lambeaux, de Daviel, la méthode française, pouvait être perfectionnée, mais qu'elle restait toujours la méthode magistrale applicable à la majorité des cas.

Je vous rappellerai ici, messieurs, une note très-intéressante de M. le docteur Abadie sur un nouveau traitement du kératocône, à propos duquel, cependant, quelques réserves ont dû être faites par le rapporteur.

Dans les cas d'imperforation congénitale de l'anus, trois voies se présentent au chirurgien pour la recherche de l'intestin: la voie iliaque (méthode de Littre), la voie lombaire (méthode de Callisen) et la voie périnéale (méthode d'Amussat).

Permettez-moi de vous rappeler que cette dernière méthode consiste à inciser couche par couche les parties molles du périnée jusqu'à l'ampoule rectale, à fendre celle-ci, à en attirer en bas les parois que l'on fixe ensuite aux lèvres cutanées de la plaie. Cette méthode est incomparablement supérieure à celles de Littre et de Callisen, puisqu'elle rétablit l'état normal, tandis que les deux autres n'assurent l'existence qu'au prix d'une infirmité qui en diminue singulièrement le prix.

Malheureusement, elle n'est pas toujours praticable. Le chirurgien n'est jamais certain d'arriver jusqu'à l'ampoule rectale, et il n'y arrive à coup sûr pas si cette ampoule s'arrête à 3 ou 4 centimètres par exemple au-dessus de la peau. Il y avait donc un grand intérêt à trouver un procédé qui permît de découvrir plus aisément l'extrémité de l'intestin. C'est ce procédé que notre collègue M. Verneuil vous a proposé dans un mémoire sur l'anus périnéal artificiel.

Je vous rappellerai, messieurs, qu'il consiste à fendre les parties molles sur la ligne médiane de l'anus au coccyx, à le diriger vers la concavité sacrée dans laquelle repose l'ampoule, et à résigner au besoin le coccyx pour agrandir la voie.

Ce procédé devait théoriquement réussir, en effet, lorsque le rectum se termine avant d'avoir décrit la deuxième branche de l'S italique qu'il forme par sa direction antéro-postérieure, c'est-à-dire avant de s'être porté en avant, l'ampoule est fort loin de l'anus; elle repose, au contraire, sur la courbure sacrée, où l'on arrive directement en reséquant tout ou partie du coccyx.

La pratique a démontré pleinement à M. Verneuil la justesse de l'idée théorique. Notre collègue a pratiqué plusieurs fois cette opération et n'a eu qu'à s'en féliciter.

Elle souleva quelques objections de la part de MM. Forget, Depaul, Blot, objections surtout théoriques; mais je vous rappellerai la communication faite par M. Tarnier dans une des dernières séances. M. Tarnier déclarait qu'une entérotomie périnéale fût restée inachevée sans l'application du procédé de M. Verneuil.

Permettez à votre secrétaire, messieurs, de dire qu'il considère ce point comme une conquête précieuse acquise définitivement au traitement si délicat de l'imperforation de l'anus.

Je dois vous signaler maintenant, messieurs, une question d'une haute importance agitée à plusieurs reprises cette année au sein de la société: je veux parler de la galvano-caustie. MM. Verneuil, Trélat, Bœckel ont insisté sur les applications de cette méthode et sur ses avantages. M. Bœckel vous a présenté l'ingénieux appareil qu'il a fait construire, appareil dont le principal mérite consiste dans un modérateur qui permet de graduer le courant galvanique. Grâce à cet appareil, M. Bœckel a pu faire sans hémorrhagie la section des plus gros troncs artériels et veineux sur les animaux, les principales conditions pour obtenir l'hémostasie étant la section lente, progressive, avec une anse de platine très-modérément chauffée et toujours tendue. M. Bœckel obtient ce résultat et réussit de cette façon à appliquer l'une contre l'autre les parois opposées du vaisseau avant de les sectionner. M. Trélat vous a également exposé le résultat de son expérience sur l'emploi du galvano-cautère, de ses efforts pour simplifier l'appareil instrumental dont le maniement est toujours difficile. Il a formulé le mode d'emploi et les indications principales auxquelles il répond.

M. Verneuil s'est aussi montré très-partisan du galvano-cautère. Il l'a maintes fois employé pour le traitement des tumeurs érectiles, l'ablation de grosses tumeurs dans des régions vasculaires.

Vous avez entendu dans nos dernières séances, messieurs, le remarquable rapport de notre collègue sur la trachéotomie pratiquée avec le galvano-cautère. Malgré le objections faites à cette méthode par M. Krishaber, M. Verneuil a maintenu qu'elle est supérieure au bistouri.

Je crois cependant être dans le vrai, messieurs, en disant que la plupart des membres de la société n'ont pas encore une opinion bien arrêtée non-seulement sur la valeur relative, mais sur la valeur absolue de ce mode de diérèse, et qu'il est nécessaire de le maintenir en permanence à l'ordre du jour de nos séanees.

Concurremment avec la galvano-caustie, vous avez mené la discussion sur le traitement des tumeurs érectiles par la vaccination et la cautérisation.

Je n'ai qu'à la mentionner.

Dans la séance du 18 juin, notre membre correspondant M. Duménil, de Rouen, vous communiquait la relation de quatre cas de polypes naso-pharyngiens, opérés par des méthodes diverses. Quelques points de détail furent l'objet d'une discussion à laquelle prirent part MM. Dolbeau, Labbé, Lannelongue, Guyon, de Saint-Germain, Trelat, Verneuil; mais le début ne tarda pas à être porté *sur le* côté historique de la question, et il présenta un intérêt tel qu'il convient de le rappeler ici.

L'un des malades de M. Duménil avait été opéré par la résection temporaire du maxillaire supérieur suivant un procédé que l'auteur désignait sous le nom de procédé de Bœckel. C'est alors que notre collègue, M. Chassaignac, se sentant atteint dans sa propriété, revendiqua hautement et vigoureusement pour lui la priorité de la voie nasale avec lambeau nasal réappliqué, la propriété et la résection temporaire des mâchoires.

J'ajoute, messieurs, que notre collègue, M. Bœckel, vivement attaqué par M. Chassaignac, se présenta bientôt à notre tribune et lui rendit pleine justice dans un langage à la fois digne et ferme, qui me parut très-apprécié. Mais la question n'était pas encore vidée. M. P. Bruns, de Tubingue, déjà fort malmené par M. Chassaignac, s'était permis d'accuser notre collègue, M. Verneuil, d'avoir falsifié les faits relativement à ces résections temporaires que l'auteur allemand attribuait exclusivement à Langenbeck.

Ai-je besoin de vous rappeler, messieurs, la riposte de M. Verneuil à cette injuste attaque? Vous n'en avez pas oublié la modération qui ne lui ôtait rien de sa vigueur. M. Verneuil a rétabli, à l'aide des faits que connaissait mal M. P. Bruns, la vérité historique sur cette importante question de médecine opératoire. Il a établi péremptoirement que des trois voies qui permettent l'accès aux polypes naso-pharyngiens, la voie maxillaire a été suivie pour la première fois par Syme et Flaubert, la voie buccale ou palatine par Adelmann et Nélaton, la voie nasale par notre collègue M. Chassaignac.

Quant à la conception et la résection temporaire des mâchoires, elle appartient à Huguier, bien que Langenbeck l'ait mise en pratique une année avant lui.

Différentes modifications furent apportées ensuite à la méthode primitive. C'est ainsi que M. Ollier a employé dix-sept fois le procédé de *l'abaissement du nez par l'ostéotomie verticale et bilatérale de la*

charpente de cet organe. Les fosses nasales étant largement ouvertes, il explore la base d'implantation et arrache le polype avec de larges pinces.

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

9. Marquet. De la rupture du tendon du triceps fémoral au-dessus de la rotule.
10. Boillerault. Essai sur le rhumatisme non blennorrhagique des synoviales tendineuses et des bourses séreuses.
11. Petit. Considérations sur la face et ses altérations dans les maladies.
12. Madier-Champermeil. Des syphilides palmaires et plantaires, étudiées spécialement dans la syphilis héréditaire.
13. Coyne. Recherches sur l'anatomie normale de la muqueuse du larynx et sur l'anatomie pathologique des complications laryngées de la rougeole.
14. Simonin. Des rapports qui existent entre les troubles fonctionnels de l'œil et lésions révélées par l'ophthalmoscope.
15. Demué. Des fistules ossifluentes de la région anale, de la résection du coccyx et de ses indications.
16. Guiard. Considérations générales sur le rôle des êtres animés dans l'étiologie des maladies regardées comme parasitaires.
17. Nouet. De l'occlusion intestinale dans ses rapports avec les inflammations péri-utérines chroniques.
18. Martel. De la mort apparente chez le nouveau-né.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 17 février 1874, M. de Nervaux, directeur de la sûreté générale au ministère de l'intérieur, a été nommé directeur de l'Assistance publique, en remplacement de M. Blondel, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur honoraire.

— M. le docteur Jules de Langenhagen prend la direction de l'établissement hydrothérapique de Divonne.

— Le banquet annuel des internes en médecine de Paris aura lieu le 7 mars prochain, dans les salons de Douix (Palais-Royal.)

Le prix de la souscription (15 francs) pourra être remis dans les hôpitaux à M. l'interne en médecine, économe de la salle de garde, ou bien à MM. les docteurs Piogey, rue Saint-Georges, 24, et Emile Tillot, rue Saint-Georges, 42.

— Clientèle médicale à céder pour cause de santé. S'adresser à Mme Dénau, rue de Douai, 14, de midi à trois heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Chimie appliquée à la physiologie, à la pathologie et à l'hygiène, avec les analyses et les méthodes de recherches les plus nouvelles, par le docteur ARMAND GAUTIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, directeur du laboratoire de chimie biologique de la même faculté. — Tome 1er contenant : Chimie appliquée à l'hygiène. — Chimie appliquée à la physiologie. — Principes immédiats. — Tissus. — Digestion. — Assimilation. — 1 vol. in-8° de 600 pages, avec figures dans le texte et un tableau d'analyse spectrale. — Le tome II, contenant : Sécrétion. — Respiration. — Innervation et reproduction. — Chimie appliquée à la pathologie, paraîtra fin avril. — Prix des deux volumes payés d'avance : 18 francs. — Paris, F. Savy.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale de pharmacie et d'hygiène, pour 1874, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et hygiéniques publiés en 1873 et les formules des médicaments nouveaux ; suivi d'un mémoire sur l'*hygiène du soldat*, par A. BOUCHARDAT, 34e année. — Paris, 1874. — 1 vol. in-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Germer Baillière.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 23. — MARDI 24 FÉVRIER 1874. 47e ANNÉE. MARDI 24 FÉVRIER 1874. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SÉE.

Leçons dogmatiques sur les hydropisies

(recueillies par M. le docteur A. Brochin)

Messieurs, la plupart des auteurs définissent ainsi l'hydropisie : « Un épanchement de sérosité dans les cavités synoviales ou dans le tissu cellulaire. » Cette définition est incomplète, et je propose de la remplacer par la suivante : L'hydropisie est un processus non inflammatoire, c'est-à-dire sans néoplasie, constitué par l'accumulation dans les cavités naturelles, ou dans les interstices du tissu conjonctif, d'un liquide ordinairement séreux, parfois séro-fibrineux. Cette dernière définition me semble préférable, parce qu'elle renferme implicitement l'exposé des trois conditions nécessaires pour caractériser une hydropisie, c'est-à-dire : 1° son siége dans les cavités naturelles et dans les interstices du tissu cellulaire, 2° la nature du liquide, 3° l'absence d'inflammation.

Nous allons passer en revue ces trois conditions.

Au point de vue du *siége*, d'après l'énoncé seul de notre définition, il est facile de voir que nous excluons du cadre des véritables hydropisies les épanchements de sérosité dans les cavités muqueuses. En effet, les membranes muqueuses ne sont pas uniquement constituées par du tissu conjonctif. L'*hydronéphrose* n'est donc pas une hydropisie des cavités urinaires ; c'est simplement une accumulation de l'urine et de mucus dans les calices, les bassinets et les tubes urinifères, ayant pour cause un obstacle mécanique apporté à l'écoulement de cette urine. Il y a aussi des accumulations de mucus avec ou sans sérosité dans le sinus maxillaire, dans l'oreille interne, dans l'utérus, dans l'estomac ; or ce sont là de fausses hydropisies dues à des causes purement locales.

Les épanchements de sérosité dans les cavités séreuses qui ne sont formées que de tissu conjonctif sont, au contraire, de véritables hydropisies. Les noms sous lesquels on désigne ces hydropisies varient suivant la cavité qui en est le siége ; c'est ainsi qu'on distingue l'*ascite*, l'*hydrothorax*, l'*hydropéricarde*, l'*hydrocéphalie*, etc.

D'après notre définition, il semblerait que nous dussions ranger parmi les hydropisies les épanchements qui se font dans les synoviales articulaires. Mais il faut bien reconnaître que ces épanchements ou *hydarthroses* sont bien moins souvent l'effet d'une maladie du cœur ou d'une affection générale que celui d'une simple irritation locale ; jamais, d'ailleurs, on n'a vu l'hydropisie vraie et générale envahir *primitivement* les articulations. On pourrait, à ce point de vue, rapprocher l'*hydrocèle* de l'hydarthrose ; l'hydrocèle, en effet, se comporte bien plutôt comme cette dernière que comme l'hydropisie des grandes séreuses.

Ainsi nous excluons du cadre des véritables hydropisies l'*hydronéphrose*, l'*hydarthrose* et l'*hydrocèle*.

L'accumulation de sérosité dans le tissu cellulaire sous-cutané est limitée (œdème) ou généralisée (anasarque). Le tissu cellulaire interstitiel peut aussi être infiltré de sérosité ; et l'on peut considérer comme une véritable hydropisie l'œdème de la glotte, qui, d'abord limité à cet organe, peut, à la suite de certaines maladies, la scarlatine par exemple, être le point de départ d'une hydropisie générale. Il en est de même de l'œdème des poumons, qui se fait dans le tissu conjonctif du parenchyme pulmonaire. C'est là aussi une véritable hydropisie. Ces œdèmes interstitiels sont ceux qui présentent le plus de gravité à cause de leur siége.

La deuxième condition nécessaire pour caractériser une hydropisie est, avons-nous dit, la nature du liquide.

Le plus ordinairement ce liquide est séreux ; c'est, en effet, la partie séreuse du sang qui seule passe à travers les vaisseaux. Mais dans ce passage, qui, comme nous le verrons plus loin, n'est pas une simple filtration, ce liquide subit de grandes modifications. C'est surtout le genre de vascularisation qui imprime à l'épanchement les caractères spéciaux qu'il présente dans les divers siéges d'hydropisie. Les différences de composition portent sur l'eau et sur l'albumine. Voyons quelles sont ces différences.

Eau. — La sérosité du sang contient en moyenne $\frac{907}{1000}$ d'eau ; les liquides hydropiques les plus condensés en contiennent au moins $\frac{930}{1000}$; celui de l'hydrocéphalie, le plus aqueux, en contient $\frac{986}{1000}$; les liquides de la poitrine en contiennent généralement $\frac{940}{1000}$; pour la proportion d'eau trouvée dans l'anasarque, on a donné le chiffre de $\frac{930}{1000}$, chiffre bien faible puisque, pour ce même genre d'hydropisie, on a aussi trouvé $\frac{960}{1000}$ d'eau.

Albumine. — L'expérience a démontré que si le sang perd une certaine quantité d'albumine, sa plasticité devient trop faible pour qu'il puisse rester dans les vaisseaux, et il filtre alors plus facilement à travers leurs parois. Chaque fois donc qu'il se produit une hydropisie, le sang, par cela même, se trouve hypo-albuminé. Cette diminution dans la proportion d'albumine devient une nouvelle cause de filtration, et c'est

ainsi que l'hydropisie appelle l'hydropisie. Il est donc bien important de savoir combien le sang a perdu d'albumine ou combien le liquide hydropique lui en a soustrait, ce qui revient au même.

Jusqu'à ces temps derniers on avait donné pour la proportion d'albumine contenue dans les liquides hydropiques des chiffres très-minimes. D'après de nouvelles analyses, il n'est pas certain qu'une hydropisie considérable, comme l'anasarque, ne puisse constituer un danger, uniquement par la quantité d'albumine qu'elle soustrait à la circulation. Quant au sang, il contiendrait $\frac{75}{1000}$ environ d'albumine; mais Denis (de Commercy) a démontré que, sur ces 75 parties d'albumine, on doit retrancher 20 ou 25 parties de *plasmine*, sorte de fibrine liquide à l'état normal, mais concrescible dans certaines conditions. Il ne reste donc plus en réalité dans le sang que $\frac{55}{1000}$ d'albumine.

L'albumine n'atteint pas de si fortes proportions dans les liquides hydropiques; l'hydrothorax, qui en contient le plus, en fournit $\frac{10}{1000}$, l'hydropéricarde $\frac{7}{1000}$, l'ascite et l'anasarque $\frac{2 \text{ à } 3}{1000}$, enfin l'hydrocéphalie $\frac{0.25}{1000}$. Dans ces derniers temps ces chiffres ont été contestés, et on leur en a substitué de beaucoup plus élevés : ainsi l'anasarque contiendrait $\frac{62}{1000}$ d'albumine, l'ascite $\frac{49}{1000}$, l'hydrothorax $\frac{53}{1000}$, l'hydropéricarde $\frac{40}{1000}$. Mais ces derniers chiffres sont tout à fait exceptionnels et tiennent à des circonstances dont nous parlerons plus loin, et qui dépendent de la circulation et des causes de l'épanchement.

En résumé, l'albumine est en moindre quantité dans les liquides hydropiques que dans le sérum du sang, et ce sont les épanchements thoraciques qui en contiennent les plus fortes proportions.

Voyons enfin la troisième condition : On trouve parfois, avec l'albumine, de la fibrine dans les liquides hydropiques; cela ne veut pas dire qu'il y ait inflammation. Quelques auteurs pensent que du moment où l'hydropisie contient de la fibrine, on n'a plus affaire à une hydropisie, mais bien à une inflammation, et que cette fibrine peut s'organiser. C'est là la théorie des blastèmes, admise par Hunter, qui considère la fibrine comme une matière s'organisant à la surface des plaies pour former des bourgeons charnus, admise aussi par M. le professeur Robin et par Rokitanzki. Quant à moi, je la repousse absolument, et n'admets pas d'inflammation sans néoplasie; or celle-ci fait défaut dans l'hydropisie. En effet, le liquide fibrineux étant privé de vie, ne saurait former de cellules. La présence de la fibrine dans le liquide hydropique s'explique par ce fait que ce liquide, en filtrant à travers les vaisseaux, emporte une quantité plus ou moins considérable du plasma du sang. D'ailleurs la présence d'une matière coagulable dans le liquide épanché ne me semble pas une condition suffisante pour caractériser une inflammation. Pour justifier cette hypothèse, il faudrait qu'il se fît dans le liquide une néoplasie; or, si l'on y trouve parfois quelques globules blancs, une augmentation de pression dans les vaisseaux peut très-bien expliquer le passage de ces globules à travers les parois, et cette augmentation de pression a toujours lieu dans l'hydropisie.

Nous venons de passer en revue les conditions sans lesquelles il ne peut y avoir de véritables hydropisies; nous allons maintenant étudier leur mécanisme ou leur mode de formation.

(*A suivre.*)

CLINIQUE DE LA VILLE. — Dr LE DENTU.

Note sur un cas de névralgie traumatique du nerf obturateur.

Le traumatisme a aujourd'hui sa place bien marquée dans la pathogénie des névralgies. Il n'y a donc plus à en démontrer l'influence; elle est incontestée. Les faits qui s'y rattachent ne peuvent plus inspirer d'intérêt, qu'à la condition de présenter quelque chose d'insolite, au point de vue du mode de traumatisme ou du nerf lésé. L'observation suivante, remplissant une de ces conditions, est peut-être digne d'être publiée.

Mlle X..., âgée d'environ cinquante ans, habitant la Guadeloupe, fait une chute de cheval au mois de juillet 1873. La fesse et la partie postérieure de la cuisse gauche sont les points qui heurtent le plus violemment le sol. La blessée ne peut se relever seule. On la couche dans un hamac et on la descend en ville. Le médecin appelé conseille le repos et des topiques émollients. Une ecchymose étendue apparaît le lendemain. Les mouvements de la jambe gauche sont douloureux mais non abolis. Le pied a sa direction normale; il n'y a ni déviation, ni raccourcissement du membre.

La malade garde le lit. Au bout de trois jours, un nouveau symptôme se déclare. Des élancements douloureux, siégeant principalement à la partie supérieure et interne de la cuisse, irradient de là vers le genou et jusqu'au côté interne du talon. Après des alternatives d'augmentation et de diminution, les douleurs s'établissent d'une façon à peu près permanente et condamnent la malade à la position horizontale. La marche les réveille et la position assise est rendue impossible par les pressions auxquelles elle donne lieu.

J'examine la malade vers la fin de novembre 1873. Il est bon d'ajouter aux renseignements précédents qu'elle n'a jamais eu ni névralgies, ni douleurs rhumatismales d'aucune sorte. Son état général est bon. Elle n'a ni accès fébriles, ni transpirations nocturnes. Toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement. La malade est convaincue qu'il se passe chez elle un travail inflammatoire latent et profond, qui aboutira fatalement à la production d'un abcès.

L'exploration de la branche ascendante de l'ischion et de la partie supérieure du fémur, l'attitude du membre inférieur gauche, écartent de suite l'idée d'une fracture. L'aspect, la consistance des parties molles, l'absence de tout engorgement inflammatoire, me font rejeter également toute crainte relative à la formation d'un abcès profond. Je constate seulement que les pressions dirigées vers le trou sous-pubien, au niveau de l'interstice des adducteurs superficiels (pectiné et moyen adducteur) d'une part, des deux adducteurs profonds (petit et grand adducteur) d'autre part, provoquent de vives douleurs. Un autre point douloureux existe un peu au-dessus de l'anneau du grand adducteur; mais la pression sur ce point est bien mieux tolérée. Les parties molles intermédiaires à ces deux points sont aussi le siége d'une sensibilité anormale. En ce moment, il n'y a rien à noter du côté du pied. Mais les irradiations douloureuses qui, au début, atteignaient la face interne du talon, sont de nature à éclairer le diagnostic. Elles suivaient manifestement la branche anastomotique envoyée par l'obturateur au saphène interne, branche dont l'absence est rare.

Le diagnostic me paraissant nettement établi, j'institue un traitement en conséquence, injections hypodermiques, vésicatoires pansés au chlorhydrate de morphine, alternant avec des frictions avec un liniment chloroformé.

Une amélioration rapide survient. Les douleurs réapparaissent de temps à autre, mais presque toujours à la suite de l'interruption forcée des injections narcotiques.

Quand je cessai de donner des soins à la malade (11 janvier 1874), il y avait plus de quinze jours qu'elle n'avait éprouvé d'élancements douloureux. Il ne restait plus que de la sensibilité à la pression, vers le trou obturateur. En un mot, la malade était évidemment en voie de guérison.

Je ne sache pas qu'on ait publié, jusqu'à ce jour, beaucoup de cas de névralgies du nerf obturateur. Les ouvrages spéciaux

de Valleix, d'Axenfeld, de Hasse en font à peine mention. En ce qui concerne les névralgies de cause traumatique, le silence de ces auteurs est complet.

Ils signalent seulement les douleurs suivant le trajet du nerf obturateur comme ayant une certaine valeur pour le diagnostic de la hernie sous-pubienne étranglée. Ce symptôme, indiqué par Romberg, a été reconnu exact par Roser et Rottek. Dans le cas que je rapporte, il n'y avait certainement pas de hernie.

Le relevé de Londe, qui renferme cinquante-six cas de névralgies traumatiques, ne note pas le nerf obturateur parmi les nerfs lésés. Le fait, dont on vient de lire la relation, se signale donc par sa rareté, au point de vue du siége de la maladie.

Je ferai remarquer qu'ici, comme dans un certain nombre des observations analogues publiées jusqu'à ce jour, les douleurs franchement névralgiques ne se sont montrées que plusieurs jours après le traumatisme. Est-ce à dire que la maladie a débuté par une névrite, et que les douleurs ultérieures avaient pour cause une altération vraiment inflammatoire des filets nerveux? Ce serait, ce me semble, beaucoup s'avancer et trancher, avec des éléments insuffisants, une question de physiologie pathologique qui demande de nouveaux éclaircissements.

NOTE HISTORIQUE ET CRITIQUE

SUR LES PRINCIPALES MODIFICATIONS DU CÉPHALOTRIBE ET EN PARTICULIER SUR L'ÉTAT FENÊTRÉ DE SES CUILLERS

par le docteur A. MATTEI (1).

Rétrécissements très-prononcés. — Ici le céphalotribe seul est applicable, à moins qu'on ne provoque prématurément le travail, ou qu'on veuille faire courir à la femme les dangers de l'opération césarienne. Les difficultés de la prise du céphalotribe augmentent dans ces cas, loin de diminuer. Il s'agit donc de rendre l'instrument pratique.

Les modifications que Chailly, Braun, Ritgen, Cohen et Scanzoni ont apportées aux cuillers du céphalotribe n'ont guère rendu son usage plus facile. Le procédé proposé par le professeur Pajot paraît avoir réussi quelquefois : c'est le broiement de la tête répété à plusieurs heures d'intervalle pour laisser aux contractions utérines le soin de l'expulsion. Mais on ne peut l'accepter qu'au pis aller; car, dans la plupart des cas, le travail est déjà long quand on en vient au céphalotribe. La nature a dépensé beaucoup de ses forces ; on a fait vainement des applications des forceps; les contractions ont plus ou moins cessé ; la femme est épuisée. Doit-on répéter sur elle la céphalotripsie à plusieurs heures d'intervalle et laisser le soin de l'expulsion fœtale à la nature, pour faire durer encore le travail un ou deux jours sans courir des dangers? Je laisse à d'autres ces croyances. Quant à moi, je pense qu'il faut délivrer la femme le plus promptement possible.

J'arrive à ce que les études cliniques m'ont suggéré dans ces divers cas de l'obstétrique, pour dire quelles sont les déterminations auxquelles je me suis arrêté, comme pour dire quels sont les points où mon jugement est encore en suspens.

Dans bien des cas de rétrécissement moyen et même de rétrécissement très-prononcé, le céphalotribe ordinaire m'a permis d'obtenir de prompts et heureux résultats; il m'a offert, quelquefois aussi, des difficultés désespérantes par le défaut de prise ; soit pour saisir la tête et l'écraser, soit surtout pour l'extraire après l'écrasement. Le broiement et le resserrement avaient beau être poussés aussi loin que possible, le glissement avait lieu sans que la tête suivît. Ces difficultés me portèrent : 1° à essayer de me passer de céphalotribe si c'était possible; 2° à mieux étudier et à corriger les défauts de cet instrument.

Je ne parlerai pas du forceps-scie, que je n'ai pas suffisamment expérimenté, et qui du reste n'est applicable qu'aux rétrécissements moyens. La traction continue, quoique applicable seulement aux mêmes cas, me sourit davantage, et je fis construire un aide forceps plus simple que ceux de Chassagny et Joulin. Cet instrument a été représenté par une figure dans le *Catalogue de l'exposition obstétricale de Londres de* 1866, mais son emploi ne m'a pas donné des résultats encourageants. Restait la sphénotripsie, pour laquelle j'ai fait encore plus de recherches cliniques, et ces recherches n'étaient pas séparées de l'étude du céphalotribe, pour en connaître les défauts et les corriger, comme on va le voir.

Si, dans les rétrécissements moyens, la perforation préalable du crâne n'est pas toujours indispensable, elle le devient dans les rétrécissements très-prononcés. La première action du céphalotribe, si bien qu'il prenne, n'est que de chasser la substance cérébrale de la boîte crânienne. Si, comme on l'a fait jusqu'ici, on croit alors avoir suffisamment bien saisi le crâne, on se trompe, et quand on veut tirer sur l'instrument, il glisse souvent. C'est parce que la base du crâne a échappé à cette première application du céphalotribe et souvent à bien d'autres. Une autre cause de glissement des cuillers dépend de leur plénitude; aussi j'ai pratiqué de bonne heure une fenêtre à l'instrument que je destinais à cet usage. Ainsi j'ai présenté, en juin 1864, à l'Académie de médecine les instruments que je destinais à l'embryotomie. On peut voir que l'instrument de traction est mon léniceps modifié pour cet usage, ayant les branches fenêtrées quoique ne dépassant pas la largeur de 4 centimètres. Sans doute, ce forceps d'une nouvelle espèce n'a pas pour but le broiement, mais ses branches sont assez solidement construites pour ne pas céder à la traction si forte qu'elle soit. Il en est de même du céphalotribe dont je vais parler dans un instant. La fenêtre longue et étroite, sans affaiblir la cuiller, offre au cuir chevelu un vide dans lequel il s'engage pendant la pression et fait bouton pour empêcher le glissement.

La sphénotripsie, que j'avais surtout en vue, lors de la construction de ces instruments, me porta à faire fabriquer une cisaille destinée à diviser toutes les parties du corps de l'enfant; elle devait, de plus, me servir à pénétrer dans la boîte crânienne pour aller détruire la base osseuse de cette boîte. Pendant que le térébellum de Lollini allait au hasard; pendant que M. Hubert avait besoin d'introduire toute la main dans le pelvis pour implanter son térébellum sur la base crânienne, je pouvais atteindre et détruire cette base à travers l'ouverture même que j'avais faite pour broyer la substance cérébrale.

Les expériences que je fis sur le cadavre de plusieurs enfants réussirent à merveille, et, dans quelques minutes, je réduisis en fragments minimes la base crânienne; mais, quand il s'est agi de détruire la selle turcique des enfants encore contenus dans la matrice, la chose a été plus difficile et quelquefois même impossible.

Fallait-il, pour cela, renoncer à détruire la base crânienne? Non certainement, et depuis lors j'ai réussi avec mon céphalotribe ayant des cuillers fenêtrées sans avoir plus de 4 cen-

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 17 février.

timètres de largeur. Un autre défaut, quoique moins capital, du céphalotribe ordinaire est celui d'avoir des manches si longs et une puissance d'écrasement plus faite pour broyer la tête d'un adulte que celle d'un fœtus, laquelle préalablement percée laisse échapper la substance cérébrale et s'affaisse à la moindre pression. La base du crâne est naturellement plus résistante, mais pas tant qu'on le croirait. Quand on l'a saisie, elle fait entendre un bruit de craquement caractéristique. Tant qu'on n'a pas senti ce craquement, on ne doit pas croire qu'on a brisé la base osseuse du crâne, ce fait est du plus grand intérêt pratique, et autant de fois se répète le craquement autant de fractures on a produites sur la base crânienne.

Une autre modification que j'ai apportée à mon céphalotribe dans le sens que je viens d'indiquer, est celle des manches courts (15 centimètres à partir de l'entablement); c'est-à-dire qu'avec une manivelle ordinaire, ces manches donnent une puissance plus que suffisante pour écraser la tête fœtale sans en excepter la base du crâne. Seulement, il ne faut pas s'arrêter à une ni à deux préhensions, il faut les répéter en remontant chaque fois les branches de l'instrument pour atteindre la base du crâne et broyer cette base en plusieurs sens avant de se livrer aux fortes tractions, c'est une affaire de vingt à trente minutes. Ce céphalotribe est croisé comme la plupart de tous les autres, et, à part les dimensions moindres, il ne semble pas en différer. Ce fut l'avis de M. Tarnier, lorsqu'il le vit dans le magasin Charrière où l'instrnment avait été construit. Ce céphalotribe, cependant, offre des différences marquées et dans la longueur du manche et dans les branches fenêtrées.

Ce céphalotribe, applicable à tous ces cas, pourrait être plus utile, si, lorsque le rétrécissement est moyen, il avait les fenêtres plus larges comme M. Bailly les a faites au sien; c'est-à-dire qu'il faudrait avoir des céphalotribes de plusieurs formes et dimensions. Pour obvier à ces inconvénients, j'avais imaginé un céphalotribe dont les cuillers pouvaient, chacune séparément, s'ouvrir et se fermer à volonté. Ces cuillers fermées n'avaient pas plus de 4 centimètres de largeur, tandis qu'ouvertes, elles pouvaient en acquérir 8 ou 10. Je les introduisais fermées dans la matrice pour les ouvrir au-dessus du rétrécissement pelvien. Je saisissais ainsi facilement la tête et la broyais pour l'extraire, complétement affaissée avec l'instrument fermé et, par conséquent, à peu près réduit aux dimensions primitives.

Cet instrument un peu compliqué n'a pas encore pu être construit d'une manière satisfaisante. L'avenir décidera s'il peut être réalisé, tel que je l'ai conçu.

L'article qu'on vient de lire était composé, et la première partie avait déjà paru lorsque M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, m'a prié de voir un instrument de son invention destiné à la céphalotomie. Je vais dire quelques mots de cet instrument.

C'est, comme on va le voir, une simplification du forceps-scie capable de rendre ce dernier plus pratique et, par conséquent, plus généralement employé.

Le forceps de Van Huevel était assez massif, et ses cuillers avaient 6 à 7 centimètres de large, ce qui rendait l'instrument inapplicable dans les rétrécissements prononcés. L'instrument de M. Mathieu est moins lourd, et ses cuillers n'ont pas plus de largeur que celles d'un céphalotribe ordinaire.

Dans l'instrument de Van Huevel, les crémaillères longues et arquées étaient d'un maniement incommode, et le sciage s'en ressentait. Les crémaillères de M. Mathieu sont composées par deux lames flexibles dans tous les sens et cachées chacune dans l'épaisseur de la branche correspondante du céphalotribe. Le pignon de Van Huevel était compliqué et l'engrenage manquait souvent, on faisait avancer une crémaillère sans faire avancer l'autre. Dans l'instrument Mathieu, chaque crémaillère est mue par une vis sans fin facile à manier. L'entablement de l'instrument Mathieu est le même que dans le forceps Ténance, près de l'extrémité libre du manche. Enfin M. Mathieu a donné aux pinces qui accompagnent le forceps-scie plus de légèreté en même temps que plus de sûreté dans la préhension. A part quelques observations de détail que M. Mathieu avait pressenties, et auxquelles il avait déjà remédié, son *porte-scie* est bien préférable à celui de Van Huevel. Le temps, du reste, jugera de son mérite.

Si, pour terminer, je dois conclure sur le mérite relatif des moyens de diminuer le volume de la tête fœtale je dirai que tous peuvent trouver des indications spéciales; mais on ne saurait encore se passer du céphalotribe. Cet instrument, sans être parfait, est d'une application plus générale que les autres moyens, et l'on diminue ses défauts : 1° en faisant des fenêtres aux cuillers sans augmenter la largeur de celles-ci; 2° en diminuant la longueur exagérée de ses manches; 3° en l'appliquant avec méthode, c'est-à-dire qu'après avoir perforé la tête et avoir fait une ou deux applications de céphalotribe pour faire partir la substance cérébrale, on doit remonter les branches jusqu'à la fracture de la base du crâne; 4° on doit opérer ainsi la sphénotripsie sur plusieurs points en variant le placement du céphalotribe; 5° après chaque application de céphalotribe on peut exercer une légère traction en imprimant à l'instrument un mouvement de torsion qui change la position de la tête; 6° on ne doit se livrer aux fortes tractions que lorsqu'on est sûr d'avoir opéré plusieurs fractures sur la base du crâne, et lorsque la prise est assez solide pour que ces fractures permettent à la tête de franchir le rétrécissement. Ces divers temps peuvent être terminés en une seule séance sans porter atteinte aux parties maternelles.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 janvier 1874 (1). — Présidence de M. TRÉLAT.

M. TILLAUX termine la lecture de son rapport :

De même que la galvano-caustique, l'hémostase par le procédé d'Esmark demeure à l'ordre du jour de vos séances. Il me paraît superflu, messieurs, de rappeler ici en quoi il consiste. A la suite de la communication de M. Demarquay, vous avez entendu MM. Verneuil, Guyon et Lannelongue; ces deux derniers collègues ont signalé les tentatives qu'ils avaient faites dans le même ordre d'idées.

Une question de priorité a été soulevée au sein de la société par M. Vanzetti, qui réclame pour son compatriote, M. Grandesso Sylvestre l'honneur de la découverte, réclamation qui paraît pleinement justifiée.

La Société de chirurgie devra se prononcer plus tard sur la valeur du procédé hémostatique lorsque chacun de nous l'aura expérimenté un certain nombre de fois. Elle déterminera si l'on doit le considérer comme un procédé applicable à la majorité des grandes opérations, ou seulement à un petit nombre d'entre elles.

Je ne veux pas omettre de mentionner les essais de laryngotomie crico-thyroïdienne avec le fer rouge, faits par M. de Saint-Germain. Le résultat des premières expériences n'a pas répondu à l'attente de notre collègue, qui se propose de poursuivre ses recherches.

Une autre tentative opératoire très-ingénieuse et à coup sûr nouvelle vous a été relatée par M. Lannelongue.

Vous n'avez certainement pas oublié que notre collègue avait eu,

(1) Fin. — Voir le numéro du 21 février 1874.

l'année passée, la très-heureuse idée de combler une perforation palatine en empruntant un lambeau à la muqueuse de la cloison des fosses nasales. Le résultat vous fut présenté. Il était superbe.

Poursuivant le même ordre d'idées, M. Lannelongue a emprunté à la muqueuse vésicale un lambeau destiné à boucher une large fistule vésico-vaginale occupant toute la cloison. Le résultat a été remarquable assurément, mais il n'était pas tout à fait complet. Si M. Lannelongue guérit sa malade, il aura singulièrement agrandi le champ des opérations autoplastiques.

Parmi les rapports lus à cette tribune, je vous rappellerai, messieurs, entre autres, un rapport de M. Guéniot sur le travail de M. Faucon, intitulé : *Variété d'étranglement interne*, qui reconnaît pour cause la compression de l'intestin par les hystérômes.

Un rapport de M. Dubrueil sur un travail de M. Dieulafoy, relatif à la ponction capillaire dans les hernies étranglées. L'auteur du rapport s'est montré favorable à ces ponctions, qu'il considère comme un progrès sérieux dans la thérapeutique. C'est une grosse question, messieurs, qui me paraît être définitivement jugée.

Un autre rapport, sur un travail du même auteur, vous a été lu par M. Desprès. Il s'agissait des ponctions articulaires du genou. M. Desprès s'est élevé avec force contre cette pratique, et la société s'est prononcée à peu près unanimement dans le même sens. Le rapport de M. Desprès semble avoir arrêté ce véritable débordement des ponctions articulaires auxquelles nous assistions depuis quelque temps.

M. Boinet vous a également lu un important rapport sur un mémoire de M. le docteur Clément (d'Aigues-Mortes), intitulé : *Kyste hydatique du foie guéri par la ponction à l'aide d'un gros trocart. Évacuation immédiate des poches kystiques et les lavages.*

Notre collègue a profité de cette circonstance pour donner son opinion sur le traitement des kystes hydatiques du foie par les ponctions capillaires à l'aide de l'instrument de M. Dieulafoy. Il s'est montré peu favorable à ce genre de traitement, qu'il croit le plus souvent inefficace, et préfère les larges ouvertures de la poche suivies de lavage.

Enfin, messieurs, pour ne point fatiguer trop longtemps votre attention, je ne vous signalerai plus que le rapport de M. Magitot sur un travail de M. Haas, de Sarreguemines, relatif à la nécrose phosphorée.

Ce rapport a donné lieu à un important discours de M. Trélat. La question de thérapeutique dans la nécrose phosphorée avait été déjà traitée à propos d'une pièce pathologique que nous avions présentée précédemment. Notre collègue a de nouveau tenté de la résoudre. Il s'est élevé avec force contre la pratique allemande, pratique qui consiste à faire de véritables résections de mâchoires, à tailler dans le vif au lieu d'enlever seulement les séquestres.

M. Trélat a formulé nettement les préceptes de l'école française ainsi : La nécrose phosphorée n'a pas de caractère spécifique qui la différencie des autres nécroses ; on doit toujours attendre la délimitation des séquestres avant d'opérer ; l'opération doit être une ablation de séquestres et non une résection dans le vif.

Un grand nombre d'autres communications, dignes d'un véritable intérêt, vous ont été faites par MM. Letenneur, Cazin, Louis Thomas, Mourlon, Hergott, Houzé de l'Aulnoit, Devalz, Courty, etc.

Vous avez également entendu MM. les docteurs Gillette, Nicaise, Périer, Terrier, Krishaber.

D'importantes pièces pathologiques vous ont été présentées par MM. Tarnier, Depaul, Le Fort, Demarquay, Houel, Cruveilhier.

Un lipôme du plancher de la bouche, envoyé par M. Worms, a fourni à M. Dolbeau l'occasion de signaler ce qu'il a appelé le *groupe des lipômes buccaux.*

Je dois me contenter de vous rappeler ces importants travaux, sous peine d'abuser trop longtemps de votre attention.

Si je ne me trompe, messieurs, ce court résumé de l'année suffit à démontrer que notre société poursuit une marche ascendante ; qu'elle continue à être le centre où aboutit tout le travail intellectuel des chirurgiens de notre pays. Elle semble même avoir puisé dans les circonstances actuelles une activité nouvelle ; chacun de nous n'a-t-il pas, en effet, adopté cette devise qui doit être aujourd'hui plus que jamais celle de tout Français : *Laboremus.*

M. GUYON secrétaire général lit un éloge de Denonvilliers (sera publié dans les mémoires de la société).

PRIX

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL proclame le nom des lauréats de la Société de chirurgie pour 1873.

PRIX DUVAL. — Le prix pour 1873 est décerné à M. le docteur Poinsot, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, auteur d'une thèse intitulée : *De la conservation dans les fractures compliquées.*

PRIX ED. LABORIE. — La société ne décerne pas de prix pour 1873. Elle accorde des encouragements :

1° A M. le docteur Baudon, médecin major au 1er régiment d'artillerie, à Bourges, un encouragement de 500 francs pour son mémoire intitulé : *De la taille hypogastrique avec suture vésico-abdominale, mettant à l'abri de l'infiltration urineuse.*

2° Au docteur Motte, à Dinant (Belgique), un encouragement de 300 francs pour son mémoire intitulé : *Études cliniques et expérimentales sur l'étranglement herniaire et en particulier sur l'action des gaz dans la production de cet accident.*

PRIX DE 1874

La société décernera pour 1874 :

1° Le prix DUVAL, fondé par René Duval, récompensera la meilleure thèse de chirurgie publiée en France pendant l'année 1874.

Ne peuvent concourir que les docteurs ayant rempli les fonctions d'interne dans les hôpitaux civils, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine.

Autant que possible, les recherches doivent s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

Deux exemplaires des thèses destinées à ce concours doivent être adressés à la société avant le 1er novembre 1874.

2° Le prix ED. LABORIE ; Mme Laborie, veuve du docteur Laborie, membre et ancien président de la société de chirurgie, a fait don à cette société d'une rente annuelle de 1,200 francs affectée à la fondation d'un prix annuel sous le nom de : *Prix Laborie.*

En 1874, la Société de chirurgie aura à décerner le prix Laborie de 1,200 francs. Elle aura en outre à disposer d'une somme de *dix-neuf cents francs*, qu'elle distribuera s'il y a lieu, en encouragements.

Le sujet du prix Laborie n'est choisi par la société que tous les six ans. En 1874, le choix du sujet est libre. Les mémoires manuscrits écrits en français, en anglais, en allemand, ou en latin, devront être adressés à la société avant le 1er novembre 1874. Ils doivent être accompagnés d'une devise et d'un pli cacheté indiquant le nom de l'auteur.

PRIX POUR 1875

En 1875, la Société de chirurgie aura à décerner les prix : Duval, Laborie et Gerdy.

Le prix Gerdy doit être décerné tous les deux ans. Grâce à la libéralité de Vulfranc Gerdy, frère du professeur Gerdy, qui a voulu ainsi rattacher plus étroitement à la Société de chirurgie la mémoire de Gerdy aîné, la société possède une rente annuelle de 1,000 francs, destinée à récompenser tous les deux ans, par une somme de 2,000 francs, le lauréat du prix Gerdy.

Pour 1875, d'après les dispositions testamentaires, la société devra désigner le sujet du prix Ed. Laborie. Le sujet du prix Gerdy doit être indiqué chaque fois. Les concurrents qui prendront part à ces concours devront déposer leurs manuscrits, dans la forme déjà prescrit, avant le 1er novembre 1875. Afin de donner aux compétiteurs, la plus grande latitude possible. La société fera connaître par la voie des journaux dès les premières semaines de l'année 1874, les sujets de prix qu'elle propose.

VARIÉTÉS

L'École vétérinaire d'Alfort.

I.

La création des écoles vétérinaires en France remonte à un peu plus d'un siècle. Par un arrêt du conseil rendu le 5 août 1761, sur la proposition du ministre Bertin, il fut permis d'établir dans la ville de Lyon une école dont les principaux membres s'occuperaient de la connaissance et du traitement des maladies qui attaquent les animaux domestiques. L'initiative de cette excellente institution est due à Claude Bourgelat, habile vétérinaire, né à Lyon en 1712. On peut regarder Claude Bourgelat comme le fondateur de l'hippiatrique. Il est l'auteur des *Éléments de l'art vétérinaire* et de plusieurs autres ouvrages estimés.

L'ouverture de l'école vétérinaire de Lyon se fit le 1er janvier 1762. Il fut résolu de plus qu'une autre école semblable serait instituée tout près de Paris.

Le château d'Alfort, érigé en fief sous le nom de Maisonville, fut jugé par sa situation et par l'étendue du terrain, l'endroit le plus favorable à cet établissement.

Telle est l'origine de l'école actuelle, dont la fondation eut lieu en 1764, trois ans après celle de l'école de Lyon.

Lorsque les écoles vétérinaires de Lyon et d'Alfort furent créées, il n'en existait aucune semblable en Europe, et c'est à l'imitation de ce qui s'était fait en France que l'on vit s'établir les écoles vétérinaires de Copenhague, de Londres, de Madrid, de Vienne, de Berlin, de Dresde, de Prague, de Munich, etc.

Dans l'antiquité, l'art vétérinaire avait été abandonné aux esclaves et au berger le plus ignorant de la ferme. Au moyen âge, on commença à ferrer les pieds des chevaux, et les maréchaux-ferrants devinrent les médecins de ces utiles animaux. Longtemps en France, ces deux professions furent confondues et rangées parmi les arts mécaniques.

Claude Bourgelat releva ou, pour mieux dire, créa la médecine vétérinaire. Il fut secondé dans l'accomplissement de cette œuvre par Lafosse père, simple maréchal, qui, sans maître et à force de réflexion et de persévérance, parvint à une juste renommée, et par Lafosse fils, qui avait étudié la médecine et la chirurgie.

Claude Bourgelat fut appelé à la direction de l'école d'Alfort et entouré des plus savants professeurs. Broussenet et Daubenton y enseignèrent l'agriculture et l'économie rurale; Vicq-d'Azir, l'anatomie comparée; Fourcroy, la chimie. Un peintre de réputation fut chargé d'enseigner l'art de représenter fidèlement les animaux.

Claude Bourgelat mourut le 3 janvier 1779 à l'âge de soixante-sept ans. En 1780, son buste fut placé dans la salle des concours de l'école d'Alfort, avec cette inscription : ARTIS VETERINARIÆ MAGISTER (*maître en l'art vétérinaire*), et cette autre : CLAUDII BOURGELAT EQUITI OB INSTITUTAM ARTEM VETERINARIAM DISCIPULI MEMORES ANNUENTE REGE POSUERE ANNO M DCC LXXX (*l'an mil sept cent quatre-vingts, avec l'agrément du roi, les élèves ont érigé ce buste à la mémoire de Claude Bourgelat, écuyer, instituteur des écoles vétérinaires*).

M. J. Reynal, directeur actuel de l'école, et à qui l'on doit un remarquable *Traité de la police sanitaire des animaux domestiques*, a pris récemment l'initiative d'une souscription publique dans le but d'élever une statue dans la cour d'honneur de l'école d'Alfort à Claude Bourgelat, fondateur des écoles et de l'enseignement vétérinaires. L'administration des beaux-arts a fait don au comité formé par M. J. Reynal, du bloc de marbre dans lequel cette statue sera taillée.

A Claude Bourgelat succéda Chabert, son élève, homme éminent sorti de l'obscurité de la forge, dépourvu d'instruction théorique, mais doué d'une remarquable intelligence. Depuis l'époque de sa fondation, l'école d'Alfort n'a cessé de recevoir des agrandissements et des améliorations. Elle a acquis dès les premiers temps et conservé une suprématie marquée, grâce à la grande étendue et à la grande variété de l'enseignement qui y est donné.

II.

L'école vétérinaire d'Alfort a été réorganisée après la guerre. La réorganisation a été confiée au directeur actuel. Il a été ajouté à l'enseignement un cours d'équitation et de conduite des chevaux; un manége a été construit à cet effet sur les vastes terrains qui sont enclos dans les murs de l'école; une porcherie modèle, une vacherie, une bergerie, une laiterie et une fromagerie ont été installées.

Ces nouveaux établissements ne laissent rien à désirer sous le rapport de la salubrité, de l'appropriation et des heureux résultats qu'ils produisent pour l'instruction des élèves. Il faut compter encore au nombre des adjonctions nouvelles celles d'une station d'étalons et d'un troupeau de 300 têtes de bétail. Enfin la ferme de la Faisanderie, située à Vincennes, a été annexée à l'école d'Alfort. Le mode de culture qui y sera suivi apprendra aux élèves à connaître les conditions culturales des plantes alimentaires.

C'est une erreur assez commune de croire que l'art vétérinaire ne s'occupe et ne doit s'occuper que des animaux domestiques à l'état de maladie. Il y a dans cet art une partie agricole qu'il ne faut point négliger, et les créations récentes que nous venons d'énumérer sont la meilleure et la plus éloquente démonstration de cette vérité.

Plusieurs corps de bâtiments répartis sur une vaste étendue de terrain renferment les salles de cours et d'études, les amphithéâtres, les laboratoire de physique, de chimie et de pharmacie, les *hôpitaux* ou compartiments élevés et parfaitement aérés dans lesquels on reçoit et l'on soigne, moyennant rétribution, les animaux confiés à l'école par le public.

Le jardin botanique est un des plus beaux de l'Europe. L'école d'Alfort possède depuis fort longtemps des collections précieuses qui se sont enrichies des dons de plusieurs professeurs. En 1872, un cabinet d'histoire naturelle a été créé par les soins du directeur actuel ; il renferme déjà quatre cents oiseaux, des squelettes de poissons, des minéraux, divers spécimens d'os fossiles, etc.

La bibliothèque, logée encore dans de vieux bâtiments, que l'exécution des plans d'achèvement de l'école doit faire disparaître, contient dix mille volumes. On y remarque un certain nombre d'éditions curieuses, parmi lesquelles nous citerons : Aristote, *Œuvres complètes*, édition de 1639, traduites du grec en latin, par Guillaume de Val ; Aldrovande, *Œuvres*, 1638 ; Pluche, *Spectacle de la nature*, 1737 ; *Opuscules botaniques*, livre très-vieux qui faisait partie de la bibliothèque du couvent de Saint-Germain en 1708 ; Botius de Bost, *Histoire naturelle des pierres précieuses*, ouvrage en latin très-estimé. Liége 1636 ; Théophraste, *Histoire des plantes*, en dix livres, grec-latin, Amsterdam, 1644 ; Cuvier, *Recherches sur les ossements fossiles*, 7 volumes ; Caton, Varron, Palladius, *les Livres sur l'agriculture*, 1543 ; Olivier de Serres, *Théâtre d'agriculture*, Genève, 1651 ; *Annales de l'agriculture française*, depuis la fondation de ce journal, en 1791 ; Vicq-d'Azyr, *Œuvres complètes*,

1805; Mascagny, *Vasa lymphatica*, 1787, de la Brève, *Préceptes de cavalerie française*, Paris, 1608; Ruini, *Anatomie du cheval*, ouvrage très-rare, Venise, 1618; Ruellius, *De la médecine vétérinaire*, ouvrage en latin, fort rare et fort estimé, Paris, 1530; Helvétius, manuscrit sur les maladies épidémiques, in-folio de 1776; Rusius Laurentius, *Hippiatrie, ou la Maréchalerie*, Paris, 1531; de Pavari, l'*Écurie*, ouvrage écrit en français, imprimé à Lyon en 1581, très-rare; Carracciolo, *la Gloire du cheval*, ouvrage italien, publié à Venise en 1589; Bacon, *Œuvres complètes*, 1638; Xénophon, *Œuvres*, grec-latin, 1581; Agrippa, *Œuvres de philosophie occulte*, en latin, Lyon 1531.

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

19. Bourgeois. De l'apomorphine. Recherches cliniques sur un nouvel émétique.
20. Sergeant. Des palpitations artérielles idiopatiques de l'abdomen.
21. Chabenat. De la mort subite par embolie pulmonaire dans les varices enflammées.
22. Audigé. Recherches expérimentales sur les spasmes des voies biliaires, à propos du traitement de la colique hépatique et sur l'ictère mécanique.
23. Berry. Étude historique et critique sur le mode de production du pus dans l'inflammation, depuis l'année 1867.
24. Renault. Essai sur l'influence de l'alcoolisme dans le développement de plusieurs groupes d'affections cutanées.
25. Lissonde. Du chlorate hydraté. Étude chimique physiologique et thérapeutique.
26. Villegente. Du mode de formation des kystes spermatiques.
27. Goglioso. Histoire du lympho-sarcome vrai.
28. Wickersheimer. Quelques considérations sur quelques cas de troubles visuels chez les diabétiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Riant est nommé officier de l'instruction publique.

— M. le docteur Langlebert est nommé officier de l'Académie.

— M. le docteur Gelly est nommé médecin adjoint du lycée de Bar-le-Duc.

— M. le docteur Bruel est nommé médecin adjoint du lycée de Moulins, en remplacement de M. le docteur Lejeune, appelé à d'autres fonctions.

— *École de pharmacie de Paris.* — Le directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris est autorisé à accepter, au nom de l'État, aux clauses et conditions énoncées par le testateur, le legs fait à ladite école par M. Laroze, suivant son testament en date du 20 avril 1868, et consistant en une somme de 10,000 francs destinée à la fondation d'un prix annuel en faveur du meilleur mémoire sur l'analyse qualificative et quantitative, pour tâcher de prévenir les erreurs dans les rapports ou analyses chimiques.

— *École de médecine d'Angers.* — M. le docteur Bahuaud, professeur titulaire de chimie appliquée, est nommé professeur titulaire de thérapeutique (chaire nouvelle).

— *École de médecine de Bordeaux.*—MM. Demons et Dudon, docteurs en médecine, sont nommés professeurs suppléants des chaires de chirurgie et d'accouchement.

MM. Belot (Jean), Testut (Paul) et Troquart (Jean-Baptiste) sont nommés aides d'anatomie.

M. Boursier (André) est nommé préparateur du cours de physiologie.

M. Tourron (Georges) est nommé preparateur du cours d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Nantes.*— M. Audouard, élève en pharmacie, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Ordonneau, démissionnaire.

— Aujourd'hui mardi 24 février 1874, à midi très-précis, aura lieu en la chapelle du cimetière du Père-Lachaise, une messe de bout de l'an, pour le repos de l'âme de notre très-regretté confrère le docteur Marchal de Calvi.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Dareste, chargé du cours de zoologie (reptiles et poissons), ouvrira ce cours le mardi, 24 février 1874, à une heure, dans les galeries de zoologie, et le continuera à la même heure les jeudis, samedis et mardis suivants.

— Clientèle médicale à céder pour cause de santé. S'adresser à Mme Dénau, rue de Douai, 14, de midi à trois heures.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 24. — JEUDI 26 FÉVRIER 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 26 FÉVRIER 1874. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Comme d'ordinaire à l'approche de la séance publique annuelle, on s'endort à l'Académie.

Rien à l'ordre du jour, si ce n'est un mémoire de chimie animale, dont les données nouvelles seront à vérifier expérimentalement. Rien qui doive nous arrêter dans la discussion incidente qui a suivi cette lecture.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SÉE.

Leçons dogmatiques sur les hydropisies (1)

(Recueillies par M. le docteur A. BROCHIN)

Les auteurs, pour la plupart, établissent tout d'abord une grande division parmi les hydropisies; ils distinguent :

1° *Les hydropisies par lésion des solides ;*

2° *Les hydropisies par lésion des liquides.*

Cette dichotomie n'est plus admissible; en effet, l'expérience a démontré que jamais les altérations des liquides ne pouvaient seules être invoquées en tant qu'hydropigènes ; une lésion matérielle ou fonctionnelle des solides est indispensable pour qu'il se forme une hydropisie, et les liquides, quand ils interviennent dans la production d'une hydropisie, n'ont jamais qu'un rôle passif ou un rôle physique.

Ceci étant bien établi, voyons maintenant quelles sont les causes des hydropisies.

C'est tout d'abord dans les vaisseaux et particulièrement dans les veines qu'il faut chercher l'une des causes les plus fréquentes de l'hydropisie. Vous savez en effet que celle-ci se produit toutes les fois qu'un obstacle vient s'opposer au cours du sang veineux. Après les veines vient le cœur, dont les affections entraînent si souvent avec elles la formation d'hydropisies. Nous pouvons donc tout de suite admettre un premier groupe d'hydropisies que nous continuerons à appeler : *hydropisies par lésions des solides* (lésions des veines, lésions du cœur).

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 février 1874.

On voit, dit-on, les hydropisies se produire aussi dans le cours d'affections de l'appareil respiratoire, de l'appareil artériel et de l'appareil lymphatique; mais l'influence des affections de ces appareils sauf peut être du poumon sur la formation des hydropisies n'a pas encore été déterminée d'une façon précise.

Vous pouvez donc, dès à présent, déduire de ce qui précède cette conclusion pratique : qu'en face d'une hydropisie vous devrez tout d'abord chercher une lésion des veines ou du cœur. En l'absence de toute lésion veineuse ou cardiaque, vous pourrez alors interroger les liquides et vous demander jusqu'à quel point leurs altérations pourraient être invoquées pour expliquer la production de l'hydropisie.

L'*hypo-albuminose du sang*, après les causes dont nous venons de parler, est incontestablement l'une des conditions qui, *jointes à la moindre cause mécanique*, déterminent le plus souvent une hydropisie. On conçoit en effet que le sang ayant perdu une quantité notable de ses éléments albumineux filtre avec la plus grande facilité à travers les parois des vaisseaux; l'albumine étant, comme on sait, une substance colloïde qui s'oppose à la filtration du sang, celui-ci, dépourvu de son albumine, passe dans la catégorie des liquides qu'on a appelés *cristalloïdes*. Les hydropisies ainsi produites ont été désignées à tort sous le nom d'*hydropisies chimiques ;* ce sont là, en effet, des hydropisies *physiques* ou mieux encore *exosmotiques*.

Presque tous les auteurs considèrent l'hydrémie, la chlorose, l'anémie comme des causes très-fréquentes de l'hydropisie. Seul, M. Andral a écrit que *jamais l'anémie ne produit l'hydropisie*. En effet, l'anémie simple, ou aglobulie, ou hydrémie, est absolument incapable, de donner lieu à l'hydropisie. Bien des hydropisies sont attribuées à l'anémie, qui sont dues à un cancer de l'estomac, par exemple, dont on ne soupçonne pas la présence. Je pourrais, messieurs, vous en citer un grand nombre d'exemples, mais il me suffira de vous rappeler le plus triste d'entre tous, celui de Trousseau, qui, du jour où il a vu s'enfler ses membres inférieurs a prononcé sa propre condamnation, en disant : « C'est du cancer. » Donc en règle générale : chaque fois que vous constaterez une hydropisie chez un hydrémique, vous en chercherez la cause ailleurs que dans l'hydrémie elle-même.

Une erreur non moins grave consiste à croire, comme le faisait Becquerel, qu'il n'y a pas d'hydropisie sans albuminurie coexistante ou préalable. Dans les cas, en effet, où l'on ne constatait pas la moindre trace d'albumine dans les urines au moment où se manifestait l'hydropisie, Becquerel soutenait que l'albuminurie n'en avait pas moins existé, ne fût-ce qu'un jour. C'est ainsi qu'il rapporte onze observations d'hydropisies aiguës

sans albuminurie constatée, mais dans lesquelles, suivant lui, celle-ci avait eu lieu préalablement et était passée inaperçue.

Enfin il est une troisième catégorie dans laquelle la plupart des auteurs rangent toutes les hydropisies qui ne peuvent être rattachées à une lésion des solides ou à une lésion des liquides : je veux parler des hydropisies dites *essentielles*. Vous savez que toutes les fois qu'on ignore ce qu'est une maladie on la dit essentielle. Et même établit-on des sous-divisions et admet-on des hydropisies essentielles *actives* et *passives*, les premières s'accompagnant de phénomènes inflammatoires.

Quoi qu'il en soit, il n'en faut pas moins reconnaître qu'il y a des hydropisies qui ne sont le fait ni d'une affection des veines, ni d'une affection du cœur, ni d'une hypo-albuminose jointe à une cause physique ; en d'autres termes, il n'y a pas que des hydropisies *mécaniques* et *exosmotiques*. On doit admettre une troisième catégorie d'hydropisies que j'appellerai volontiers *nervo-vasculaires*, et dans lesquelles il s'agit d'un simple trouble fonctionnel dans les vaisseaux.

Parmi ces hydropisies existe un premier groupe formé par celles qui sont dues au froid et que, pour cette raison, on a appelées *a frigore*. Le froid, en pareil cas, n'exerce seulement pas son influence sur l'hydropisie, mais aussi sur les phénomènes inflammatoires qui parfois l'accompagnent (hydropisies essentielles actives des auteurs).

Un second groupe d'hydropisies vasculaires est constitué par l'hydropisie *scarlatineuse*. Celle-ci nous offre un intérêt particulier, parce qu'elle s'accompagne presque toujours d'albuminurie ; elle s'en accompagne, mais n'en dépend pas exclusivement. C'est généralement du douzième au vingt-cinquième jour qu'apparaît l'hydropisie dans la scarlatine, c'est à la même époque que la peau se desquamme.

(*A suivre.*)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

De l'uréthroplastie par la suture à étages (1)

par M. Delore

Ce travail a pour but de proposer un nouveau procédé pour la cure des fistules urinaires situées sur le pénis. Le succès dans cette région est difficile à obtenir à cause de la position superficielle du canal et de la brièveté du trajet fistuleux qui en est la conséquence ; aussi les procédés opératoires sont nombreux, et les chirurgiens ont cherché par une foule de moyens ingénieux à triompher des difficultés inhérentes à l'uréthroplastie pénienne.

Les auteurs des procédés divers me paraissent avoir cherché à remplir deux indications principales :

La première, c'est l'adossement de grandes surfaces.

La seconde est l'absence de l'urine en contact de la suture.

Je vais jeter un coup d'œil sur les procédés principaux de cette double catégorie.

1° Adossement de grandes surfaces avivées. — Cette idée remonte à Dieffenbach, qui l'exécuta incomplétement ; il disséquait de grands lambeaux, les mobilisait autant que possible, et les affrontait par la suture entortillée.

Bech, en 1841, appliqua deux lambeaux superposés disposés de telle sorte que le profond regardait le canal, et il était appliqué par sa face saignante contre le lambeau superficiel. J'ai employé avec succès ce procédé dans un cas d'hypospadias.

Legros Clark, en 1845, affronta les surfaces au moyen de deux plaques de cuir appliquées sur la face cutanée de ses lambeaux et pourvues de quelques points de suture.

Reybard eut l'idée de presser les deux lambeaux entre deux plaques métalliques hérissées de pointes et analogues aux peignes des cardeurs de laine. Son opération, à laquelle j'assistais, ne fut pas suivie de succès.

Mais ce fut surtout à l'époque où Marion Sims et Bozeman apportèrent en France leur procédés opératoires de la fistule vésico-vaginale que l'adossement de grandes surfaces avivées s'impose à l'esprit des chirurgiens comme condition essentielle de succès, et le procédé que je décrirai dans un instant n'est qu'une modification opératoire de cette idée mère qui nous vint d'Amérique.

Je ne veux pas dire qu'avant cette époque, on n'eût pas donné le précepte de tailler de grands lambeaux autoplastiques. A. Cooper (*Œuvres chirurgicales*, 1823) avait proposé de chercher un lambeau sur les parties voisines du pénis, du scrotum, de l'anus, ou même de la partie interne des cuisses, mais il n'apportait qu'un lambeau unique pour recouvrir une surface avivée.

2° L'absence de l'urine, au contact de la suture, est la seconde indication importante ; on a cherché à la remplir par plusieurs procédés dont voici les principaux :

En 1834, Alliot imagina la suture en tiroir qu'il obtenait au moyen d'un lambeau quadrilatéral qu'il faisait glisser et fixait à une certaine distance.

Gaillard, de Poitiers, exagère ce procédé en enlevant tout le segment du fourreau situé au niveau de la fistule.

Arlaud, de Rochefort (Société de chirurgie, 1857) taille deux lambeaux, avive une partie de la face externe du lambeau postérieur et la suture à la face profonde de l'extérieur.

La boutonnière périnéale est encore destinée à atteindre le même but, et c'est le moyen le plus radical. Imaginée par Dieffenbach, Vignerie, Ségalas, elle fut employée pour la première fois par Ricord, et ne paraît pas avoir donné des résultats satisfaisants. Dans une des observations que je cite à la fin de ce mémoire, on verra quels peuvent en être les inconvénients.

Enfin il est un dernier moyen auquel, malgré de justes reproches, on a constamment recours ; je veux parler de la sonde à demeure.

Après l'exposé de ces derniers procédés, je vais faire quelques considérations critiques.

Et, d'abord, est-il vraiment utile pour le succès d'une uréthroplastie que la suture soit loin de l'orifice ? Je ne le crois en aucune façon, et je pense que tous les procédés imaginés dans ce but reposent sur une fausse appréciation des faits.

Si les fistules ont guéri, c'est parce qu'on leur a adossé de grandes surfaces avivées, et non point par l'absence de l'urine ; l'expérience le démontre. En effet, après une opération, si l'urine s'infiltre, elle imbibe toute la verge, et mouille aussi bien les lambeaux à distance que ceux placés en face de la fistule. L'important est donc d'avoir de grandes surfaces et de les maintenir exactement appliquées.

Il est incontestable, et tout le monde est d'accord à ce sujet, que la présence d'une sonde à demeure est le moyen le plus rationnel, le plus simple, et par conséquent le meilleur d'empêcher l'infiltration urinaire. Mais il faut pour cela deux choses : la première, que la sonde soit bien tolérée ; la seconde, qu'elle fonctionne bien.

Pour qu'une sonde soit bien tolérée, il est de toute nécessité d'y habituer le patient quelque temps avant l'opération ; on peut réussir sans cette précaution, mais ne pas l'employer me semble une imprudence.

En second lieu, il faut que la sonde fonctionne bien, qu'elle ne s'oblitère pas à chaque instant, et que l'urine ne soit pas forcée de se frayer un chemin entre elle et les parois uréthrales, car alors elle est plus nuisible qu'utile et présente des inconvénients qui l'ont fait rejeter par plusieurs chirurgiens.

D'autre part, sortir une sonde et l'introduire de nouveau suivant les besoins de la miction, présente des difficultés parfois sérieuses ; la route est souvent difficile à retrouver au milieu des tissus phlogosés, et l'on s'expose à exercer sur la suture des tiraillements préjudiciables.

J'ai cherché à prévenir ces accidents en employant une sonde à demeure avec des précautions que je vais indiquer après avoir décrit la suture.

Description du procédé. — Après avivement, dans une certaine étendue de toute la surface qui entoure l'orifice fistuleux, je taille et

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 4 février 1874.

dissèque deux lambeaux aussi grands et aussi bien nourris que possible, je les mobilise de façon que leur face profonde soit adossée sur une hauteur de 3 centimètres environ et que la base du bord adhérent soit amenée par glissement au niveau de l'orifice fistuleux. Supposons ces lambeaux l'un à droite, l'autre à gauche; je traverse le milieu du lambeau de gauche, de gauche à droite, avec une aiguille munie d'un fil métallique: elle ressort au niveau de la fistule, pénètre le lambeau droit qu'elle traverse une première fois, puis le traverse une seconde fois à 2 millimètres de distance de son point d'émergence, de droite à gauche, et traverse de la même façon le lambeau gauche. Les lambeaux sont ensuite rapprochés et les deux bouts de fil tordus l'un sur l'autre.

Une rangée de fils métalliques est ainsi disposée à la base des lambeaux. C'est la première rangée ou rangée profonde.

On dispose, de la même manière, une deuxième rangée ou rangée moyenne au milieu de la hauteur des lambeaux, de sorte que les anses distantes de 5 millimètres les unes des autres soient au niveau des espaces vides de la première rangée.

Les bords des lambeaux sont ensuite suturés par une troisième rangée ou rangée superficielle. Chaque rangée contient de trois à six anses métalliques.

Ce mode de suture présente les avantages que voici : suivant les cas, la mobilité et l'étendue des parties molles, on peut varier la forme et la grandeur des lambeaux, les prendre en avant et en arrière, ou à droite et à gauche et jusque sur les organes voisins comme le faisait A. Cooper. La peau des bourses surtout m'a toujours donné de bons résultats, soit à cause de sa mobilité, soit parce qu'il est possible de l'entraîner avec une certaine épaisseur de tissu conjonctif.

Avec les anses métalliques, ainsi disposées, qui s'adaptent à toute espèce de forme et d'épaisseur, on peut maintenir affrontés devant la fistule des lambeaux amenés de loin et de grande dimension, et avec tant d'exactitude que l'urine ne peut s'infiltrer entre eux. En outre, ces anses ténues ne s'opposent nullement à la circulation et à la vitalité des tissus, et je n'ai jamais observé, après mes opérations, de points gangréneux.

La seconde modification, que je désire signaler, est destinée à faciliter le séjour et le fonctionnement de la sonde à demeure. Dans le but de prévenir les accidents dont elle est souvent cause, j'emploie de préférence une sonde d'argent d'un calibre aussi gros que le permet le canal. Je lui donne une double courbure en S comme celle des sondes anciennes, forme adoptée par Bozeman pour les fistules vésico-vaginales, et je la fais adapter exactement à la forme du canal. Mais la précaution la plus importante est de la débarrasser plusieurs fois par jour des mucosités qui l'obstruent en exerçant une forte aspiration. Voici de quelle façon :

Au moyen d'une pompe aspirante, le vide est fait dans une grande bouteille de la contenance de 5 à 6 litres, munie d'un robinet et d'un tube de caoutchouc. Quatre ou cinq fois par jour ce tube est adapté à la sonde à demeure par le malade lui-même ou par un infirmier : le robinet est ouvert et l'urine, fortement aspirée, débarrasse complétement la sonde. Chez les enfants le séjour de la sonde nécessairement d'un petit calibre présente de grandes difficultés : eh bien, grâce à ce moyen, j'ai pu laisser une sonde treize jours, et c'est à cela que j'attribue la guérison.

Après l'opération et l'introduction de la sonde, je procède au pansement.

Il consiste à imbriquer des bandelettes de diachylum régulièrement les unes sur les autres, de telle façon que les lambeaux soient immobilisés et légèrement comprimés, que la sonde soit solidement fixée à la verge et que l'urine ne puisse mouiller la suture.

En outre, j'adapte au pavillon de la sonde un poids léger pour l'empêcher de se relever ; avec ces précautions, j'ai toujours évité les déplacements de la sonde et l'infiltration de l'urine le long de son trajet.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 février 1874. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport général sur les eaux minérales d'Allevard pour l'année 1872 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre du docteur Sandras, sur l'alimentation des nouveau-nés par le lait de vache donné au moment de la traite (commission de l'hygiène de l'enfance);

2° Un mémoire de M. le professeur Fleury, de Bordeaux, sur l'*inégalité dynamique des hémisphères cérébraux* (commissaires : MM. Baillarger, Gavarret, Broca);

3° Deux mémoires pour le prix Capuron;

4° Une lettre de M. Personne établissant, d'une part, que les travaux de MM. Hirn et Dujardin-Baumetz lui étaient inconnus lorsqu'il commença ses recherches, au mois de septembre dernier; d'une autre part, que ces recherches ont été faites surtout au point de vue chimique et dans le but de déterminer la combinaison du chloral avec les matières albuminoïdes, ce qui constitue sa découverte, tandis que MM. Hirn et Dujardin-Baumetz s'étaient placés au point de vue médical. Ils voulaient seulement établir que le chloral pouvait être un heureux modificateur des tissus vivants.

M. Wurtz présente, au nom de M. Armand Gautier, le premier volume d'un ouvrage intitulé *Chimie appliquée* à la physiologie, à la pathologie et à l'hygiène.

M. Depaul présente : 1° de la part de M. le docteur Baudon, un mémoire sur l'*ovotomie abdominale ou opération césarienne ;*

2° De la part de M. le docteur Martel, une thèse inaugurale *sur la mort apparente chez le nouveau-né.*

M. Larrey offre en hommage, de la part de M. le docteur Morache, l'article *Service de santé militaire,* extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

LECTURE

Sur le rôle du phosphore et des phosphates dans la putréfaction. — M. Jules Lefort commence par rappeler qu'en 1864 M. Collas, pharmacien à Paris, a montré l'influence du phosphate de chaux gélatineux sur la putréfaction de la colle de poisson ; ce même chimiste a découvert, en outre, que la viande fraîche de bœuf hachée avec un peu de phosphate de chaux était entrée en putréfaction après trente heures, alors qu'une autre portion de la même viande non mélangée de ce sel n'avait subi la putréfaction que le septième jour : d'où il conclut avec M. Pasteur que si le phosphate de chaux active la putréfaction, c'est qu'il contient un des éléments nécessaires au développement des sporules du ferment spécial.

M. Lefort a vérifié expérimentalement l'exactitude de la théorie de M. Collas ; il a constaté que les substances animales les plus putrescibles étaient précisément les plus riches en phosphore, telles que les chairs de poisson et celles de porc. Là les infections purulentes se produisent très facilement dans les affections de la moelle des os; ainsi que l'a noté M. Gosselin. C'est, dit M. Lefort, *parce que la partie centrale de l'os, moins dense et plus facilement attaquable que le périoste et plus sèche en substance organique, cède plus aisément du phosphate de chaux au ferment.*

L'auteur a recherché quelle est la nature réelle du principe qui donne aux matières animales putréfiées, soit l'odeur alliacée, soit la phosphorescence.

Il a trouvé que ce n'était point un hydrogène phosphoré, comme on l'avait jusqu'alors prétendu, mais un phosphore de soufre qui se produit par le mécanisme suivant :

« Aussitôt que les éléments de la fibrine et du protagon se dissocient et que le soufre et le phosphore, jusque-là à l'état de pénétration intime et comme enlacés l'un dans l'autre, se revivifient, ainsi

qu'on le disait jadis, leur combinaison s'effectue ; de là l'odeur qui se communique aux produits putréfiés. Mais comme ce phosphure de soufre est très-instable et se décompose avec émission de lumière dès qu'il reçoit le contact de l'air et de l'eau, en se convertissant en acide sulfhydrique et en acide phosphorique, c'est dans cette condition que la phosphorescence, dont l'existence est toujours d'une courte durée et qui est aussi très-faible, se fait remarquer. » La phosphorescence animale n'a lieu que dans les premiers temps de la fermentation putride, et tout le phosphore du protagon n'est pas épuisé par sa transformation en phosphure de soufre, puis en acide phosphorique. Le phosphure de soufre est un poison violent, mais M. Lefort ne prétend pas expliquer par lui les accidents de la septicémie « sans mettre, ajoute-t-il, le phosphure de soufre sur le même rang que la sepsine, ce poison aussi subtil que problématique, du moins jusqu'à présent, il ne serait pas impossible qu'en raison même de ses propriétés éminemment toxiques, il fût la cause des accidents qu'occasionne parfois l'ingestion de certains aliments conservés et plus ou moins altérés par un commencement de putréfaction, tels que poissons salés, viande de charcuterie, et en particulier, boudin, saucisse, fromage d'Italie, etc. » Une fois oxygéné, à l'état d'acide phosphorique ou de phosphate, le phosphore ne peut plus se désoxygéner sous l'influence de la fermentation, et se combiner au soufre, mais il influe alors sur la fermentation en facilitant la multiplication des germes du ferment. Les eaux phosphatées ne doivent donc pas être employées pour le lavage des plaies, on doit leur préférer l'eau distillée ou l'eau de pluie.

En terminant, M. Lefort s'élève contre l'opinion qui attribue les apparitions lumineuses ou feux follets à de l'hydrogène phosphoré produits par la putréfaction ; sauf dans certains cas très-exceptionnels, il les explique par la présence d'insectes lumineux, lucioles, etc.

DISCUSSION

M. GOBLEY. Je dois, à propos du mémoire de M. Lefort, rappeler quelques faits établis par moi depuis longtemps. D'abord, le soufre, dans l'économie, se trouve surtout en combinaison avec les substances albuminoïdes, tandis que le phosphore est un des éléments constitutifs d'une substance que j'ai isolée et nomme la lécithine. Quant au *protagon*, que Libreich croyait avoir découvert, ce n'est pas un corps défini, mais un corps complexe formé de cérébrine, de lécithine, etc. La cérébrine et la lécithine se trouvent dans l'œuf, dans le sang, dans la bile, un peu partout. Sous certaines influences, cette lécithine se dédouble en acides margarique, oléique et phosphoglycérique.

M. LEFORT. Je n'ai pas oublié les travaux de M. Gobley, et je sais qu'il a démontré que, dans l'œuf, c'est le jaune qui contient le phosphore et le blanc qui contient le soufre.

M. GOBLEY. Oui, c'est le jaune qui contient le phosphore, mais ce n'est pas l'huile d'œuf ; lorsqu'on filtre l'huile d'œuf, une matière molle, mucilagineuse, la lécithine phosphorée, reste sur le filtre.

Dans le cerveau, on trouve associées à la lécithine deux sortes d'albumine, l'une soluble, l'autre insoluble.

M. COLLIN. Puisque M. Lefort admet la théorie de M. Pasteur sur la nécessité d'un ferment pour la putréfaction, je lui demanderai comment il peut expliquer la putréfaction d'organes contenus dans des cavités closes, par exemple de l'encéphale des animaux.

M. LEFORT. Je ne voudrais pas me prononcer entre les deux théories en présence sur l'origine des ferments ; j'ai pourtant plus de tendance à croire à celle de l'hétérogénie qu'à celle de la panspermie.

Ainsi je ne serais pas étonné que le ferment se développât sur place.

M. CHAUFFARD. Sans recourir à cette supposition, on comprend très-bien comment des germes venus du dehors peuvent être portés jusque dans le cerveau par l'intermédiaire des vaisseaux de cet organe.

M. COLLIN. Après la mort, il n'y a plus de circulation, et les vaisseaux sont obstrués par des caillots.

M. CHAUFFARD. D'ailleurs, je n'ai jamais vu que la substance cérébrale se putréfiât si vite : elle se ramollit, devient diffluente, mais ce n'est pas une putréfaction.

M. GUBLER. Il est très-vrai que la véritable putréfaction ne s'empare pas du cerveau comme des parties exposées à l'air. La gangrène cérébrale sans putréfaction est un fait fréquent, qui se produit sous des influences diverses. C'est ce qu'on a nommé le ramollissement blanc.

M. COLLIN. M. Gubler confond ici deux choses : la mortification et la gangrène.

M. GUBLER. Tout au contraire, je les distingue.

M. COLLIN. Non, la véritable gangrène n'est pas seulement une mortification, une nécrose. La gangrène proprement dite s'accompagne de putréfaction ; la mortification, non-seulement du cerveau, mais de plusieurs autres organes, peut très-bien avoir lieu sans putréfaction.

Ainsi, après la mort, les organes ne se putréfient qu'au bout d'un certain temps, et ils ressemblent seulement alors aux organes qui se gangrènent, mais ils sont mortifiés tout de suite.

M. GUBLER. J'ai parfaitement distingué de la putréfaction, la mort, la sphacèle et la gangrène, ce qui est une même chose. Les anciens nommait *putridité*, c'est-à-dire réduction en poudre ou en poussière, ce qui se passe alors ; ce mot bien que ressemblant à celui de *putréfaction* est d'origine toute différente et possède un tout autre sens.

Puisque M. Collin insiste, j'irai plus loin. Les spores du ferment putride peuvent parfaitement pénétrer par le même mécanisme qui préside à la diffusion des gaz et des liquides à travers les parois des artères.

M. COLLIN. La diffusion n'est pas possible quand il s'agit de corps solides, et les sporules du ferment des corpuscules organisés sont des corps solides.

M. GUBLER. Leur diffusion est si bien possible que toute la théorie de la suppuration, telle que l'admet M. Vulpian, est bâtie sur la diapédèse des corpuscules blancs et rouges à travers les parois des vaisseaux.

M. COLLIN. Il n'y a rien de moins prouvé que cette diapédèse des corpuscules sanguins.

M. CHAUFFARD. Il n'est pas nécessaire d'admettre cette diapédèse : il suffit que les vaisseaux sanguins, pourrissant avec les membranes intestinales, par exemple, ouverts par cette putréfaction, donnent passage aux sporules du ferment.

M. COLLIN. Et quand on a enlevé les intestins ?

M. CHAUFFARD. Alors leurs vaisseaux sont ouverts.

La séance est levée à cinq heures moins le quart.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 janvier. — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

INSTALLATION DU BUREAU

M. TRÉLAT, président sortant, avant de quitter le fauteuil, remercie ses collègues pour la bienveillance avec laquelle ils lui ont facilité l'exercice de ses fonctions, et fait des vœux pour la prospérité de la société, à laquelle il s'engage à travailler le plus longtemps possible.

M. PERRIN, président élu, prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues,

Depuis que je fais partie de la Société de chirurgie, vous m'avez toujours entouré de la plus grande bienveillance.

Vous avez voulu y mettre le comble en m'appelant à l'honneur de diriger vos travaux.

Je suis d'autant plus flatté de cette marque de distinction que je sens vivement qu'une société prospère et haut placée comme la vôtre projette son éclat sur son président.

Pour répondre dignement à votre choix, je me propose de mettre toute mon activité, tout mon zèle et toute mon assiduité au service de la société.

Je ferai aussi tous mes efforts pour soutenir l'intérêt scientifique de nos séances et pour les rendre de plus en plus utiles et fécondes.

A ce sujet, je crois devoir vous soumettre une proposition qui m'est inspirée par les remarques que j'ai faites depuis bientôt quinze ans que je viens assidûment m'instruire dans cette assemblée.

Grâce à la juste confiance que vous avez su inspirer au dehors, ainsi qu'au zèle infatigable de beaucoup de nos collègues, le mouvement scientifique de la Société de chirurgie prend de plus en plus d'importance, et nous voyons toutes les grandes questions de la chirurgie contemporaine figurer successivement à l'ordre du jour de nos travaux. Il en résulte que nous avons beaucoup à faire et que nous aurons, il faut bien l'espérer, de plus en plus à faire.

Cette situation nous impose l'obligation de rechercher sans cesse le meilleur emploi de notre temps.

Jusqu'alors, notre ordre de jour n'a été ni préparé, ni connu à l'avance. Il se constitue pendant la séance même, au fur et à mesure des inscriptions. Il en résulte, par la force des choses, que le travail est réparti très-inégalement, que certaines séances sont trop chargées et d'autres pas assez ou pas du tout. Il en résulte aussi que les discussions s'engagent le plus souvent sans préparation préalable, à l'aide de souvenirs plus ou moins précis, qu'elles se poursuivent en l'absence des personnes qui auraient désiré prendre la parole, et qu'enfin, abandonnées au gré de l'improvisation, elles dégénèrent facilement en conversations particulières. Ce qui se dit de la sorte est toujours intéressant, excellent à entendre, mais manque de cohésion et absorbe beaucoup de temps.

Ce n'est pas tout : à la séance suivante, les membres qui, pour n'avoir pas été prévenus, étaient absents lors de la discussion, ceux qui n'ont pas été complets, tiennent à parler alors que le sujet paraissait épuisé, quelle que soit d'ailleurs la composition d'un ordre du jour qu'ils ne connaissent pas. Ce désir est bien naturel, car comment tenir fermée la main que l'on croit encore pleine de vérités ! Il trouve satisfaction par une voie détournée.

Le règlement autorise quelques courtes observations à propos du procès-verbal. La discussion mal close en profite pour reprendre ses ébats, malgré les observations du président; et, de cette façon, il arrive assez souvent que la meilleure partie de la séance est épuisée avant que l'on ait abordé l'ordre du jour.

Pour remédier à ces inconvénients, il serait nécessaire que l'ordre du jour fût fixé et annoncé en séance huit jours à l'avance ; mention en serait aussi faite en tête de nos procès-verbaux. De la sorte, chacun, averti à l'avance, apporterait avec plus de maturité le fruit de son expérience et de ses recherches, et nos travaux suivraient un cours plus régulier, plus magistral et moins souvent compromis par les incidents du jour. Je ne me dissimule pas qu'il faudra toujours faire la part de l'imprévu, mais il me semble qu'avec quelque soin cet imprévu deviendra l'exception, au lieu d'être la règle comme aujourd'hui.

Pour entrer dans cette voie, il suffit que chacun de vous veuille bien s'inscrire huit jours à l'avance. Qu'il s'agisse d'une communication, d'une discussion, d'un rapport, on sait généralement huit jours à l'avance à quelle époque on sera prêt. Si la proposition que j'ai l'honneur de vous soumettre, et qui est loin d'être nouvelle, vous paraît utile, pratique, je suis assuré par avance de votre bienveillant concours pour la faire vivre.

Messieurs, avant de reprendre nos travaux, je suis heureux d'avoir l'occasion de vous proposer de voter par acclamation des remercîments à chacun des membres du bureau pour l'année 1873.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : *La Gazette des Hôpitaux. — L'Union médicale. — La Gazette hebdomadaire. — La Tribune médicale. — Le Progrès médical. — La France médicale. — La Gazette obstétricale. — La Gazette de Joulin. — Le Bordeaux médical. — La Revue médicale de l'Est. — Le Lyon médical. — Le Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, t. VII, n° 11. — Les Mémoires couronnés et autres Mémoires publiés par l'Académie royale de Belgique.

La société reçoit, en outre : 1° des lettres de remercîments de MM. Duplouy, Cazin, Faucon, Mourlon, nommés membres correspondants nationaux.

2° Un travail manuscrit de M. le docteur Pamard d'Avignon, candidat au titre de membre correspondant national. Il est intitulé : *Deux observations de balles ayant séjourné pendant un temps très-long, l'une dans le sinus maxillaire, l'autre dans le scapulum* et extraites par le docteur Pamard. Commission : MM. Magitot, Després, Duplay.

3° La lettre suivante, adressée par M. Marjolin au président de la société.

21 janvier 1874.

Monsieur le président,

« La Société de protection des apprentis voulant, à l'exemple de la société de Mulhouse, vulgariser, dans les manufactures et les plus petits ateliers, tous les appareils préventifs contre les accidents de fabrique et venir par tous les moyens dont elle peut disposer en aide aux apprentis blessés pendant leurs travaux, demande aux membres de la Société de chirurgie de vouloir bien lui signaler tous les accidents de fabrique ou d'atelier.

« Par cette statistique détaillée, la société de chirurgie contribuera, pour sa part, à indiquer quels sont les appareils dangereux à modifier, et elle sera de plus très-utile aux apprentis mutilés que la société prend sous son patronage. »

« Agréez, je vous prie, monsieur le président, l'assurance de ma haute considération. » « MARJOLIN. »

COMMUNICATION

M. LE FORT communique, de la part de M. le docteur Gripouilleau, de Mont-Louis, une observation intitulée : *Extraction, par le rectum, de débris osseux d'un enfant parvenu à terme et qui ont séjourné pendant quatorze ans dans un kyste fœtal. — Guérison.* Cette observation intéressante, dont M. Le Fort donne un court résumé, mais dont l'auteur nous laisse ignorer la terminaison, sera déposée aux archives.

RAPPORTS

M. GIRAUD-TEULON lit un compte rendu succinct sur l'état de la bibliothèque; il propose de vendre ou d'échanger certaines publications que la société possède en double.

M. LARREY fait observer que la société n'est pas en droit de disposer des ouvrages qui lui ont été donnés pour être conservés dans sa bibliothèque.

M. TRÉLAT rappelle qu'un vote antérieur de la société a décidé que les propositions faites par l'archiviste seraient soumises à une commission nommée séance tenante.

M. LE PRÉSIDENT désigne, pour faire partie de cette commission, MM. Larrey, Trélat et Giraud-Teulon. *(A suivre.)*

VARIÉTÉS

L'École vétérinaire d'Alfort (1).

III.

L'enseignement est donné à l'école vétérinaire d'Alfort, dans six chaires ainsi réparties, par une décision ministérielle en date du 14 septembre 1871 : 1° *Anatomie, physiologie et extérieur des animaux domestiques* (anatomie descriptive ; anatomie générale; physiologique ; extérieur des animaux domestiques ; âge des animaux domestiques) ; les attributions du personnel de cette chaire, qui se compose d'un professeur et d'un chef de service, sont l'enseignement théorique et pratique des matières des cours, la préparation des pièces anatomiques pour la démonstration des leçons, la surveillance et la direction des exercices de dissection faits par les élèves, la surveillance, l'entretien et la conservation du matériel de la chaire.

2° *Physique, chimie et pharmacie* (physique générale appliquée à la médecine et à la physiologie ; chimie minérale et organique ; matière médicale et pharmacie ; toxicologie appli-

(1) Fin. — Voir le numéro du 21 février 1874.

quée à l'étude des empoisonnements); un professeur et un chef de service, ayant pour attributions l'enseignement théorique et pratique, la direction des exercices pratiques, tant chimiques que pharmaceutiques, la confection des médicaments pour l'usage des hôpitaux, la collection et la conservation des plantes médicinales, la conservation et la distribution des médicaments destinés aux animaux malades, l'approvisionnement de la pharmacie, etc.

3° *Zootechnie, hygiène, botanique, zoologie* (zootechnie, hygiène générale des animaux domestiques; botanique, organographie et famille; agriculture théorique et appliquée à l'élève des animaux; zoologie, comprenant les généralités de la science, et zoologie appliquée aux animaux domestiques, excepté l'histoire naturelle des animaux parasites); le personnel se compose d'un professeur, d'un chef de service et d'un chef jardinier, et a pour attributions, outre l'enseignement théorique et pratique, la direction des études pratiques des animaux exposés sur le marché de la Villette, la direction et la surveillance des herborisations, des animaux du service des cultures du parc, etc.

4° *Clinique, pathologie médicale et chirurgicale* (clinique chirurgicale et médicale; pathologie médicale, pathologie chirurgicale; anatomie pathologique spéciale); l'enseignement clinique comprend l'étude des maladies, l'interrogation des élèves, la démonstration des différentes méthodes d'observation, l'indication des prescriptions thérapeutiques, les exercices de rédaction, d'observations recueillies dans les hôpitaux, les consultations pour les animaux du dehors, les opérations chirurgicales à pratiquer et le traitement médical à faire suivre sur les animaux de l'intérieur et de l'extérieur, la direction des élèves de troisième et de quatrième année dans l'application du traitement des animaux confiés à leurs soins, les autopsies et les démonstrations qu'elles comportent, etc.

5° *Pathologie générale, manuel opératoire des maladies parasitaires* (pathologie générale; thérapeutique; manuel opératoire; maladies parasitaires et histoire naturelle des animaux parasites; ferrure théorique et pratique); les attributions du personnel de cette chaire, composé d'un professeur, d'un chef de service et d'un chef d'atelier, sont les maladies parasitaires et l'histoire naturelle des animaux parasites qui les déterminent, la démonstration devant les élèves des règles des opérations sur des sujets vivants ou morts ou par des pièces préparées, les exercices d'opérations chirurgicales faites pur les élèves sur des sujets vivants ou morts, l'exercice de la forge et de la ferrure pendant toute la durée des études médicales, etc.

6° *Police sanitaire et jurisprudence commerciale* (maladies contagieuses et législation qui leur est applicable, devoirs du vétérinaire pendant le règne d'une épizootie contagieuse, lois qui régissent le commerce des animaux; maladies dites rédhibitoires; conduite des vétérinaires dans les contestations qui s'élèvent au sujet de ces maladies; médecine légale appliquée seulement aux blessures et aux accidents divers survenus sur les animaux), le professeur chargé de l'enseignement de cette chaire est le directeur de l'école, actuellement M. Reynal.

IV.

Les trois écoles nationales vétérinaires établies à Alfort, à Lyon et à Toulouse. sont placées dans les attributions du ministère de l'agriculture et du commerce. Elles reçoivent des internes, des externes et des auditeurs libres.

On n'est admis en qualité d'interne ou d'externe dans les écoles vétérinaires, que par la voie du concours. Cependant l'examen d'admission n'est pas imposé aux bacheliers ès lettres ou ès sciences, non plus qu'aux jeunes gens qui ont obtenu le certificat d'instruction agricole délivré dans les écoles nationales d'agriculture. Le certificat de grammaire équivaut au tiers des points représentant l'ensemble des notes exprimées par le mot bon; ce nombre de points s'ajoute à ceux qu'a fournis l'examen.

Quant aux auditeurs libres, il leur suffit pour pouvoir suivre les cours, d'y être autorisés par le directeur de l'école.

Les limites d'âge pour l'admission sont fixées entre dix-sept et vingt-cinq ans, sans dispense possible.

Les candidats doivent répondre à une série de questions sur la langue française, l'arithmétique, la géométrie, la géographie et l'histoire de France. Le programme du concours est ainsi réglé pour 1874 : *langue française* : un passage d'un auteur classique écrit sous la dictée; interrogations sur l'analyse grammaticale et l'analyse logique d'une partie de cette dictée; — *arithmétique* : toute l'arithmétique, y compris les progressions et les règles d'intérêt; — *géométrie* : la géométrie plane; notions pratiques sur la mesure des solides; — *géographie, cosmographie* : géographie générale, géographie physique, politique et industrielle de l'Europe, et plus particulièrement de la France; notions de cosmographie; — *histoire de France* : narration sur un sujet relatif à l'histoire de France depuis Charles VII jusqu'à 1848.

Les épreuves sur l'arithmé ique, la géométrie, la géographie et la cosmographie, sont orales et publiques.

La durée des études est de quatre années. Il n'y a qu'un seul diplôme, dont le prix est de 100 francs.

Le prix de la pension est de 600 francs pour l'internat, de 200 francs pour l'externat. Les auditeurs libres payent d'avance 50 francs par trimestre.

Les demi-bourses ne peuvent être obtenues qu'après un minimum de six mois d'études et ne sont accordées qu'aux élèves les mieux notés dans les examens généraux semestriels. La bourse entière s'obtient dans les mêmes conditions après un nouvel intervalle de six mois au moins.

Le ministre de la guerre entretient à l'école d'Alfort quarante élèves militaires. Ces places sont accordées aux jeunes gens reçus par le jury d'examen et exclusivement aux fils de militaires.

Le nombre des élèves de l'école nationale vétérinaire d'Alfort est actuellement de 323, dont 272 internes, 46 externes et 5 auditeurs libres.

Le mouvement des hôpitaux qui, avant les événements de 1870, présentait une moyenne mensuelle de 1,200 animaux, a sensiblement diminué. Le total relevé pour le mois de décembre 1873 est de 779, qui se décomposent ainsi : *Animaux présentés à la consultation* : chevaux, 533; ânes, 5; chiens, 108; porcs, 28; divers, 8; en tout, 682. *Animaux laissés en traitement* : chevaux, 55; chiens, 40; vache, 1; en tout, 96. *Animaux de clinique* : mouton, 1. Total général, 779.

Le budget des dépenses de l'école nationale vétérinaire d'Alfort s'élève à 282,000 francs.

Les recettes effectives moyennes, pendant la période décennale 1860-1870, se sont élevées à 130,802 francs, soit pour l'ensemble, à 1,308,029 francs.

Si l'on tient compte des pensions des élèves militaires et des boursiers, il faudra ajouter à ces recettes pour mémoire 256,782 francs.

Un vétérinaire de l'école d'Alfort coûte à l'État la somme modique de 647 fr. 72 par an.

Pendant la période décennale 1860-1870, 489 élèves ont

quitté l'école d'Alfort après avoir obtenu le diplôme de vétérinaire.

L'agriculture, l'industrie, le commerce, la santé et la prospérité publiques sont éminemment intéressés au développement et au progrès des écoles vétérinaires. C'est de là que sortent les hommes qui peuvent avec succès combattre le terrible fléau des épizooties; et l'on sait assez que les épizooties, en même temps qu'elles sont la ruine de la propriété agricole, précèdent souvent de bien peu les épidémies dont l'homme est la victime.

Par cet exposé rapide de l'organisation de l'école d'Alfort et de ses travaux, on peut se convaincre qu'elle atteint pleinement le but en vue duquel elle a été créée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Écoles de médecine. — Les sessions d'examens pour la réception des officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et herboristes de 2e classe, ont lieu, dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, au moins deux fois par an : la première au mois d'*avril*, la seconde au mois de *septembre*.

Elles seront présidées, conformément à l'article 17 du décret du 22 août 1754, par un professeur de la Faculté de médecine, quand il s'agira de la réception des officiers de santé et des sages-femmes; — par un professeur de l'École supérieure de pharmacie, quand il s'agira de la réception des pharmaciens et des herboristes de 2e classe.

Dans le cas où le président désigné par le ministre ne serait pas présent au jour fixé pour l'ouverture de la session, il serait suppléé par le directeur de l'École.

Le ministre peut également, en vertu du décret du 20 juillet 1861, charger un inspecteur général de l'enseignement supérieur du soin de présider les jurys.

Conformément à l'article 37 du décret du 20 prairial an IX, dans le cas où, un mois avant l'ouverture de la session, le nombre des aspirants au grade d'officier de santé ou à celui de pharmacien de 2e classe serait inférieur à cinq, le directeur de l'École en donnera avis immédiatement au recteur et au président du jury, qui désigneraient de concert l'école la plus voisine devant laquelle ces candidats devront se présenter.

— La distribution des récompenses aux sociétés savantes des départements aura lieu, à la Sorbonne, le samedi 11 avril prochain, à midi précis.

Le mercredi 8 avril, jeudi 9 et vendredi 10, des lectures et des conférences publiques seront faites à la Sorbonne, dans les trois sections du comité, par les sociétés savantes.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi, 28 février, 3, rue de l'Abbaye, à trois heures très-précises.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance ; 2° Lecture de M. Krishaber sur une observation de polype de la trachée ; 3° Discussion sur le phlegmon utérin ; 4° Discussion sur les polypes laryngiens ; 5° Discussion sur l'utilité des stations méditerranéennes dans la phthisie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tribut à la chirurgie pratique du vétéran de l'école Bretonneau, par Jean-Félix MIQUEL (de Tours). — 1 vol. gr. in-8°, de 348 pages avec planches lithographiques. — Tours, 1870. — Cet ouvrage se vend au profit de la souscription en faveur de la veuve et des quatre enfants d'un confrère. 5 *francs* pris au bureau du journal et 6 *francs* expédié *franco* par la poste.

De l'alcoolisme, des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement, par le docteur MAGNAN, médecin de Sainte-Anne, ouvrage couronné par l'Académie de médecine, prix Civrieux, concours de 1872. 1 vol. in-8; prix, 5 francs. — Paris. Adrien Delahaye.

Des vues longues, courtes et faibles et de leur traitement par l'emploi scientifique des lunettes, par J. Soelberg Wells, professeur d'ophthalmologie à King's College, de Londres, etc. ; ouvrage traduit, sur la 4e édition, par le docteur G. Darin. 1 vol. in 8, avec figures; prix, 4 francs. — Paris. Adrien Delahaye.

Du calibre de l'œsophage et du cathétérisme œsophagien, par le docteur Ernest MOUTON. — 1 vol. in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

De la valeur de quelques phénomènes congestifs dans la dothiénenterie, par le docteur JOSEPH CAZALIS. In-8; prix, 2 fr. 50. — Paris. Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 25. — SAMEDI 28 FÉVRIER 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 28 FÉVRIER 1874. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la gastrotomie dans les grossesses extra-utérines.

Nous avions promis de tenir nos lecteurs au courant des suites de l'opération de gastrotomie dont nous les avons entretenus dans notre revue du 13 décembre dernier. M. le professeur Depaul, en se chargeant lui-même de ce soin dans la communication qu'il a faite à ce sujet à la Société de chirurgie (voir la séance du 17 décembre, n° du 5 février dernier), nous en a naturellement exonéré. Mais il nous reste à tenir un autre engagement que nous avions pris aussi, à cette occasion, celui de passer en revue les moyens de traitement applicables aux diverses époques de la grossesse extra-utérine. On a vu, par l'exposé des suites de l'opération faite à la Clinique, à quel accident — nous ne dirons pas imprévu, mais difficile à prévenir — a succombé cette femme, au moment où son état commençait à donner des espérances légitimes de la sauver. On a vu aussi, par la relation que M. le docteur Boinet a faite, à cette occasion, d'un fait presque en tous points semblable que le même accident a entraîné le même résultat funeste. Il nous a paru qu'en présence de ces deux cas malheureux, il ne serait que d'autant plus utile d'établir le bilan actuel des résultats connus des opérations de gastrotomie pratiquées dans des circonstances semblables, ne fût-ce que pour prémunir les chirurgiens et les accoucheurs contre le découragement que ces deux faits pourraient leur inspirer.

Nous ne saurions choisir de meilleur guide à cet égard que l'auteur du travail sur les grossesses extra-utérines, auquel nous avons déjà emprunté d'intéressantes considérations sur le diagnostic, M. le docteur Keller.

Nous négligerons ici intentionnellement tout ce qui concerne les moyens que peut réclamer la grossesse extra-utérine dans les premiers mois de son évolution, époque où le diagnostic en est d'ailleurs si difficile, pour ne nous occuper que de l'époque de ces grossesses où la chirurgie peut intervenir utilement.

Grossesses extra-utérines à terme.

Quand la grossesse extra-utérine a dépassé le quatrième mois, ce qui donne une grande présomption que la grossesse n'est pas tubaire et que, par conséquent, l'œuf pourra arriver à un développement complet, M. Keller est d'avis de l'expectation jusqu'au terme, mais à la condition de la plus sévère surveillance et d'éviter avec le plus grand soin tout ce qui peut favoriser le décollement placentaire et la déchirure de l'œuf.

Le terme arrivé, la seule intervention chirurgicale rationnelle est la gastrotomie, qui, seule, rend possible l'extraction de l'enfant vivant.

Nous ne suivrons pas ici l'auteur dans la longue discussion qu'il engage sur ce sujet, nous nous bornerons à présenter le résumé des faits sur lesquels il appuie ses conclusions.

M. Keller a réuni dans cette partie de son travail neuf cas de gastrotomie pratiquée au terme de la grossesse, pour extraire un enfant vivant ou qui venait de succomber tout récemment.

Dans une première observation (observ. de Schreyer rapportée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 12 juillet 1860), la grossesse extra-utérine fut reconnue au terme seulement, et l'opération fut pratiquée vingt-trois jours après la manifestation des premières douleurs; l'enfant fut extrait vivant, sans grandes difficultés.

Le placenta se détacha spontanément. Il y eut des accidents inflammatoires au troisième jour, mais ils s'amendèrent rapidement. Le vingtième jour, la malade était hors de tout danger. — C'est là, sans contredit, l'un des plus beaux résultats.

Dans un deuxième fait (obs. de Heim), la gastrotomie fut pratiquée également à terme, après quatre jours de faux travail. L'enfant fut retiré vivant et survécut; mais la mère succomba. Il y avait eu rupture du kyste, issue des intestins et péritonite consécutive.

Dans la troisième observation, l'opération, faite le huitième jour après le commencement du pseudo-travail, amena un enfant vivant, la mère allait bien jusqu'au sixième jour; l'élimination de l'arrière-faix s'était opérée d'abord sans accident, mais il survint une hémorrhagie infectieuse à laquelle la malade succomba le vingtième jour.

Dans le quatrième fait, l'enfant et la mère succombèrent quelques heures après l'opération.

Dans le cinquième, l'enfant fut amené mort, et la mère, qui avait déjà subi l'opération césarienne pour angustie pelvienne, succomba le huitième jour à une péritonite suraiguë.

Le sixième fait est celui d'une négresse chez laquelle on pratiqua du même coup la gastrotomie pour une grossesse extra-

utérine et l'hystérotomie pour une grossesse utérine restée jusque-là inconnue. Les deux enfants furent extraits vivants. La mère succomba le quatrième jour à la septicémie.

Enfin dans deux cas, l'un de Müller, l'autre de Ring, rapportés par Velpeau, les mères et les enfants furent sauvés; et dans un cas rapporté par Gardien, cas de grossesse extra-utérine double, les deux enfants et la mère furent également sauvés.

Ainsi, en résumé, dans ces neuf observations, les enfants ont été conservés sept fois; la mère a été sauvée quatre fois. Le placenta s'est détaché spontanément deux fois sans qu'il en soit résulté d'hémorrhagie grave. Une seule fois il y a eu une hémorrhagie consécutive, mais alors que l'état de la malade était déjà désespéré. C'est la péritonite suraiguë qui a enlevé la plupart des malades.

Par un nombre à peu près égal de faits empruntés à divers recueils, M. Keller montre autant d'exemples de grossesse extra-utérine où la gastrotomie eût pu être utilement pratiquée à terme. L'un de ces faits a été l'objet d'un rapport de M. Danyau à la Société de chirurgie.

Deux faits ressortent de l'analyse de ces observations : 1° que très-souvent, dans la grossesse abdominale, l'état général de la mère est des plus satisfaisants au moment du terme; 2° que la temporisation, au-delà de ce terme, peut lui faire courir les plus grands dangers. Aussi, dans la grossesse abdominale, doit-on chercher à sauver la mère et l'enfant par la gastrotomie faite au terme, et aussitôt que possible, par crainte de la rupture du kyste et de la mort de l'enfant. Telle est la conclusion de M. Keller.

Grossesses extra-utérines après terme.

Quand la grossesse abdominale a dépassé le terme, et que le fœtus est mort, faut-il pratiquer la gastrotomie aussitôt après la mort de l'enfant? Ici la détermination du praticien est subordonnée aux différentes conditions dans lesquelles peut se trouver la mère. Aussi, si elle est souffrante, épuisée, et s'il y a lieu de craindre que son état empire par un séjour plus prolongé du fœtus, surtout si l'on a constaté l'existence d'adhérences du kyste avec les parois abdominales antérieures, il peut être indiqué de pratiquer l'opération dans les quelques jours qui suivent la mort du fœtus et la cessation du faux travail.

Mais en général, si la constitution de la mère est bonne, et si le fœtus est bien toléré, il y a avantage à temporiser, l'opération se présentant ordinairement dans des conditions plus favorables alors que la malade sera remise des fatigues de son faux travail, qu'il se sera formé des adhérences plus intimes entre le kyste et les parois abdominales, et que, la circulation placentaire n'existant plus, le sang sera coagulé dans les villosités, les vaisseaux oblitérés, etc.

M. Keller a réuni vingt et une observations de gastrotomie (dont deux faites par les caustiques) sur lesquelles il y a eu seize succès et cinq insuccès.

Sur ces seize opérations pratiquées avec succès, le péritoine a été ouvert deux fois. Dans les cinq cas d'insuccès, la séreuse a été ouverte quatre fois.

Il y a à tenir compte ici de circonstances particulières qui, dans ces derniers faits, ont concouru à aggraver considérablement le fait même de cette complication déjà grave par elle-même.

M. Keller fait remarquer que si l'on voulait établir sur ces chiffres la valeur de la gastrotomie après le terme, on serait en droit d'exclure de la statistique au moins trois cas, dans lesquels l'insuccès tient à ces complications ou circonstances particulières de l'opération. On aurait alors sur dix-huit opérations seize succès (1).

Si l'on rapproche ces chiffres de ceux que donne la statistique pour les résultats de l'alimentation naturelle par les fistules dans les cas où les choses ont été abandonnées à elles-mêmes, résultats qui se traduisent ainsi : 46 cas de fistules abdominales, 40 guérisons; 69 fistules intestinales, 44 guérisons; 23 fistules vaginales, 18 guérisons; 17 fistules vésicales, 14 guérisons (statistique de M. Puech), on voit que l'avantage reste du côté de la gastrotomie, surtout si l'on prend en considération le temps considérable que nécessite l'élimination et les graves dangers qui en résultent.

Manuel opératoire.

Quant au manuel opératoire et au traitement consécutif, il résulte des faits exposés qu'ils devront varier suivant que le fœtus sera vivant ou mort, et selon que le kyste adhère ou non aux parois abdominales antérieures.

Le fœtus est-il mort et le kyste adhérent, cas le plus simple, l'opération se réduit à l'ouverture d'une poche indépendante du péritoine. Il ne s'agit que de bien délimiter l'étendue des adhérences et de limiter l'incision aux dimensions strictement nécessaires pour l'extraction du fœtus, préalablement réduit par l'embryotomie. Le placenta et les membranes devront être religieusement respectés.

Le fœtus est-il mort et le kyste non adhérent, il faut, autant que possible, isoler la cavité du kyste de celle du péritoine, soit par l'application préalable des caustiques, soit par la suture du kyste aux parois abdominales, procédé qui paraît à M. Keller de beaucoup préférable.

Le fœtus est-il vivant, l'incision devra être plus grande (de 15 à 20 centimètres). Si le kyste est adhérent, l'opération ne présente que peu de différence avec le cas où le fœtus est mort, sauf, toutefois, qu'il faudra redoubler de précautions pour ne pas léser les attaches placentaires. Si le kyste est épaissi et vasculaire, il sera peut-être encore possible de le réunir au péritoine pariétal. Mais s'il n'est constitué que par les seules membranes de l'œuf, la chose sera moins facile..... Le cas le plus difficile est celui où le placenta s'insère sur la paroi antérieure. Dans une circonstance de ce genre, M. Kœberlé dut recourir au tamponnement au moyen de deux éponges placées entre les lèvres de la déchirure.

Le traitement consécutif doit être celui de toutes les grandes opérations pratiquées sur l'abdomen, celui des ovariotomies, notamment, qui a donné dans ces derniers temps de si beaux résultats.

En résumé : quand la grossesse extra-utérine a dépassé la première moitié de son évolution, il est rationnel de la laisser à son libre cours jusqu'au terme, sous la réserve d'une surveillance incessante.

Quand le terme est arrivé, on doit pratiquer la gastrotomie et extraire l'enfant vivant. L'opération doit être faite sans temporiser, de crainte des accidents de rupture du kyste et de la mort du fœtus.

Quand le terme est passé et que l'enfant est mort, on doit encore pratiquer la gastrotomie pour épargner à la femme les

(1) Dans ces seize cas de succès figurent deux belles observations de gastrotomie pratiquées par M. Kœberlé, en 1869 et en 1871, dans deux cas de grossesse extra-utérine, dont l'une avait quatorze mois et l'autre quinze mois de durée, observations qui sont rapportées avec tous les détails qu'elles comportent en tête du travail de M. Keller.

dangers que la présence de l'enfant mort lui fait courir. On doit attendre, s'il est possible, pour opérer que les adhérences du kyste avec les parois abdominales soient établies.

Le diagnostic de ces adhérences doit être fait avec beaucoup de soin. C'est sur elle que se base en grande partie le succès de l'opération. On doit respecter les enveloppes et les insertions placentaires.

Telles sont les conclusions des utiles recherches de M. Keller, conclusions toutes fondées sur l'analyse des faits.

Nous n'y ajouterons qu'une chose, c'est la nécessité d'une plus grande réserve dans le pronostic, et d'une surveillance extrême dans le traitement consécutif, déduite des deux exemples malheureux d'hémorrhagie tardive qu'ont présentés les faits de M. Depaul et de M. Boinet.

Ajoutons encore que de pareilles opérations, pas plus que l'opération césarienne et l'ovariotomie, ne devraient jamais être faites dans les hôpitaux du centre de Paris.

Influence de l'alcoolisme sur divers groupes d'affections cutanées.

Les travaux importants qui ont été faits dans ces dernières années sur l'alcoolisme chronique sont encore loin, sans doute, d'avoir épuisé le sujet. Il est un point, en particulier, qui a à peine attiré l'attention des pathologistes, c'est celui qui est relatif à l'influence exercée sur le système tégumentaire externe par l'abus prolongé des boissons spiritueuses. Ce sujet n'a été qu'effleuré seulement dans le savant article de M. le docteur Lancereaux sur l'*alcoolisme* dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Cependant, si l'on considère le rôle important que joue le tégument dans le phénomène physiologique de l'élimination de l'alcool, il était rationnel d'admettre *a priori* que l'abus prolongé des boissons spiritueuses dût avoir une action sur la peau. M. le docteur Renault a pensé qu'il pourrait être intéressant de vérifier cliniquement cette donnée physiologique. Il a mis à profit sa dernière année d'internat à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le docteur Hillairet, pour se livrer à ce genre de recherche.

La première série d'affections cutanées, sur laquelle il a dirigé ses études, a été la série des éruptions dites printanières, la roséole, la miliaire sudorale, le lichen, l'urticaire, le pityriasis rubra.

Sur quatre malades porteurs d'éruptions de ce genre, l'un d'urticaire, un deuxième de miliaire, un troisième d'herpès iris et le quatrième d'hydroa bulleux, deux lui ont montré d'une manière manifeste le lien existant entre l'éruption et un excès alcoolique récent : ce sont les malades atteints l'un d'herpès iris, le second d'hydroa bulleux. Chez ce dernier, notamment, la même éruption s'est produite vingt fois en sept ans, et chaque fois après un excès alcoolique.

L'un des caractères de l'alcool étant de congestionner la peau, n'est-il pas naturel d'attribuer à cette action fréquemment répétée son irritation phlegmasique ?

Sur quatorze sujets atteints de syphilides tertiaires, M. Renault a constaté que tous, un seul excepté, s'étaient livrés pendant de longues années à des excès de boissons. L'analyse de ces quatorze observations montre que ces accidents se sont développés en dépit d'un traitement mercuriel antérieur, et que les syphilides, sous l'influence de l'alcoolisme revêtent principalement la forme ulcéreuse. L'alcoolisme exercerait dans ce cas sur l'aspect et la marche des syphilides, une influence analogue à celle de la scrofule.

Vingt-six cas de psoriasis ont été divisés en quatre catégories, comprenant : la première, des malades adonnés ou non aux boissons alcooliques (au nombre de 10), qui dès le début ont présenté une éruption confluente à généralisation très-rapide ; la deuxième, les malades s'adonnant habituellement aux liqueurs alcooliques (au nombre de 5), chez qui le psoriasis, discret au début, s'est étendu par poussées successives, rapprochées, et est arrivé en peu de temps à la généralisation ; la troisième, les malades non alcooliques (au nombre de 8), chez lesquels le psoriasis, discret au début, est resté tel jusqu'à la fin ; enfin la quatrième, les malades non alcooliques (au nombre de 3), chez lesquels le psoriasis, discret au début, ne s'est étendu qu'au bout d'un grand nombre d'années.

La conclusion générale qui paraissait pouvoir ressortir de cette étude, serait que l'alcool a une influence fâcheuse sur les affections de peau qui appartiennent au groupe des phlegmasies.

Ces études sont à continuer, nous devons féliciter M. Renault de les avoir commencées.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

De l'uréthroplastie par la suture à étages (1)

par M. Delore (de Lyon).

Voici quatre observations d'uréthroplastie où mon procédé a été employé.

Obs. I. — *Fistule pénienne. — Uréthroplasties multiples. — Guérison.* — Jean-Claude M..., né à Saint-Julien (Loire), âgé de trois ans, entre la Charité, salle Saint-Philippe n° 7, le 9 novembre 1867. Il est affecté d'une fistule urinaire résultant de la constriction d'une ficelle. Une première opération n'a pas été suivie de succès.

Deuxième opération par la suture à étages. — Guérison.

L'observation de cet enfant a été présentée à la Société des sciences médicales.

Sorti de la Charité le 27 février 1869.

Obs. II. — *Fistule urinaire à la suite d'un coup de feu. — Suture à étages. — Guérison complète.* — Ce malade est un soldat, âgé de vingt-six ans, ayant fait partie de l'armée de la Loire.

Cet homme reçut, le 2 décembre 1870, un coup de feu. La balle pénétra par le côté gauche des bourses, blessa sur son passage le canal de l'urèthre, traversa la cuisse et sortit à la partie externe de la fesse droite, à 10 centimètres en arrière du grand trochanter.

Le blessé fut transporté à l'ambulance Saint-Marceau, à Orléans, où il fut soumis à un premier traitement dont l'alcool camphré et l'eau blanche furent la base. L'orifice de la fesse se cicatrisa au bout de trente jours ; mais du côté des organes génitaux, de la cuisse et du pli de l'aine droite, il survint un phlegmon diffus avec gangrène qui fut guéri seulement en mars 1871, époque à laquelle le malade put être envoyé à Lyon, où il fut reçu à l'ambulance de la Charité le 22 du même mois.

État du malade à son entrée à la Charité. — Le trajet de la balle à travers la fesse, à partir des organes génitaux est complétement cicatrisé. De nombreuses cicatrices irrégulières existent dans le pli de l'aine droite et sur la paroi abdominale, et dénotent les accidents éprouvés par le malade. Les fonctions du membre inférieur droit sont intactes. La peau du scrotum est ratatinée autour du testicule droit qui est unique ; elle a subi une notable déperdition de substance.

Une fistule uréthrale persiste. Elle est située au milieu de la région scrotale et entourée de toutes parts d'une surface cicatricielle. Il n'y a pas de rétrécissement du canal à son niveau. Quand on introduit une sonde, par le méat, dans l'urèthre, on la voit par la fistule, la-

(1) Fin. — Voir le numéro du 26 février 1874.

quelle admet un stylet de 2 millimètres de diamètre. Pendant la miction, l'urine coule par l'orifice accidentel à jet continu.

L'état général est débilité, le malade est faible sur ses jambes, il est maigre, pâle, découragé et présente les symptômes de pertes séminales. Le sein droit est engorgé, volumineux et sensible à la pression,

Opération le 10 *avril*. — Le malade étant anesthésié par l'éther, une sonde de gomme élastique est placée dans l'urèthre et la vessie, et je procède à l'avivement de la surface cicatricielle que je circonscris d'avant en arrière par une double incision elliptique de 4 centimètres de long sur 25 millimètres de large. Dans l'espace compris entre ces incisions, le tissu cicatriciel est enlevé avec soin, ce qui n'empêche pas que la fistule est agrandie et présente alors 5 millimètres de diamètre.

La peau du scrotum est ensuite disséquée latéralement à droite et à gauche, aussi loin que possible pour la mobiliser et permettre l'adossement de grandes surfaces avivées. Les deux portions de téguments ainsi décollées sont amenées sur l'ouverture, de manière à la dépasser considérablement, jusqu'à ce que la base du bord adhérent du lambeau soit au niveau de cette ouverture, ce qui permet la juxtaposition des deux surfaces saignantes. Pour le reste de l'opération j'employais le procédé que j'ai décrit.

On dispose, sur la plaie, un bandage en cuirasse avec des bandelettes imbriquées qui compriment modérément le canal. Une sonde est établie à demeure et maintenu par des fils et un anneau de caoutchouc placé autour de la verge et attaché à un bandage en T double.

Dans les premiers jours qui suivent l'opération, le malade éprouve de l'agitation et du délire. La sonde est retirée. Du pus s'écoule par le canal. Je fais sonder le malade le plus souvent possible par un interne expérimenté. Peu à peu, l'état général s'améliore. Après huit jours, la cicatrisation est faite en plusieurs endroits, et l'urine s'écoule presque toute par le canal, un léger pertuis lui donnant passage à la partie postérieure de la suture. Mais, en même temps que l'état général s'améliore, ce pertuis tend à se fermer.

Le 5 mai, le malade, qui a repris ses forces, peut se promener dans la salle. Le 11 du même mois, la cicatrisation est complète : il ne passe plus une goutte d'urine par la plaie.

Ce malade est resté à la Charité jusqu'au 10 juin, et la guérison ne s'est pas démentie. L'urine coule à plein jet. La cicatrisation est solide : on voit une saillie qui est l'indice du mode de suture employé. Le malade a repris de l'appétit, des forces et de l'embonpoint.

OBS. III. — *Fistule pénienne. — Uréthroplasties multiples. — Guérison.* — Mathieu R..., né à Chambéry (Savoie), et âgé de neuf ans, présente, à son entrée dans la salle Saint-Pierre, à la Charité, une fistule urinaire consécutive à la constriction d'une ficelle. L'urine s'écoule par un orifice situé à la réunion des 4/5 antérieurs du pénis avec le 1/5 postérieur.

R... présente aussi un rétrécissement tel qu'il urine goutte à goutte, et de plus un phimosis pour lequel je pratiquai l'incision médiane, opération qui me donne un plein succès.

Première opération en septembre 1871. — Il fallait d'abord se débarrasser du rétrécissement. Pour cela, j'introduisis un stylet par le méat, et, guidé par sa saillie, j'incisai au niveau du rétrécissement jusqu'à ce que l'extrémité du stylet fût à nu.

Mais, pour le bout inférieur, l'incision sans conducteur ne fut point aussi facile. Malgré de minutieuses recherches, il me fut impossible de trouver le canal. J'eus alors l'idée de le chercher à 1 centimètre et demi plus loin, au niveau de l'angle péno-scrotal; mes investigations furent vaines.

Trois jours après, le malade avait une fistule au niveau de cette seconde incision : je m'en servis pour faire, avec un stylet, le cathétérisme rétrograde et inciser le bout inférieur. Je plaçai ensuite une sonde à demeure. Malheureusement, cette sonde fut mal tolérée : elle exerça une pression dans l'angle péno-scrotal, à la suite de laquelle se produisit une ulcération que la diphthérite envahit. Il en résulte une plaie assez large, qui resta fistuleuse pendant que l'autre fistule se cicatrisait.

Notre jeune malade, qui était entré dans mon service au mois d'août 1871, avait subi cette opération au mois de septembre, avons-nous dit; une seconde fut pratiquée en mars 1872. Elles n'amenèrent, ni l'une, ni l'autre, la cicatrisation complète, mais leur résultat principal fut d'augmenter l'épaisseur des lèvres de la fistule. En effet, avant la première opération, la fistule se limitait à l'épaisseur du canal de l'urèthre, et lors de la troisième, qui acheva la guérison du malade, cette fistule avait une longueur de 5 millimètres environ.

Le 1er décembre 1872, je procédai à cette troisième et dernière opération, que je diviserai de la sorte :

1er temps. Avivement circulaire autour de l'orifice fistuleux, fait en dédolant dans une étendue de 1 centimètre et demi de diamètre.

2e temps. Dissection d'un lambeau pénien et d'un lambeau scrotal considérable.

3e temps. Suture à étages de ces deux lambeaux.

Une sonde métallique est mise à demeure et peut y rester treize jours consécutifs, grâce à sa désobstruction, rendue très-facile au moyen de l'aspiration par l'appareil de Potain.

Une coque compressive formée de bandelettes de diachylon, croisées sur le dos de la verge et imprégnées de collodion empêche le contact de l'urine.

Gonflement consécutif. — Suppuration médiocre.

Le 14 décembre, on enlève la sonde et les fils, et, le 27, on constate que la cicatrisation est complète : le point opéré présente alors une cicatrice transversale. On remarque aussi des dépressions de la peau, indice des sutures profondes.

Quelques points présentent une induration notable, due probablement à des fils enkystés : en les comprimant, on détermine de la douleur. Ce qui semblerait confirmer cette idée, c'est que, dans l'opération précédente, j'en avais trouvé deux visiblement enkystés; plusieurs autres avaient dû rester au milieu des tissus tuméfiés.

R... est resté dans le service pendant plusieurs mois. La guérison ne s'est pas démentie.

OBS. IV. — *Fistule pénienne. — Urétroplastie.* — Claude P..., âgé de sept ans, de Saint-Christophe (Rhône), entre à la Charité, salle Saint-Pierre, le 14 mai 1873.

Une constriction circulaire a été exercée sur la verge à 1 centimètre en arrière du sillon balano-préputial, au moyen d'un fil qui est demeuré en place trois mois, et qui est enlevé au moment où l'on amène l'enfant. Les parois du canal ont été complétement coupées, les deux bouts sont écartés d'un demi-centimètre : tous deux sont rétrécis et admettent seulement un stylet d'environ un demi-millimètre de diamètre. Les corps caverneux ont été entamés et présentent un sillon profond à la face dorsale.

Pendant près de quatre mois, l'enfant fut soumis à la dilatation à cause de son rétrécissement et traité pour une diarrhée grave contractée pendant l'été.

Le 8 octobre 1873, opération par la suture à trois étages. Deux vastes lambeaux ont été taillés, l'un en avant sur le pénis, l'autre en arrière sur le scrotum. A droite et à gauche, je laisse subsister deux petits pertuis non avivés pour le passage de l'urine en cas d'infiltration.

Vingt points de suture ont été placés, tous ont pris.

La sonde à demeure, qui était volumineuse, a fonctionné sans interruption pendant quinze jours et sans laisser passer une seule goutte d'urine. Malheureusement, les deux extrémités de la suture, que j'ai eu la mauvaise idée de ne pas aviver, laissent passer quelques gouttes d'urine par des orifices si ténus qu'ils ont passé inaperçus pendant un mois. Ces deux ouvertures fistuleuses sont situées loin de la rupture du canal : elles n'admettent qu'un stylet très-fin, et j'espère en obtenir facilement raison par la cautérisation, suivie de la compression au moyen de serres-fines.

1er décembre, deux petites fistules persistent aux angles non avivés. J'introduis une épingle, que je chauffe à la lampe à alcool, pour continuer les trajets.

Au 1er janvier 1874, guérison complète.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 janvier (1). — Présidence de M. PERRIN.

RAPPORT

Luxation scapulo-humérale. — M. TILLAUX fait un rapport verbal sur une note de M. Nicaise, relative à une luxation scapulo-humérale que M. Nicaise a eu la bonne fortune de disséquer peu de temps après la production de la lésion.

Il y avait, dans ce cas, arrachement complet de la capsule, arrachement du trochiter, écornement du rebord glénoïdien et lésion du nerf circonflexe, qui était augmenté de volume. M. Tillaux fait ressortir, dans cette observation, deux particularités intéressantes : la première, c'est que la tête humérale, qui avait été remise en place, fut trouvée luxée de nouveau quelque temps après, sans que le malade eût commis la moindre imprudence, ce que l'auteur de la note explique par la large déchirure de la capsule. Le rapporteur pense que la lésion du rebord glénoïdien a dû intervenir également dans cette reproduction du déplacement.

La seconde particularité, mise en relief par M. Tillaux, concerne la périnévrite du nerf circonflexe, expliquant probablement la paralysie du deltoïde qu'on observe parfois dans ces cas, et que quelques auteurs rattachent à la contusion du muscle.

L'examen histologique du nerf circonflexe a conduit M. Grancher aux conclusions suivantes :

« Périnévrite enveloppant toute une série de rameaux nerveux au niveau de leur séparation du tronc commun. L'inflammation est encore embryonnaire dans toute son étendue; elle pénètre dans l'intervalle des faisceaux nerveux primitifs, mais rien ne prouve que les parties constituantes du tube nerveux n'aient subi des modifications importantes. »

M. CHASSAIGNAC rappelle que cette reproduction des luxations a été observée fréquemment dans l'articulation coxo-fémorale, lorsqu'il y a en même temps fracture du rebord cotyloïdien, mais qu'il n'a vu aucun exemple de cette nature sur l'articulation scapulo-humérale. Il cite, à cette occasion, le fait d'une luxation du fémur survenue dans une course de chevaux, luxation qu'il réduisit, mais qu'il trouva reproduite deux ou trois jours après. Consécutivement il se forma un abcès du bassin, dont le malade faillit mourir, mais dont il guérit grâce au drainage.

Sur la proposition de M. Tillaux, la société vote : 1° des remercîments à M. Nicaise, 2° l'insertion de son observation au Bulletin.

COMMUNICATION

M. TH. ANGER lit un travail sur l'uréthroplastie dans le cas d'hypospadias et présente un malade chez lequel cette opération a été pratiquée avec succès.

Le travail de M. Th. Anger est renvoyé à une commission composée de MM. Duplay, Tillaux et Guyon, rapporteur.

PRÉSENTATION DE MALADES

Tumeurs érectiles guéries. — Traitement complexe. — M. GUÉNIOT. L'enfant que j'ai l'honneur de présenter est celui même que j'ai déjà fait voir à la société dans la séance du 29 octobre 1873. Aujourd'hui les deux tumeurs dont il était affecté sont complétement guéries. La tumeur intersurcillière, qui pouvait, dans une de ses parties, laisser quelque doute sur sa nature, était bien une tumeur érectile à la fois cutanée et sous-tégumentaire. Sa destruction a été laborieuse et longue à obtenir : je dus recourir successivement à l'emploi répété de la pâte de Vienne, à la ligature suivant le procédé de Rigal (de Gaillac) et, enfin, à des cautérisations énergiques et quotidiennes avec le nitrate d'argent. Grâce à cette thérapeutique complexe et persistante, la cicatrisation a pu être conduite de façon à ne rien laisser à désirer. Il n'existe, en effet, aucune trace de difformité; la cicatrice est absolument plane et se relie sans transition choquante avec les téguments voisins.

Malgré cet excellent résultat, je n'hésite pas à dire que l'emploi de la pâte de Vienne, auquel je recourus d'abord, constitue un procédé très-défectueux pour détruire les angiomes qui intéressent à la fois la peau et les tissus sous-cutanés. Ce caustique, en effet, reste impuissant à atteindre la partie profonde de la tumeur ; et quand, au bout de dix à quinze jours, l'escarre vient à se détacher, la portion non détruite s'est développée de façon à reconstituer la tumeur primitive. Une nouvelle application de pâte ne produit pas d'effet plus efficace que la première. Si, chez mon petit malade, je m'en fusse tenu à ce procédé, il est à peu près certain que la vitalité extraordinaire de la tumeur aurait vaincu tous mes efforts.

La petite tumeur, exclusivement cutanée, qui siégeait sur le cuir chevelu, au côté gauche de la tête, a pu être, au contraire, facilement détruite par ce même caustique, parce qu'elle était petite, superficielle, et que la pâte escarrotique pouvait aisément l'atteindre dans tous ses points.

Pour les angiomes un peu volumineux, le procédé de ligature par fragmentation et étranglement de la tumeur (comme l'a préconisé Rigal, de Gaillac) me paraît donc bien préférable au caustique de Vienne. C'est lui que j'employai tout récemment dans un cas analogue au précédent, et je n'ai eu qu'à me louer de sa puissance et de sa simplicité.

Quant à la vaccination, je crois, comme M. Blot, que sa valeur thérapeutique est fort restreinte, toutes les fois qu'on l'applique à des angiomes qui ne sont pas exclusivement cutanés. Deux exemples tout récents viennent me confirmer dans cette opinion. Dans le premier, une vaccination bien faite avec des piqûres multipliées et presque toutes réussies, n'amena cependant qu'une destruction partielle de la tumeur, et la portion survivante acquit promptement des proportions très-supérieures à la tumeur primitive. Dans le second cas, le malade, âgé d'un an, portait sur le crâne une tumeur érectile, grosse comme une amande. Le sommet de la tumeur présentait trois belles cicatrices vaccinales. L'enfant, d'ailleurs cachectique, fut atteint de rougeole et de pneumonie, puis succomba rapidement. Voici la pièce pathologique, qui démontre que l'angiome occupait toute l'épaisseur des téguments du crâne, et que les cicatrices vaccinales n'intéressaient absolument que sa surface. Pour un tel cas, la conclusion est facile à déduire.

DISCUSSION

M. PAULET a pu, à l'aide des caustiques, détruire une tumeur érectile du volume d'une prune, siégeant à l'éminence hypothénar. Mais il ne s'est servi de la pâte de Vienne que pour détruire l'épiderme, et il l'a remplacée ensuite par la pâte de Canquoin, qui agit à une grande profondeur.

M. GUÉNIOT fait observer qu'il n'a voulu, en raison du siége de la tumeur, n'employer que des caustiques dont l'action fût pour ainsi dire instantanée et pût être produite en sa présence.

M. CHASSAIGNAC met en garde contre l'usage des caustiques diffluents dans le traitement des tumeurs très-vasculaires : ce sont les caustiques coagulants qu'il faudrait employer dans ces cas. Mais, pour lui, il a toujours réussi par l'écrasement linéaire. Quant à la vaccination, il répète qu'elle n'est efficace qu'en tant qu'elle provoque une inflammation suppurative envahissant toute la tumeur.

M. GUYON a traité par la cautérisation, l'an dernier, deux tumeurs érectiles. Après avoir produit une escharre avec la pâte de Vienne, il a détruit, par le chlorure de zinc, les bourgeons charnus laissés à nu à la suite de la chute de cette escharre. Il a pu ainsi donner satisfaction à cette préoccupation de M. Guéniot de n'agir qu'en connaissance de cause.

M. PANAS présente un malade qu'il a opéré d'un staphylome cicatriciel de la cornée, et fait la communication suivante :

Staphylome cicatriciel presque total de la cornée. — Première opération par incision et énucléation du cristallin (procédé de Graefe) ; insuccès. — Trépanation de l'œil suivie de guérison (Voir notre numéro du 17 février 1874.)

DISCUSSION

M. TRÉLAT a eu l'occasion de pratiquer deux fois, sur un malade, la trépanation de la cornée pour un staphylome avec synéchie, contre

(1) Fin. — Voir le numéro du 26 février.

lequel l'iridectomie lui paraît tout à fait impuissante. Une première trépanation, centrale, produisit un excellent résultat. Une fistule de la cornée, qui persista pendant cinq semaines environ, détermina une rétraction et un affaiblissement des tissus cornéens, si bien que le malade put remplir les fonctions d'infirmier. Plus tard, sous l'influence de fatigues de l'œil, il fut pris de kératite, et le staphylome se reproduisit. Une nouvelle trépanation fut pratiquée, très-près de la trace laissée par la première; mais, le lendemain, l'ouverture artificielle était bouchée par une sorte d'opercule couleur châtain, probablement constitué par l'uvée ; aussi le résultat fut-il bien moins favorable que la première fois. Le malade est encore en traitement, mais M. Trélat craint un insuccès.

M. CHASSAIGNAC demande s'il existait, dans les cas dont il vient d'être parlé, une étendue assez considérable de la cornée restée transparente pour qu'on pût songer à créer une pupille artificielle utile. Si la réponse est négative, il donne la préférence à l'ablation totale de la cornée. Il pense qu'en ne retranchant pas une grande portion de la membrane de Descemet, chargée de sécréter l'humeur aqueuse, on favorise une récidive certaine.

Il n'y a donc pas lieu, suivant lui, de modifier l'ancien mode opératoire.

M. TRÉLAT fait remarquer qu'enlever la cornée, c'est supprimer l'organe visuel.

M. SÉE a pratiqué deux fois, dans ces derniers temps, la trépanation de la cornée. Dans les deux cas, l'opération a déterminé peu de douleur et n'a causé aucun accident. Mais très-rapidement l'ouverture faite par le trépan a été comblée par une pellicule grisâtre, dépendant probablement de la capsule du cristallin, refoulé en avant après l'écoulement de l'humeur aqueuse. Cette pellicule a mis obstacle à la sortie ultérieure de ce liquide ; aussi M. Sée n'a-t-il pas observé cette rétraction rapide des bords de l'orifice et cet affaissement si remarquable du staphylome qu'a présentés le malade de M. Panas.

Pour ce qui est de l'étendue de la membrane de Descemet laissée après la trépanation, étendue où M. Chassaignac voit une cause de récidive, M. Sée fait observer que cette membrane, complétement privée de vaisseaux, ne peut être considérée comme la source de l'humeur aqueuse, qui ne peut être sécrétée que par les parties vasculaires de l'œil, en particulier par l'iris. Il croit préférable d'ailleurs, de conserver un œil, même inutile quant à la vision, plutôt que de le détruire de parti pris, au risque de développer des accidents graves.

M. GIRAUD-TEULON, sans se prononcer sur le mécanisme de la sécrétion de l'humeur aqueuse, fait remarquer que les adhérences de l'iris avec la cornée déterminent toujours un trouble dans l'équilibre des pressions oculaires et une tendance à la propulsion de la cornée en avant. Il croit, d'ailleurs, à la supériorité de la trépanation de la cornée, comparée à l'excision de cette membrane.

M. CHASSAIGNAC n'accepte pas les idées de M. Sée sur la sécrétion de l'humeur aqueuse, qu'il attribue à l'épithélium de la membrane de Descemet. Il invoque en sa faveur ces grandes accumulations de liquide qu'on a appelées hydropisies de la membrane de Descemet. Sur d'autres points, on voit d'ailleurs, dit M. Chassaignac, des sécrétions s'opérer dans des parties privées de vaisseaux.

M. LE FORT ne voudrait appliquer la trépanation que pour des staphylomes partiels, laissant espérer le rétablissement de la vision. Dans les autres cas, il aime mieux enlever ou détruire le globe oculaire, ce qui permet au malade de porter un œil artificiel, dissimulant parfaitement son infirmité, et le met à l'abri des ophthalmistes sympathiques.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. LE FORT présente, de la part de M. Trouvé, un nouvel appareil à courants constants et continus, au sulfate de cuivre, très-économique et très-portatif.

On sait que le couple au sulfate de cuivre est le seul qui produise des courants réellement constants et continus ; mais, jusqu'à présent, son application dans la pratique journalière était restreinte par suite du volume des couples et de leur fragilité.

L'appareil imaginé et construit par M. Trouvé vient combler cette lacune.

Cet appareil a quarante ou quatre-vingts éléments, et son volume ne dépasse pas 2 à 3 centimètres cubes.

Chacun des éléments est constitué de la manière suivante :

Entre deux disques, l'un de cuivre, l'autre de zinc, formant les deux électrodes, sont placées des rondelles de papier buvard ou de toute autre matière poreuse. La moitié inférieure de ces rondelles est préalablement saturée de sulfate de cuivre, l'autre moitié de zinc.

Les éléments sont disposés en tension et rangés au-dessous du collecteur de l'inverseur du courant et du galvanomètre réunis, sur une plaque de caoutchouc durci, le tout renfermé dans une boîte en acajou.

Lorsqu'on veut se servir de l'appareil, il suffit de plonger une fois pour toutes, pendant quelques secondes, tous les éléments à la fois dans l'eau ordinaire. L'eau absorbée par les rondelles de papier buvard dissout le sulfate de cuivre et le sulfate de zinc, et permet ainsi la réaction chimique qui produit le courant.

Les éléments resteront humides tant qu'ils seront placés dans la cuvette de caoutchouc durci ; au contraire, il suffira de les laisser deux jours à l'air libre pour les mettre ainsi au repos absolu pour un temps illimité sans aucune détérioration.

Comme il suffit, pour recharger cette pile, de la plonger à moitié dans une dissolution de sulfate de cuivre (puisque le sulfate de zinc se reproduit sans cesse), on comprendra de quelle économie elle sera dans la pratique ; car on pourra la laisser au repos pendant *des années* entières et, par suite, elle pourra être utilisée par tous les médecins, qui ne s'en serviront qu'à de longs intervalles.

La séance est levée.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux

PROGRAMME DES PRIX A DÉCERNER EN 1875

Prix Fauré. — En fondant ce prix, en 1868, le testateur a nettement spécifié qu'il devait être décerné « *tous les six ans au meilleur mémoire sur une question intéressant l'hygiène de la population peu aisée de notre ville, au choix de la société.* »

Ce prix sera donné pour la première fois en 1875, et la Société de médecine et de chirurgie a cru répondre au désir du testateur en mettant au concours une question qui attirera l'attention des travailleurs sur l'alimentation de la classe peu aisée de notre ville, et sollicitera leurs recherches sur les points suivants : mettre à la disposition de cette classe des aliments plus sains, plus abondants et d'un prix moins élevé.

Les concurrents devront, en conséquence, rechercher quelles sont les nouvelles mesures qu'on devrait adopter pour empêcher la falsification des boissons et des denrées alimentaires, pour faire qu'il ne soit livré à la consommation que des viandes parfaitement saines; ils étudieront les moyens qui peuvent contribuer à amener l'affluence sur les marchés, solliciter la concurrence et faire ainsi baisser les prix de vente; ils examineront l'influence des marchés de première main, des ventes à la criée, des fourneaux économiques, des secours alimentaires distribués aux pauvres, la valeur nutrivive des conserves de toutes sortes, des extraits de viandes, des laits, des beurres artificiels, etc., etc.

La société a l'intention, si les mémoires qui lui seront adressés lui paraissent réunir les conditions de forme et de rédaction convenables, de les répandre parmi ceux de nos concitoyens qu'ils pourront intéresser.

La question mise en concours peut, en conséquence, être résumée ainsi : « *Quelles sont les améliorations à apporter dans l'alimentation de la classe peu aisée de la ville de Bordeaux ?* »

Le prix est une médaille d'or de 300 francs, à décerner à la fin de l'année 1875.

Prix de la Société de médecine et de chirurgie. — Les maladies de l'utérus non-seulement n'ont aucune tendance vers la guérison spontanée, mais encore désespèrent souvent malades et médecins, par la fréquence des rechutes, des récidives. Cela tient à ce qu'on oublie trop souvent que s'il y a, dans la plupart des maladies utérines, à la fois affection générale, souvent diathésique, et affection locale, il faut, suivant les cas, suivant les causes, tantôt que les modificateurs généraux aient plus de part dans le traitement que les moyens locaux ; tantôt que plus d'importance soit donnée au traitement local. Mais on ne trouve pas dans les auteurs d'indications bien précises des cas dans lesquels tel traitement doit tenir le premier rang ; aussi la société voulant attirer l'attention des travailleurs sur ce point de pratique, propose pour 1875 le sujet de concours suivant : « *Quelle part dans les maladies utérines revient au traitement général et au traitement local ?* »

Le prix est une médaille d'or de 300 francs, à décerner à la fin de l'année 1875.

Les mémoires, écrits très-lisiblement, en français ou en latin, doivent être adressés, *francs de port*, chez M. Douaud, secrétaire général de la société, rue Notre-Dame, 73, jusqu'au 31 août 1875, limite de rigueur. Les membres associés résidants de la société ne peuvent point concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître ; ils doivent désigner leur mémoire par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant leurs noms, leurs adresses ou celles de leurs correspondants. Si les conditions ne sont pas remplies, leurs ouvrages seront exclus du concours.

Bordeaux, le 20 février 1874.

Le secrétaire général, Dr C. S. DOUAUD.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

29. Beaussier. Étude sur quelques opérations de thoracentèse pratiquées à l'hôpital maritime de Cherbourg.

30. Couzier. Considérations sur les eaux sulfureuses, sur les indications et les contre-indications de leur emploi dans le traitement de phthisie.

31. Baude. Quelques considérations d'hygiène nautique. Une épidémie de variole en mer.

32. Héricourt. Quelques considérations sur les maladies du soldat en garnison.

33. Besaucèle. Étude sur les épanchements sanguins anciens dans le tissu cellulaire sous-cutané.

34. Guichet. Étude sur les polypes muqueux des arrière-narines.

35. Taffin. Traitement général de la phthisie.

36. François. Essai sur le paraphimosis.

37. Chevelu. De la grossesse considérée comme cause de maladies.

38. Bourgeois. De la terminaison de l'érysipèle par des éruptions cutanées.

La Société de chirurgie tiendra sa prochaine séance, le 4 mars 1874.

Ordre du jour : M. de Saint-Germain. Rapport sur le mémoire de M. Krishaber, relatif à un cas de mort subite, trois mois après la trachéotomie. — Communication sur la trachéotomie par le cautère actuel. — M. Spielman. Névrotomie du médian.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 26. — MARDI 3 MARS 1874. 47e ANNÉE. MARDI 3 MARS 1874. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Vulpian présente une note intitulée : *Expériences pour rechercher si tous les nerfs vasculaires ont leur foyer d'origine, leur centre vaso-moteur, dans le bulbe rachidien.* « Un grand nombre de physiologistes, surtout en Allemagne, dit M. Vulpian, admettent et professent que les nerfs vaso-moteurs ne naissent pas, en réalité, dans la moelle épinière. Tous ces nerfs auraient leur véritable foyer d'origine dans le bulbe rachidien. Leurs fibres, par conséquent, devraient parcourir un trajet plus ou moins long dans la moelle, suivant le point au niveau duquel ils émergent de cette partie des centres nerveux, pour se rendre à telle ou telle région du corps. Le bulbe rachidien serait donc le foyer unique d'origine de tous les nerfs vaso-moteurs (à l'exception de ceux des viscères abdominaux, selon M. Schiff); il serait le centre de toutes les actions vaso-motrices réflexes, le point de départ de l'excitation permanente qui entretient partout le *tonus* vasculaire. Ce serait le *centre vaso-moteur*, comme on l'appelle; et aujourd'hui l'existence de ce centre est si peu mise en doute, qu'on voit son intervention figurer à chaque instant dans les théories physiologiques des expérimentateurs et des médecins. »

M. Vulpian ne partage pas cette manière de voir, et c'est pour la combattre qu'il a institué de nombreuses expériences. Ces expériences tendent à prouver : 1° que les nerfs vaso-moteurs ne sont pas paralysés après la section transversale de la moelle épinière, faite au niveau de la partie supérieure de la région cervicale ; 2° que les actions vaso-motrices réflexes continuent à se produire malgré la section transversale de la moelle au-dessous du bulbe.

M. Vulpian conclut de ces expériences : « 1° qu'on n'est pas en droit d'admettre un centre vaso-moteur unique, siégeant dans le bulbe rachidien ; 2° que les nerfs vaso-moteurs ont, comme les nerfs musculo-moteurs de la vie animale, des centres spéciaux d'origine et d'action réflexe, échelonnés dans la substance grise de la moelle épinière ; que chacun de ces centres peut agir isolément sur les fibres vaso-motrices auxquelles ils donnent naissance, et qu'il peut subir séparément les diverses influences modificatrices qui font varier le *tonus* vasculaire. »

Laissant de côté les expériences qui ne sont plus, de nos jours, qu'une simple question de procédé opératoire, nous examinerons le but utile, c'est-à-dire le but scientifique que M. Vulpian s'est proposé d'atteindre : prouver, dit-il, à un grand nombre de physiologistes, *surtout en Allemagne*, que le bulbe rachidien n'est pas le centre unique d'origine de tous les nerfs vaso-moteurs.

Les travaux des auteurs français, et en particulier ceux de Longet, nous disent suffisamment ce qu'il faut penser de cette erreur physiologique.

Willis, Haller, G. Cuvier, professaient que le grand sympathique, ou *nerf intercostal*, emprunte son origine aux nerfs de la dixième paire. Plus tard, Bichat proclamait l'indépendance du grand sympathique et en faisait un système à part, sans origine dans les centres nerveux et émettant dans tous les sens des filets de communication. Contrairement à cette manière de voir, Muller et Mayer, Valentin, Longet, ont montré que les fibres d'origine du sympathique s'étendent jusque dans les centres nerveux, et, après eux, on a suivi ces filets originaires non-seulement dans le bulbe, mais encore dans les couches optiques et les corps striés (Luys).

L'anatomie nous dispense donc déjà d'admettre la localisation exclusive de l'origine du vaso-moteur dans le bulbe. Interrogeons la physiologie.

Les expériences de Brachet, Muller, Longet, démontrent de la façon la plus formelle que les fibres du grand sympathique jouissent des deux propriétés, *motricité* et *sensibilité* ; elles prouvent en d'autres termes que l'excitation du grand sympathique peut provoquer des sensations et des mouvements. Or cette considération suffit encore à elle seule pour faire repousser la localisation de l'origine du vaso-moteur dans le bulbe, car si l'animal souffre quand on irrite ces derniers, c'est que les fibres sympathiques s'étendent jusqu'au point du cerveau où se développe la sensibilité.

On sait encore, depuis les expériences de Legallois, Chaussat, Brachet et Sarlandière, que les *actes organiques* des sécrétions persistent après la destruction des centres cérébro-spinaux et par conséquent après la destruction du bulbe rachidien.

Si nous interrogeons la pathologie, nous trouvons de très-nombreux exemples d'influence réciproque du système cérébral sur le système sympathique, ce qui prouve encore une fois que le bulbe rachidien n'a pas le privilége de donner naissance aux vaso-moteurs.

Il n'est pas jusqu'à la tératologie qui ne fournisse son rayon de lumière à cette question. Les monstres amylencéphales ne prouvent-ils pas, en vivant à l'état fœtal, que les phénomènes de nutrition et de circulation peuvent s'opérer en l'absence

des centres nerveux et, par conséquent, en l'absence du bulbe rachidien?

Il résulte des considérations qui précèdent que nos connaissances courantes nous autorisent suffisamment à ne pas nous arrêter plus longtemps à l'opinion *très-étrangère* et nullement française que le grand sympathique tire son origine du bulbe rachidien.

— M. Oré (de Bordeaux), communique à l'Académie, par l'intermédiaire de M. Bouillaud, l'observation d'un malade sur lequel il a opéré sans douleur l'avulsion de l'ongle, après avoir injecté au préalable une solution d'hydrate de chloral (9 grammes d'hydrate de chloral dans 10 grammes d'eau) dans une des veines radiales droites. Le tétanos, qui avait motivé ce *modus faciendi*, n'a pas encore disparu, mais il se trouve sensiblement amélioré.

— Au nom de M. Ch. Pellarin, M. Bouillaud présente une note destinée à fixer un des points de l'histoire doctrinale du choléra.

En 1849, M. Snow, de Londres, publiait un ouvrage intitulé: *On the mode of communication of cholera*, dans lequel il dit en propres termes : « Que, pour produire son effet, la matière morbifique du choléra doit être introduite dans le canal alimentaire et être en réalité avalée accidentellement. »

M. Ch. Pellarin « plaçant aussi l'agent morbifique, non pas exclusivement, mais principalement dans les déjections des sujets atteints du choléra, professe que la voie par laquelle il pénètre le plus communément est la voie pulmonaire. D'où l'indication de la désinfection, de l'enfouissement immédiat des matières rejetées par les malades, l'indication, en un mot, de toutes les mesures efficaces de préservation. » Il ressort de là évidemment que cette seconde doctrine, formulée par M. Pellarin, en 1849, pendant l'épidémie du choléra de Givet, se distingue fondamentalement de la première, et qu'à M. Pellarin appartient l'idée de la contagion possible du choléra par les voies respiratoires.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND. — M. Fleury.

Anévrysme faux consécutif de l'arcade palmaire superficielle.

Observation recueillie par M. Chicou, élève du service.

Mélanie A..., âgée de vingt ans, d'un tempérament lymphatique, enceinte de sept mois et demie, entre le 20 novembre 1873, à l'Hôtel-Dieu de Clermont.

Il y a cinq semaines, une bouteille qu'elle voulait boucher se brisa. Un des fragments lui fit à la paume de la main gauche une plaie petite, mais profonde, par laquelle sortit un jet de sang rutilant.

Cette jeune femme eut l'idée de se lier fortement le poignet, ce qui arrêta l'hémorrhagie, puis elle alla trouver les religieuses de son pays ; la marche rapide qu'elle exécuta détermina un nouvel écoulement sanguin.

Ces dames appliquèrent sur la plaie de la charpie imbibée de perchlorure de fer, mais sans résultat.

M. Malmenaide, de Thiers, fut appelé. Il visita la plaie pour voir si aucun fragment de verre n'y était resté, puis il fit une nouvelle application de perchlorure de fer, qui fut couronnée de succès.

Huit jours après l'accident, la malade éprouva une assez vive douleur à la partie lésée ; l'hémorrhagie ne s'était cependant pas reproduite. Elle alla trouver le même praticien, qui retira la charpie par petites portions sans que le sang coulât et lui prescrivit, pour calmer ses souffrances, des bains d'eau de mauve et des cataplasmes.

Peu de temps après être rentrée chez elle, la jeune femme sentit au fond de la plaie des battements énergiques. Elle n'y attacha, du reste, aucune importance.

Le 17 novembre, après avoir retiré sa main du bain et appliqué des cataplasmes, elle éprouva, aux environs de la plaie, une vive sensation de chaleur ; aussitôt une hémorrhagie se produisit. Le mari de la malade serra immédiatement le poignet et appliqua du perchlorure de fer ; le sang coula dès lors moins abondamment.

De nouveau appelé, M. Malmenaide plaça un bouchon sur le trajet de l'artère cubitale et comprima fortement cette partie du membre supérieur ; mais la constriction énergique, déterminée par la bande, produisit du gonflement à la main. Effrayée de cette complication, la malade se décida à venir à Clermont et à entrer à l'Hôtel-Dieu, où elle fut reçue dans le service de M. Fleury.

A la paume de la main, au-dessous du médius et de l'annulaire, est une plaie de nature ulcéreuse, large de 2 centimètres, les bords en sont rétractés. Dans le fond de la solution de continuité, il y a un caillot noir que soulèvent des pulsations isochrones avec les battements des artères. Les pulsations cessent lorsque l'on comprime la cubitale.

M. Fleury, voyant qu'il avait affaire à un anévrysme faux consécutif de l'arcade palmaire superficielle gauche, se décide à lier l'artère brachiale. Cette opération n'a rien de bien grave, il y a donc lieu d'espérer que, malgré la position dans laquelle elle se trouve, la malade la supportera bien. Quant à la plaie de la main, un pansement simple devra suffire.

Le 21 novembre, l'opération est pratiquée. Le chloroforme n'a pas été employé.

Une incision de cinq à six centimètres est faite au tiers moyen de la partie interne du bras. Une artère de la peau, qui a été divisée, est liée ; la gaîne des vaisseaux fémoraux ouverte et le nerf médian refoulé en dedans, un fil est placé sur un vaisseau, qui paraît moins volumineux que l'artère brachiale. M. Fleury explore ensuite les battements des artères : ceux de la radiale sont seuls perçus ; la cubitale ne bat plus ; ce n'est donc pas la brachiale qui a été liée. Craignant d'être tombé sur une collatérale, le chirurgien fait une ligature sur un vaisseau plus volumineux et situé plus en dehors, mais la radiale bat toujours, ce qui fait supposer que le vaisseau lié est une des veines brachiales.

Il y a là évidemment une anomalie. La brachiale doit se bifurquer au-dessus du point normal ; la branche interne a été seule liée, mais le résultat cherché est obtenu, car les battements de l'anévrysme ont cessé.

Les fils une fois assujettis, les deux plaies sont pansées simplement : celle qui a été faite pour lier l'artère a été réunie préalablement au moyen de bandelettes agglutinatives. La malade a supporté courageusement l'opération.

Dans la journée, elle n'éprouve aucun malaise ; le soir le pouls est seulement un peu élevé.

Les jours suivants, l'état général est excellent, la plaie a un très-bon aspect et marche rapidement à la guérison ; la suppuration, entretenue par la présence des fils, est assez abondante : la malade n'accuse aucune douleur, elle se plaint seulement d'éprouver de la pesanteur à la main blessée.

Le 29 novembre on commence à sentir au poignet les battements de l'artère cubitale, assez faibles d'ailleurs.

Le 30, les fils sont retirés. La plaie de la main, débarrassée des caillots, est presque cicatrisée, mais il existe toujours un peu de roideur aux articulations métacarpo-phalangiennes du médius et de l'annulaire gauche.

Le 2 décembre la malade quitte l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant.

Un mois après la sortie de cette jeune femme, le 2 janvier de cette année, nous trouvons dans le service un ouvrier charron âgé de vingt-neuf ans, qui trois jours auparavant a été frappé avec une tarière servant à creuser les roues des voitures. Une plaie de 7 centimètres s'observe à la face antérieure et interne de l'avant-bras gauche. Ce malade nous assure qu'il a perdu une grande quantité de sang qui s'échappait par jets saccadés, mais la facilité avec laquelle il a été arrêté par la religieuse de son village, au moyen d'un tampon de

charpie imbibé de perchlorure de fer, la tendance qu'ont les gens du peuple à s'exagérer les pertes sanguines, le peu de profondeur que présente la plaie, nous portent à penser que l'artère cubitale n'a pas été intéressée ; on se borne donc à un pansement simple.

Le 7 janvier à six heures du matin, l'interne de garde est appelé à la hâte, fort heureusement il était déjà sur pied, il accourt auprès du malade qu'il trouve baigné dans son sang.

Une compression directe arrête l'hémorrhagie pendant qu'on cherche un tourniquet, qui est placé à la partie moyenne du bras.

M. Fleury arrive quelques instants après, maintient la compression latérale et fait tout préparer pour la ligature de l'artère brachiale. Une compression exercée au moyen de tampons de charpie imbibés de perchlorure de fer lui paraît un moyen trop infidèle pour la circonstance; une seconde hémorrhagie analogue à la première pourrait entraîner la mort du blessé.

L'opération est pratiquée à huit heures du matin, elle n'offre aucun incident particulier. Nous étions parfaitement rassurés sur ses suites, lorsque cinq jours après du sang s'échappe par la plaie ; on l'arrête facilement, mais on aperçoit dans le point très-limité qui le fournit un tubercule rougeâtre qui paraît formé par du sang coagulé.

Deux jours après, une seconde hémorrhagie se reproduit; cette fois il existe un battement très-manifeste qui est perçu par le malade.

Que faire en pareille circonstance ? Doit-on toucher la tumeur avec un bouton de feu comme l'ont fait en pareille circonstance Jobert de Lamballe et après lui M. Le Fort? (1) M. Fleury aurait craint que la cautérisation ne s'étendît au nerf cubital; il attendit encore, et le lendemain (25 janvier) on ne sentait plus aucune pulsation sur le trajet du vaisseau. Malheureusement cette amélioration ne fut pas de longue durée, dans la nuit du 26 au 27, une troisième hémorrhagie se produisit.

La ligature de la cubitale parut dès lors indiquée cette fois. L'opération a été plus laborieuse, la plaie est tapissée de bourgeons charnus exubérants, l'aponévrose antibrachiale mortifiée commence à s'exfolier; le tendon du cubital antérieur est néanmoins mis à nu. Un des rameaux du nerf cubital est si volumineux qu'il est pris pour le tronc nerveux lui-même; mais, lorsqu'on passe un fil autour de ce dernier en croyant lier l'artère à la veine, les douleurs qu'éprouve le malade indiquent bien évidemment que ce n'est pas un vaisseau qui est lié. On coupe la ligature, et, pour trouver l'artère, on est forcé d'arriver sur le petit tubercule sanguin. Là on s'aperçoit qu'elle n'a été divisée qu'incomplétement, ce qui explique la persistance des hémorrhagies. On achève la section et l'on place un fil sur le bord supérieur du vaisseau au-dessus de la petite tumeur anévrysmale.

A dater de ce moment tout écoulement de sang a cessé et tout fait espérer que le blessé pourra, comme par le passé, reprendre son métier de charron.

A la fin du mois, en effet, il était complétement guéri.

A propos de ce malade, M. Fleury a passé en revue les principaux faits de sa clinique qui offrent bien un certain intérêt.

Il a pratiqué 14 fois la ligature de l'artère humérale; 7 fois pour des anévrysmes faux primitifs ou consécutifs à une saignée du bras, 6 fois pour des plaies artérielles, 1 fois pour arrêter une hémorrhagie survenue à la suite d'un panaris gangréneux du pouce. Ces opérations ont constamment réussi.

Faut-il, en pareille circonstance, lier le tronc du vaisseau? Ne pourrait-on pas se borner à étreindre, avec un fil ciré, quelques-unes des branches qui ont été divisées?

Si l'on est appelé au moment même ou peu de temps après que la blessure a été faite, il n'y a pas à hésiter; il faut découvrir le vaisseau, en lier une de ses extrémités ou les deux si elles fournissent du sang; mais, au bout de quelques jours, les conditions ne sont plus les mêmes, la plaie s'est enflammée, les bourgeons celluleux et vasculaires qui se sont développés forment une couche uniforme qui masque la couleur et la nature des parties; le vaisseau est parfois situé trop profondément ou recouvert par des tissus dont la texture est trop serrée, comme à la paume de la main; on ne peut pas alors le découvrir, il faut s'adresser au tronc lui-même.

(1) Malgaigne, *Nouveau traité de médecine opératoire*, p. 472.

Il n'y a qu'une seule circonstance où l'opération peut ne pas être suivie de succès, c'est lorsque l'artère est incomplétement divisée, comme on l'a vu dans l'une des observations ci-dessus relatées.

Le premier fait qui m'a frappé, dit le professeur, est celui que j'observai, en 1850, chez un jeune homme, âgé de seize ans, qui s'était ouvert l'artère radiale avec la pointe d'un couteau depuis vingt jours. Le premier espace interosseux de la main gauche avait été divisé par l'instrument tranchant. Au bout de douze jours, eut lieu une première hémorrhagie, elle fut suivie de deux autres, ce qui décida le malade à entrer à l'Hôtel-Dieu de Clermont, où il fut reçu le 19 juin.

La ligature de la radiale était assurément bien indiquée puisqu'en la comprimant au-dessous de l'articulation radio-carpienne, l'écoulement du sang paraisssait s'arrêter. Je pratiquai l'opération, mais à peine fut-elle pratiquée que l'hémorrhagie se reproduisit. Je procédai séance tenante à la ligature de l'artère brachiale. Le malade guérit promptement.

Deux ans après, le 24 juillet 1852, je fus appelé au village de Saint-Ours pour y voir un jeune homme de dix-sept ans qui s'était piqué, quelques jours auparavant, l'arcade palmaire superficielle de la main gauche avec un clou. L'étroitesse de l'ouverture, le défaut de parallélisme des parties divisées avaient empêché le sang de sortir en grande quantité, mais au bout de quinze jours, une tumeur violacée et pulsative se montra à la paume de la main; le malade la prenant pour une verrue, la coupa avec son couteau; un écoulement très-abondant se fit à l'instant même.

Un médecin de Pontgibaut, mandé immédiatement, fit exercer une forte compression avec de la charpie et me fit appeler.

La plaie était bien petite; peut-être la ligature de la cubitale eût-elle été suffisante, mais le médecin du village m'assura que la compression des artères radiale et cubitale n'arrêterait pas complétement l'hémorrhagie.

Il n'y avait donc plus à hésiter; je liai l'artère humérale, le blessé est parfaitement guéri.

Il y a quatre à cinq ans, j'ai été appelé par deux médecins de Clermont auprès d'une jeune fille qui avait eu la main gauche blessée par un carreau de vitre; une des artères avait été ouverte, un écoulement de sang abondant était la conséquence de la blessure. Sous l'influence d'agents hémostatiques aidés d'une compression un peu forte, les accidents avaient été conjurés et l'on croyait la malade à l'abri de tout danger.

Une seconde hémorrhagie eut lieu au bout de quelques jours, les mêmes moyens réussirent à l'arrêter; la plaie paraissait marcher à la guérison, lorsqu'une nuit, sans cause connue, l'enfant perdit une si grande quantité de sang qu'on craignit un instant de la voir mourir.

Les parents me prièrent de me joindre à mes deux confrères. « J'y consens, leur dis-je, mais à la condition qu'on me permettra de lier l'artère du bras. »

La jeune fille fut endormie avec du chloroforme pour la mettre à l'abri de toute espèce de mouvement. L'artère humérale fut liée, le succès le plus complet suivit l'opération

Un habitant de Gelles, âgé de quarante-trois ans, sabotier, fut reçu, à l'Hôtel-Dieu de Clermont, le 28 août 1860, pour y être traité d'un anévrysme faux primitif de l'arcade palmaire. Le blessé était tombé, neuf jours auparavant, sur un couteau qui avait divisé les muscles de l'éminence hypothénar. Une

hémorrhagie avait eu lieu à l'instant même, on l'avait arrêtée en tamponnant.

Le 23 août, le malade vient à Clermont, un nouvel écoulement de sang se produisit dans l'auberge où il était descendu ; cette fois, on fit la compression avec des tampons imbibés de perchlorure de fer, ce qui n'empêcha pas une nouvelle hémorrhagie de se reproduire ; il se décida enfin à entrer à l'hôpital, où je lui pratiquai la ligature de l'artère humérale. La guérison fut aussi prompte que facile.

Au mois de février 1867, je reçus également un jardinier, âgé de quarante-six ans, qui, le 19 avril, avait été blessé au coude gauche par un couteau. A l'instant même, nous dit-il, du sang s'était écoulé en abondance, ce qui nous fit penser qu'une artère volumineuse avait été intéressée.

Pendant quatorze heures on eut recours à une compression énergique, ce qui n'empêcha pas que, dans la nuit du 28 février au 1er mars, une seconde hémorrhagie ne se reproduisît. La ligature de la brachiale fut pratiquée et suivie, comme chez les autres malades, de succès.

Enfin, le dernier qui subit cette opération était un habitant de la campagne, âgé de cinquante-huit ans, qui s'était piqué le pouce de la main gauche, avec un buisson. Le panaris qui en fut la conséquence se termina par gangrène ; les escarres se détachèrent avec une si grande rapidité qu'une hémorrhagie s'ensuivit.

Différents hémostatiques avaient échoué, la ligature de l'artère brachiale, non-seulement arrêta l'écoulement du sang, mais contribua à accélérer la guérison en faisant diminuer l'afflux des liquides dans le membre.

La ligature de l'artère du bras est en général une opération facile ; néanmoins les anomalies si communes dans le système artériel peuvent quelquefois embarrasser le chirurgien.

Une autre particularité bien importante, qu'il ne faut pas oublier, c'est que les battements qui sont si facilement perçus à l'état normal et qui peuvent servir de guide dans l'incision de la peau, n'existent plus lorsque le vaisseau est à découvert.

Chez le jeune homme du village de Saint-Ours, le nerf médian, au lieu d'être placé au devant de l'artère, se trouvait sur le même plan, la coloration imprimée par le sang rendait leur teinte uniforme, on ne pouvait savoir qu'en les pinçant quel était, du vaisseau ou du nerf, celui qu'on touchait, la sensibilité de l'un si différente de celle de l'autre était la seule indication qui pût mettre sur la voie.

Chez la jeune fille opérée à Clermont, l'artère n'était pas derrière le nerf médian, je fus forcé de prolonger l'incision dans la direction de l'aisselle pour découvrir le tronc qui se bifurquait au tiers supérieur du bras.

Enfin, dans l'une des dernières opérations pratiquées sous vos yeux, vous avez vu que l'artère cubitale avait été liée à la partie moyenne du bras et prise pour l'humérale.

Puisque cette opération est aussi généralement suivie de succès, ne pourrait-on pas se demander comment, dans une circonstance tout exceptionnelle, il est vrai, l'hémorrhagie s'était reproduite dans l'artère primitivement ouverte ?

MM. Jobert et Le Fort ont dû recourir au cautère actuel pour se rendre maîtres du sang après avoir lié les trois vaisseaux du bras et de l'avant-bras.

Si nous en jugeons d'après ce qui s'est passé chez le dernier malade opéré à l'Hôtel-Dieu de Clermont, ne serait-on pas tenté de croire que la section de l'artère avait dû être incomplète, que le caillot oblitérateur n'avait pas eu le temps de se former, et que le cautère a achevé une section que n'avait pu faire l'agent vulnérant ?

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE LA NÉCROSE DE CAUSE PHOSPHORÉE.

Par M. le docteur A. Jagu (1).

Conclusions. — La nécrose peut, en se propageant aux os du crâne, envahir successivement les os malaires, les palatins, les cornets, le vomer, l'ethmoïde, le temporal et même l'occipital, envahissement nécessairement mortel et qui donne lieu à des symptômes divers, en rapport avec les organes qui sont atteints. — Les principales causes de cette extension doivent être surtout rapportées à la présence prolongée des os nécrosés dans les tissus et au défaut des voies d'écoulement du pus. — Chez les individus soumis à l'action phosphorique et atteints de nécrose, la propagation de l'inflammation ostéo-périostale a lieu par continuité. — Le travail éliminatoire de l'os n'entraîne pas nécessairement l'arrêt du processus morbide. — La marche rapide de l'ostéo-périostite phosphorique et son extension considérable s'opposent souvent, surtout par la suppuration abondante qui en est la conséquence, au travail de la régnération osseuse. — Les suppurations osseuses prolongées et les troubles digestifs, qui en résultent, exposent à la mort en produisant des lésions viscérales, telles que dégénérescence amylacée ou stéatose des viscères, etc. — On ne doit pas mettre sur le compte du phosphore les cas de stéatose observés dans cette affection. — Excepté dans certains cas particuliers, mais très-restreints, où l'expectoration peut être permise, on doit, d'une manière générale, considérer comme urgente et nécessaire l'intervention chirurgicale, avant la mobilisation du séquestre, toutes les fois que la nécrose paraît avoir une marche extensive ou que l'état général menace de s'altérer. Mais cette intervention comporte des indications spéciales qui sont soumises, suivant les conditions particulières à chaque cas, à l'appréciation du chirurgien.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 août 1873. — Présidence de M. Lunier.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Une lettre annonçant la fusion des deux sociétés de médecine de Bordeaux dans la Société médico-chirurgicale.

La lettre suivante de M. le docteur Bédoin à propos du rapport de M. Aimé Martin sur son travail et de la discussion sur la syphilis vaccinale :

« Je viens de lire dans la *Gazette des Hôpitaux* (nos 72 et 77 ; — 24 juin et 5 juillet), le rapport de M. Aimé Martin sur mon mémoire relatif à *Deux cas de syphilis développée après la vaccination, mais non transmise par elle.*

« Je remercie vivement M. A. Martin d'avoir honoré mon travail d'une analyse si consciencieuse et en même temps si bienveillante, mais en même temps je demanderai à mon honorable contradicteur la permission d'y relever quelques petites inexactitudes, sans vouloir rentrer dans la discussion.

« En premier lieu, la note abrégée concernant l'état de santé de L..., l'un des vaccinifères de la série à laquelle appartenait J..., au lieu de m'avoir été communiquée par mon collègue du 97e de ligne, a été rédigée par moi-même au commencement de 1870, après avoir examiné avec soin ce militaire (1).

« En second lieu, la note de M. le docteur Noël au sujet du premier vaccinifère C..., se rapporte à l'état de santé de ce soldat en février 1870, au lieu de ne se référer qu'au mois de novembre 1869, car M. Noël, en qualité de médecin major de deuxième classe, — comme C..., à titre de soldat de la compagnie hors rang, — était

(1) In-8° avec planche. — Prix : 1 fr. 50. — Adr. Delahaye.

(2) Voir mon mémoire, reproduit par la *Gaz. des Hôp.*, n° 66 (10 juin), p. 525, 2e col.

resté au dépôt du 97e, à Quimper, pendant que les bataillons mobilisés étaient venus à Lyon (1).

« Enfin, MM. Rollet et Viennois, de Lyon, n'ont pas été « appelés » à l'hôpital militaire, où personne n'a « voulu avoir leur avis » sur nos deux malades. Ces deux distingués confrères sont venus de leur propre mouvement, — j'ajouterai même sans que nous en soyons informés — les visiter. J'avoue de plus qu'en dépit de leur compétence incontestée, nous n'eussions peut-être pas attaché une importance considérable à une opinion émise après un examen de quelques minutes à peine. »

RAPPORT

Kystes de l'ovaire. — M. BOINET. Au nom d'une commission composée de MM. Leudet, Perrin et Boinet, rapporteur, lit le rapport suivant :

Mes travaux sur l'ovariotomie et les kystes de l'ovaire m'ont valu l'honneur d'avoir été chargé par notre société de vous rendre compte d'un ouvrage qui vous a été adressé par M. le docteur Gallez, médecin-chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Châtelet (Belgique), et qui est intitulé : *Histoire des kystes de l'ovaire, envisagée surtout au point de vue du diagnostic et du traitement.*

Je vous dirai tout d'abord que cet ouvrage, ce qui prouve sa grande valeur, a été couronnée par l'Académie royale de médecine de Belgique, en 1870.

Il y a quelques années à peine, l'étude des kystes de l'ovaire n'était qu'ébauchée, et la chirurgie ou la médecine n'avait pour toute ressource que la ponction de ces kystes, suivie d'injections iodées; encore ce traitement n'était-il applicable qu'aux kystes dont le contenu était séreux, aqueux, semblable à celui de l'hydrocèle; quand le liquide était épais, filant, albumineux, etc., on se bornait à quelques palliatifs, abandonnant à leur sort les malheureuses atteintes d'un mal considéré comme incurable.

Si notre méthode des injections iodées dans les kystes de l'ovaire n'eut pas l'avantage de guérir tous les kystes, elle eut au moins celui de nous faire bien connaître ceux qui ne pouvaient pas guérir par les injections iodées et de nous faire distinguer ceux qui étaient susceptibles de guérison par cette méthode, de ceux qui ne l'étaient pas. Aujourd'hui encore la méthode des injections iodées est encore le traitement le meilleur et le moins dangereux pour les kystes uniloculaires simples et à liquide séreux. Ceux, à liquides épais, gélatineux, autrement dit les kystes multiloculaires, qui malheureusement sont les plus nombreux, n'avaient pas encore trouvé leur remède et continuaient à faire le désespoir des malades et des chirurgiens, lorsque le bruit d'une opération hardie, entreprise comme ressource extrême de malades fatalement vouées à la mort, et couronnée de succès, nous vint d'Amérique. Ce bruit venait de loin, on ne voulut pas y croire tout d'abord, et à l'exception de quelques rares chirurgiens qui voulurent bien y prêter l'oreille, la masse des chirurgiens ne voulut pas en tenir compte. Tout le monde ici se souvient encore de la fameuse discussion de l'Académie de médecine en 1856, sur l'ovariotomie, à l'occasion d'une communication de M. Barth. Cette opération reçut le coup de grâce et fut reléguée, comme une indignité, parmi les rêves de la chirurgie, mais depuis quelle marche rapide, quel triomphe inattendu pour l'ovariotomie si mal traitée par l'Académie de médecine !

Quelques chirurgiens anglais, jugeant la question autrement que nos chirurgiens français, se mirent à l'œuvre et publièrent des faits qui donnèrent à réfléchir à plusieurs d'entre nous. Pour notre compte, après une étude attentive de tous les faits publiés par des hommes éminents, nous résolûmes de tenter cette opération, et nous la fîmes le premier à Paris en 1859. Depuis cette époque les faits ont parlé, et l'ovariotomie est devenue la conquête la plus brillante de la chirurgie moderne.

C'est cette conquête que M. Gallez a étudiée avec soin ; jetant un regard en arrière sur le chemin parcouru, réunissant, étudiant, condensant les nombreux matériaux accumulés de tous les côtés et pesant consciencieusement, dans une froide inquisition, les éléments et les arguments apportés par de hardis pionniers de la chirurgie militante, il a voulu constituer un tout qui représentât l'état de la science au sujet de cette question.

La tâche était lourde, mais M. Gallez l'a accomplie avec un rare bonheur, et en consultant tous les ouvrages spéciaux sur la matière, les nombreuses publications faites en Angleterre, en France, en Allemagne, en Italie, en Belgique, etc., il a pu réunir de nombreux matériaux avec lesquels il a pu faire une histoire complète des kystes de l'ovaire et de leur traitement ; il l'a faite avec une justice et une appréciation remarquables, rendant à chacun ce qui lui appartient.

Si parfois quelques erreurs se sont glissées dans son œuvre, ce n'est nullement sa faute : elles étaient inévitables, il les a rapportées telles qu'il les a trouvées publiées. Certaines statistiques, par exemple, manquent d'exactitude, et, comment pouvoir les vérifier quand on est loin de ceux qui les font. Il les a donc citées avec bonne foi, croyant vraies les statistiques de certains faiseurs... Vouloir passer aux yeux du public pour faire mieux que les autres est une tendance de certains esprits qui se moquent de la science, comme de la vérité, mais qu'ils y prennent garde, si les morts se taisent, les survivants parlent, et tôt ou tard, la vérité est connue. Il est vrai qu'ils gagnent en argent ce qu'ils perdent en considération, mais peu leur importe, leur but est atteint.

M. Gallez a divisé son livre en un grand nombre de chapitres, ce qui permet d'étudier avec facilité toutes les questions relatives aux kystes de l'ovaire et à leur traitement, de plus il a réuni en un atlas les meilleures figures qu'il a rencontrées dans les auteurs, et terminé par un index bibliographlique très-complet.

Dans le premier chapitre, il traite de la définition des kystes de l'ovaire, étudie leur origine et les opinions des auteurs sur ce point, et conclut avec nous que la formation des kystes ovariques échappe à toute investigation à leur début, et qu'on est réduit à des hypothèses plus ou moins bien fondées. Il passe ensuite à la formation des kystes, rappelant les opinions de Kiwisch, de Robin, Ordônez, Rokitanski, etc., s'occupant ensuite de leur développement, de leur composition et des variétés nombreuses qui les constituent; leur anatomie pathologique est étudiée avec soin dans ce chapitre, qui contient l'étude des kystes dermoïdes.

Le chapitre deuxième est consacré aux variétés et aux complications des kystes; il énumère les douze ou treize classifications établies par les auteurs et arrive à l'étude des kystes uniloculaires et multiloculaires, des kystes mixtes ou composés.

La structure des kystes de l'ovaire est l'objet du troisième chapitre; il passe en revue l'épaisseur des parois kystiques, la structure de leur surface externe et interne, la nature de leur contenu, sans oublier l'analyse chimique et microscopique des liquides kystiques; enfin il termine ce chapitre en rappelant la situation des kystes, et les symptômes anatomo-pathologiques de voisinage qu'ils peuvent faire naître.

Dans un quatrième chapitre que nous aurions mieux aimé voir placé dans le premier chapitre, lorsqu'il est question de l'origine des kystes, M. Gallez traite de l'étiologie des kystes, de leurs causes déterminantes sur lesquelles il règne encore une grande obscurité, puis à la page 99, dans un cinquième chapitre, vient l'étude des symptômes subjectifs et celle des symptômes objectifs, suivant le volume du kyste.

Le sixième chapitre traite de la marche des kystes de l'ovaire, de leur durée, de leur pronostic et de leur terminaison lorsqu'ils sont abandonnés à eux-mêmes.

Dans un autre chapitre sont étudiées les complications des kystes de l'ovaire et l'influence de ces tumeurs sur la conception, la grossesse, l'accouchement et l'état puerpéral, etc.

Dans le chapitre suivant, l'auteur étudie avec soin le diagnostic différentiel, il passe en revue toutes les maladies, au nombre de plus de quarante, qui peuvent être prises pour des kystes de l'ovaire, qu'elles soient placées dans le petit bassin ou au-dessus du détroit supérieur ; dans ce même chapitre se trouve une étude bien faite du diagnostic des différentes variétés de kystes entre elles, des kystes uniloculaires, multiloculaires, dermoïdes, etc. ; puis enfin le diagnostic de la nature du contenu, puis des adhérences et des relations des kystes avec toutes les parties environnantes.

---

(1) V. *Gaz. des Hôp.*, n° 66, p. 525, 1re et 2e col.

Enfin arrive un dixième chapitre consacré aux différents traitement des kystes de l'ovaire.

Le traitement médical, dont les résultats sont absolument nuls, comme on le sait, est exposé aussi complétement que possible ; puis l'auteur passe aux divers traitements chirurgicaux, il les expose avec de longs détails, les apprécie à leur juste valeur et n'omet rien de ce qui peut intéresser dans leur application ; c'est ainsi qu'il parle de la ponction simple qui n'est que palliative, de ses indications et de ses contre-indications, de ses dangers et de ses inconvénients, et, comme moyen curatif, de la ponction suivie d'injections iodées, et des cas qui conviennent à ce mode de traitement : la sonde à demeure, le séton, le drainage, l'aspiration du liquide des kystes, moyen proposé par le docteur Ruys, de Bruxelles, en 1865, et enfin de l'extirpation radicale de la tumeur ou de l'ovariotomie, rien n'échappe à son étude.

Il expose l'histoire complète de l'ovariotomie, avec les statistiques successivement établies; il envisage les indications et les contre-indications, son pronostic, les méthodes et les détails opératoires, le pansement, les soins consécutifs, les accidents et les complications consécutifs à l'opération, avec le traitement qu'ils réclament ; enfin dans un tableau où il classe le résultat des opérations d'après les divers pays, il nous apprend que, au 1er janvier 1870, sur 2,187 opérations d'ovariotomie, on avait obtenu 1,331 guérisons, 845 morts, ce qui donne en masse 38,60 pour 100 de mortalité, et 71,40 de succès ; résultat magnifique, surtout si l'on considère la nature de la maladie et la gravité de l'opération. Mais peut-on se fier à toutes les statistiques, et a-t-on tenu compte des causes d'erreur que donne la non-publicité des insuccès, comme aussi des guérisons publiées qui ne se sont pas maintenues, ainsi que cela arrive quand on ne peut collationner que les observations contenues dans les recueils ou journaux scientifiques....

Il y aurait un moyen de convaincre les incrédules, ce serait, au lieu de leur présenter des statistiques en masse qu'on ne peut vérifier, de donner le nom de chaque opérée, son adresse, son âge, le diagnostic de la tumeur, le jour de l'opération, le nom des assistants à l'opération, l'indication des complications pendant l'opération, l'autopsie de la tumeur et enfin le résultat de l'opération quelques mois après. Alors les incrédules, et ils sont nombreux, ouvriraient les yeux et ne pourraient se refuser à l'évidence. Alors les statistiques publiées jusqu'à présent et considérées comme entachées d'erreur, acquerraient la valeur qu'elles méritent, puisque les nouvelles statistiques publiées avec les garanties que nous venons d'indiquer viendraient confirmer les premières.

La maladie de l'ovaire n'est pas une de ces maladies honteuses, déshonorantes, capables de nuire à la considération d'une malade ou d'une famille, que l'on cherche à dissimuler ; nous sommes convaincu, d'après notre expérience, que pas une malade, trop heureuse d'être guérie, se refuserait à donner les renseignements qu'on lui demanderait ou à permettre qu'on les donne. Pour notre compte, depuis 1859, que nous pratiquons l'ovariotomie, nous avons pris le soin de prendre une note exacte et détaillée, non-seulement sur les malades que nous avons opérées, mais sur toutes celles qui sont venues nous consulter, et que nous n'avons plus soignées, soit qu'elles aient été se faire opérer par d'autres ou qu'elles aient conservé leur maladie. Avec les renseignements ultérieurs que nous nous sommes procurés, soit qu'elles habitassent Paris ou la province, nous avons pu savoir ce qu'elles étaient devenues, et, nous devons le dire, nous ne les avons pas toujours vu figurer dans les statistiques de ceux qui les avaient opérées. Il est vrai de dire qu'elles ne pouvaient pas compter parmi les succès. Espérons donc que les statistiques seront faites très-régulièrement à l'avenir, et que le nombre des incrédules aux succès de l'ovariotomie diminuera.

Telles sont, messieurs, les réflexions que nous a suggérées l'excellent livre de M. Gallez, qui mérite à tous égards de recevoir le titre, qu'il sollicite, de membre correspondant de votre société.

HONORARIAT

M. Oulmont est nommé membre honoraire, à la majorité des membres présents.

ÉLECTIONS

M. Charles Abadie est nommé membre titulaire à la majorité des membres présents.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. DE SAINT-GERMAIN. J'ai l'honneur de présenter à la société l'instrument dont j'ai parlé dans la dernière séance, et qui m'a servi à continuer mes expériences sur la laryngotomie crico-thyroïdienne sans effusion de sang.

Cet instrument, construit par M. Mathieu, a la forme d'un canif. — Dans le manche en ivoire glisse, mue par un curseur dont le bouton est facilement accessible à l'extérieur, une lame de platine dont l'extrémité rappelle la forme de la flamme des vétérinaires. Cette lame est portée au rouge cerise à l'aide d'une simple lampe à alcool. — Il est alors facile grâce aux graduations tracées sur la lame, de limiter la saillie à 1 centimètre un quart. — C'est cette longueur de l'instrument que l'on peut introduire d'un coup, à l'aveuglette, pour ainsi dire dans la membrane crico-thyroïdienne, sans craindre de léser la paroi postérieure ou les parois latérales du larynx. C'est du moins ce qui ressort des dernières expériences que j'ai pratiquées sur deux sujets, l'un de quatorze mois, l'autre de quinze ans.

Les instruments que je présente ensuite à la société sont destinés à enlever les amygdales dites enchatonnées et par conséquent impossibles à saisir dans la lunette de l'amygdalotome.

Ils consistent en : 1° une paire de pinces dites à cadre, construites par M. Lüer, ne présentant aucune aspérité, et donnant une prise des plus considérables ; 2° deux bistouris courbés sur le plat et boutonnés. L'un sert pour l'amygdale droite, l'autre pour l'amygdale gauche.

Voici comment j'ai maintes fois pratiqué l'opération à l'aide de ces instruments.

Le malade étant solidement maintenu la tête renversée en arrière, la bouche maintenue ouverte à l'aide d'un bâillon introduit entre les molaires du côté opposé à celui de l'amygdale à extirper, je saisis fortement cette amygdale à l'aide des pinces ci-dessus décrites, en m'efforçant de la pincer tout entière de bas en haut entre les deux cuillers de cette pince. Je fixe alors le cran d'arrêt. Attirant ensuite l'amygdale en haut et en dedans, je glisse le bistouri courbé sur le plat au-dessous d'elle, et je la sectionne de bas en haut à l'aide de mouvements de va-et-vient très-étendus.

L'avantage que présente la pince que je viens de décrire est d'avoir une très-forte prise, de ne point donner une goutte de sang; enfin de ne jamais déchirer l'amygdale. Quant aux bistouris ils constituent tout simplement une modification du bistouri droit dit de Blandin.

DISCUSSION

M. DUROZIEZ. Pour faire l'amygdalotomie, j'emploie le serre-nœud qui enlève l'amygdale complétement. — La difficulté est d'engager l'amygdale dans l'anse de fil de fer.

M. DE SAINT-GERMAIN. Je l'ai vu employer par M. Maisonneuve, qui y a renoncé, parce qu'on échoue souvent. — Il faut un malade très-docile, et l'anse de fil de fer recuit, étant très-souple, n'offre pas une rigidité suffisante pour être facilement placé.

M. BOINET. Je demanderai à M. de Saint-Germain, si dans le cas d'amygdale enchatonnée, et surtout lorsque l'amygdale descend très-bas à la base de la langue, il peut saisir facilement de haut en bas l'amygdale avec la pince qu'il vient de nous montrer.

M. DE SAINT-GERMAIN. Justement hier, j'ai opéré une amygdale très-volumineuse. Je ne la saisis que par sa moitié supérieure, mais cela a suffi pour soulever assez son segment inférieur et faire facilement sa section.

M. GILLEBERT D'HERCOURT. Chez des enfants de huit à quatorze ans, j'ai fait fondre les amygdales très-développées, en leur faisant faire régulièrement tous les jours de la gymnastique du pharynx. — Pour cela on leur faisait jouer du hautbois et vocaliser.

M. BOINET. Je ne sais si l'on doit attribuer à la gymnastique ces résultats. Car nous avons tous vu des amygdales très-grosses qui n'ont pu être enlevé parce que les enfants s'y opposaient, diminuer spontanément, et avoir un volume normal après quelques années.

M. CHARRIER. Il arrive fort souvent qu'en opérant une seule

amygdale, on voit l'autre diminuer spontanément de volume et prendre son état normal.

M. PETER. Je ne vois pas bien comment la gymnastique proposée par M. Gillebert d'Hercourt peut agir.

Je suis de l'avis de M. Boinet, on voit souvent des amygdales volumineuses diminuer avec l'âge et arriver à leur état normal. En voici, je crois, la raison.

Dans la majorité des cas, les amygdales hypertrophiées, sont dues à une hyperhémie continue, et à des amygdalites à répétition. Et cela se produit surtout chez les scrofuleux qui sont atteints de coryza chronique. Les enfants qui ont un coryza respirent constamment par la bouche, l'air froid et sec arrive directement sur les amygdales, les dessèche et provoque l'hypérhémie et les amygdalites.— Par l'âge et le développement, le coryza chronique s'éteint; l'enfant respirant par le nez, l'air arrive dans l'arrière-gorge déjà humide et à une température plus élevée; alors les amygdales diminuent.

M. DELASIAUVE. J'ai vu un enfant qui avait les amygdales assez grosses pour qu'il y ait suffocation. Je lui ai fait mettre des sangsues au cou. Celles-ci mal arrêtées, il y a eu hémorrhagie. A la suite de cela, quatre jours après, les amygdales étaient revenues à leur état normale.

Souvent, dans mon service, je traite les amygdales hypertrophiées par des instillations répétées de poudre d'alun et cela avec succès.

(*A suivre.*)

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux

Monsieur le rédacteur,

Un membre de phrase a été omis dans l'exemplaire du programme des prix à décerner en 1875, qui vous a été adressé le 21 février et que vous avez bien voulu reproduire.

La fin du troisième paragraphe doit être rédigée ainsi :

.... des secours alimentaires distribués aux pauvres, *la valeur nutritive des conserves de toutes sortes, des extraits de viandes, des laits, des beurres artificiels, etc., etc.*

Je vous serais bien obligé, monsieur le rédacteur, si vous faisiez insérer cette rectification dans le prochain numéro de votre journal.

Des exemplaires de ce programme seront d'ailleurs tenus à la disposition des personnes qui voudraient concourir. Elle n'auront qu'à faire parvenir une demande au secrétaire général, soit à son domicile, soit au siége de la société, allées de Tourny, 10.

Veuillez agréer, monsieur le rédacteur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Bordeaux, le 23 février 1874.

Le secrétaire général, Dr C. S. DOUAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Nancy. — A la suite du concours ouvert le 8 février dernier, ont été nommés externes des hôpitaux : MM. Larue, Goebel, Houpert, Guillemin, Lomuller, Cornet, Block et Fortuner.

— M. George Ville, professeur de physique végétale au Muséum d'histoire naturelle, ouvrira ce cours le mardi 3 mars 1874, à deux heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine à la même heure.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 27. — JEUDI 5 MARS 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 5 MARS 1874. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A défaut d'ordre du jour, l'Académie s'est mise à causer, et la séance n'en a pas été moins intéressante. Deux sujets soulevés incidemment à l'occasion du procès-verbal et de la correspondance ont fait les frais de cette instructive conversation.

Le premier est relatif à l'action de l'eau sur le plomb, au prétendu danger inhérent au transport des eaux potables dans des conduites de plomb. On n'a pas oublié la petite agitation qui s'est faite un moment autour de cette question, qui, de la presse, a été successivement portée devant le conseil municipal de Paris, devant l'Académie des sciences et le conseil de salubrité. La *Gazette* a tenu ses lecteurs au courant de tout ce qui a été dit d'important à ce sujet à l'Académie des sciences.

C'est à l'occasion du rapport que M. Boudet a été appelé à faire sur le même sujet au conseil de salubrité, et dont il a communiqué les conclusions à ses collègues, que la question dite « de la guerre au plomb » s'est trouvée portée devant l'Académie de médecine. Les chimistes de l'Académie qui ont pris la parole, MM. Wurtz, Gobley, Poggiale, Boudet, ont été d'accord pour déclarer qu'à leurs yeux l'usage des conduites de plomb pour le transport des eaux potables n'a pas les dangers qu'on lui a attribués. Si l'eau distillée attaque vivement et rapidement le plomb, il n'en est plus de même des eaux de source ou de rivière; alors même qu'elles l'attaquent, il n'en résulte qu'un dépôt, sur les parois des tuyaux, d'un sel double de carbonate de plomb et de carbonate de chaux insoluble, et partant incapable d'adultérer l'eau et de lui imprimer des qualités malfaisantes. La preuve en est dans les résultats constamment négatifs des recherches faites pour déceler la présence du plomb dans les eaux distribuées par ces conduites. Mais la preuve beaucoup plus directe, et — qu'on me passe le mot — beaucoup plus probante de l'innocuité de l'usage des conduites de plomb, pour la circulation des eaux, est l'absence constatée de tout accident, de tout signe d'intoxication plombique dans les populations qui font usage d'eaux ainsi transportées. Si l'on récuse le témoignage que l'on pourrait tirer de la population de Paris, où tant de causes diverses combinées rendent l'analyse des effets difficile, on ne récusera pas du moins des témoignages tels que ceux de M. Raynal pour l'école d'Alfort, et de M. Th. Roussel pour une petite localité circonscrite où l'observation est d'autant plus facile.

Le second sujet de conversation a été une suite de la petite discussion engagée mardi dernier sur le rapport de M. J. Lefort, relatif au rôle du phosphore et des phosphates dans la putréfaction. M. Colin avait adressé à M. Lefort une question à laquelle celui-ci n'avait pas cru devoir répondre; la question, en effet, ne lui était pas destinée, et passait à côté de lui pour aller frapper sur M. Pasteur. Mais M. Pasteur, absent en ce moment, était présent hier, et il a bien prouvé qu'on ne l'interpelle pas en vain et qu'on n'attaque pas impunément sa doctrine de la fermentation vivante. De là une très-intéressante discussion dans laquelle M. Wurtz, au point de vue chimique, et MM. Chauffard et Blot, au point de vue de la distinction à faire entre la putréfaction et certaines réactions ou altérations organiques qui s'accomplissent à l'abri du contact de l'air et des conditions ordinaires de la fermentation, ont fourni d'utiles témoignages à l'appui de l'argumentation de M. Pasteur.

Dr BROCHIN.

CLINIQUE DE LA VILLE

Cas de paralysie de l'accommodation de l'œil, suite d'angine diphthéritique

par M. le docteur CAMUSET.

Les phénomènes paralytiques transitoires, consécutifs, à une affection aigüe et débilitante, telle que la scarlatine, l'érysipèle, ont été fréquemment observés; mais il est peu d'affections à laquelle ils succèdent aussi généralement qu'à l'angine diphthéritique. C'est ordinairement quelques semaines après le début de la maladie que l'on voit apparaître, en différents points du corps, des troubles nerveux caractérisés par de l'engourdissement, de la paresse, et de l'impuissance musculaire, en même temps que des névralgies obtuses plus ou moins douloureuses au niveau des articulations.

Cet état fait chaque jour des progrès et semble constituer une maladie nouvelle; chez quelques malades, la sensibilité tactile est émoussée au point que la marche et la préhension sont presque aussi maladroites que dans l'ataxie confirmée. La paralysie débute en général par le voile du palais; d'où le nasonnement et une dysphagie qui peut aller jusqu'à l'impossibilité absolue de la déglutition, les aliments étant rejetés violemment par le nez. Puis les lèvres et la peau de la face deviennent le siége d'un engourdissement qui empêche les malades d'articuler rapidement leurs paroles. Enfin, les jambes d'abord, et les membres supérieurs s'engourdissent à leur tour, tandis que la paralysie commence à se dissiper dans les organes primitivement envahis. Dans des cas heureusement rares, la paralysie

subsiste, et l'on a vu la dysphagie occasionner la mort; cependant on n'a jamais signalé d'une manière positive la paralysie générale et les troubles intellectuels à la suite de la diphthérie.

Les organes des sens ne sont point exempts de ce processus général. Dans presque la moitié des cas, la vue se trouble et s'affaiblit, pendant la période intermédiaire entre les accidents du côté du voile du palais et la paralysie des membres inférieurs. Sur cinquante observations rapportées par M. Maingault, dans son mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux, dix-sept mentionnent une amblyopie ou une amaurose temporaire. Il n'est pas douteux que le nombre de ces cas n'eût beaucoup augmenté si tous les malades guéris de leur angine diphthéritique avaient été soumis à l'examen de la fonction visuelle. Cette amaurose passagère dure de un à deux mois et ne s'accompagne d'aucune lésion visible à l'ophthalmoscope, bien que M. Bouchut la prétende due à une anémie rétinienne avec infiltration séreuse de la rétine, consécutive à l'état d'anémie générale qui se remarque chez le plus grand nombre des convalescents. Les seuls désordres que l'on constate quelquefois sont une légère mydriase accompagnée d'une parésie des muscles animés par la troisième paire. Depuis ce temps on avait noté ces symptômes, qui sont très-évidents; et Chomel rapporte un cas où se manifestait un strabisme convergent prononcé, avec ptosis. En 1836, le docteur Loyauté avait consigné dans sa thèse un cas d'amaurose complète, suite d'angine diphthéritique.

En 1860, Donders eut l'occasion d'observer de nombreux cas de troubles oculaires semblables entre eux par leur marche, et qui étaient consécutifs à l'angine diphthéritique dont une épidémie régnait en ce moment-là en Hollande. Ces troubles consistaient surtout dans la difficulté et même l'impossibilité à lire de près chez des convalescents qui, avant leur maladie, présentaient une vision normale. Cette espèce d'asthénopie se manifestait brusquement, et l'état ne s'améliorait point après un repos complet de la vue pendant quelques jours, contrairement à ce qui se passe lorsque l'asthénopie se montre dans les yeux hypermétropes. En outre, la paralysie de l'accommodation est rare chez les adultes dans les deux yeux à la fois. Il fallait donc nécessairement rattacher à la diphthérie antérieure ces troubles de la vision, et cette liaison a été depuis lors consacrée par plusieurs observations soigneusement faites, au nombre desquelles il faut en placer une, fort intéressante, insérée par M. Dor (de Berne), dans les *Annales d'oculistique* (tome LIX), deux du docteur Colsman, *Archiv für Augen und Ohrenheikunde* (t. II. ob. 1), et une statistique faite dans le même recueil par le docteur Scheby-Buck, de Würzbourg, où, sur trente-huit cas de paralysie de l'accommodation, il constate dans les vingt-quatre cas une angine diphthéritique antérieure.

Voici une observation du même genre que j'ai relevée dans ma pratique :

En 1871 je fus consulté par une jeune femme, Mme N..., qui présentait des phénomènes évidents d'asthénopie liée à une hypermétropie légère, $H = \frac{1}{48}$. Je lui prescrivis, pour lire et coudre, les lunettes appropriées à son état de réfraction.

Dans les premiers jours de juin, cette année, elle revint me trouver, conduite par sa vieille bonne, et manifesta les craintes les plus vives de perdre la vue. « Depuis un mois, me dit-elle, ma vue va en s'affaiblissant, et aujourd'hui j'en suis à ne pouvoir reconnaître mon mari à un mètre de distance. » En l'examinant au jour, je constatai que les pupilles étaient moyennement dilatées, qu'elles jouaient bien, quoiqu'avec lenteur. A l'ophthalmoscope, la papille optique m'apparut avec sa coloration normale; la rétine et sa circulation étaient absolument saines. La lecture était impossible à toute distance, à l'œil nu. Mais, en plaçant devant les yeux les verres positifs numéro 10, Mme N... lisait assez bien les caractères numéro 4 1/2 de Snellen. Il n'y avait donc là qu'une paralysie complète de l'accommodation chez une personne déjà hypermétrope, d'une constitution molle et lymphatique, et je ne savais trop à quelle cause pouvoir l'attribuer quand, en ce moment, la bonne adressa la parole à Mme N...; le son étrange de sa voix me porta à lui demander si elle n'avait pas une perforation du voile du palais. Elle me répondit qu'elle ne parlait ainsi que depuis quelques semaines, après sa maladie. En les questionnant, j'appris que Mme N... avait été atteinte pendant le mois de mars d'un catarrhe pulmonaire, avec une atonie intestinale très-marquée et un peu d'affaiblissement des membres inférieurs. Elle accoucha le 7 avril, avant terme, d'une petite fille qu'elle voulut nourrir. Bientôt elle fut prise de maux de gorge et des plaques diphthéritiques n'ont pas tardé à se montrer. L'enfant, sevrée aussitôt, était chétive; elle présentait en divers points du corps des ulcérations qui n'avaient pas de tendance à se cicatriser, et dont le fond était grisâtre et d'aspect gangréneux; elle mourut au bout de quinze jours. Quant à la mère, indépendamment des plaques de la gorge, elle avait à la vulve, au sacrum, dans la rainure interfessière des ulcérations et de nombreuses tumeurs olivaires simulant des condylomes. MM. les docteurs Rambaud et Bastien, qui soignèrent la malade à ce moment, et de qui je tiens ces détails, rejetèrent absolument malgré l'apparence, l'existence d'un principe spécifique. Il y a deux ans, Mme N... avait perdu un premier enfant, également de la diphthérite.

Quelques jours après, la bonne, âgée de soixante-huit ans, était atteinte à son tour par l'angine couenneuse, et il en arrivait de même au mari de Mme N..., homme très-sain et très-vigoureux.

Plusieurs semaines après la cessation des accidents, au commencement de mai, les phénomènes paralytiques se manifestèrent chez ces trois personnes. Mme N... eut quelques fourmillements dans les lèvres, puis la vue se troubla tout à coup. La bonne eut une paralysie complète des muscles du pharynx et du voile du palais; rendant par le nez ses aliments à chaque tentative de déglutition, elle maigrit rapidement, et certes elle n'a dû qu'à ses habitudes de sobriété et à sa santé exceptionnelles d'éviter les funestes conséquences de sa dysphagie. Enfin M. N... n'a ressenti que pendant le mois de juillet des engourdissements douloureux dans les bras et les jambes.

A la suite de mon examen, je prescrivis à Mme N... un traitement tonique, des frictions excitantes, les douches et les bains sulfureux; et, comme le trouble visuel était sa grande préoccupation et qu'elle voulait la médication la plus active possible, je pensai à l'emploi de l'électricité et priai M. le docteur Onimus de vouloir bien mettre ses appareils à ma disposition. Il y joignit fort obligeamment ses bons avis, et je commençai le traitement le onze juin, en employant une pile de dix éléments de Remak, et en appliquant le pôle négatif sur la nuque, le pôle positif sur l'orbite, puis en électrisant le ganglion cervical supérieur. Au bout de *quatre* séances de dix minutes chacune, tous les deux jours, Mme N... avait recouvré si complétement la vue, et son accommodation s'était tellement fortifiée, qu'elle lisait sans fatigue le journal dans le salon d'attente, où elle revint du reste pendant tout le mois, pour faire appliquer à ses jambes et à ses bras, qui s'étaient pris à cette époque, le traitement qui avait si promptement réussi pour la vue. En même temps, je faisais passer un courant continu de vingt-cinq éléments dans les muscles du pharynx de la vieille bonne, qui, au bout de huit séances, avalait ses aliments d'une façon normale.

On ne peut donc nier, dans ce cas, la très-grande efficacité des courants continus sur les muscles parésiés, puisque les malades ont été traités au moment des accidents les plus marqués, alors qu'ils duraient depuis six semaines, sans tendance aucune à l'amélioration, et qu'en quelques jours ces muscles ont repris leur activité et leur énergie tout entières. Il y a plus: est-ce par une illusion de malade guéri, ou par une comparaison avec son état récent, toujours est-il que Mme N... prétendait lire avec beaucoup plus de facilité et moins de fatigue qu'avant son angine. On se souvient qu'elle est légèrement hypermétrope.

Cette observation est une preuve nouvelle de l'indépendance qui existe entre les mouvements de l'iris et ceux du muscle tenseur de la choroïde. Ici, nous n'observons pas de mydriase, et les mouvements de l'iris persistent; l'accommodation cependant est paralysée. Elle servira en outre à assigner une cause exacte à un certain nombre de paralysie de l'accommodation aux antécédents desquelles on ne prend pas le soin de remonter; et il est certain, dans l'espèce, que si le nasonnement de la bonne ne m'eût pas averti, j'aurais eu quelque peine à retrouver la trace de l'angine diphthéritique, dans les seules troubles oculaires.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement de l'état aigu de la blennorrhagie par le haschich et l'acide benzoïque. — M. le docteur Lamarre (de Saint-Germain en Laye) pense avec raison (*Traité des maladies vénériennes*) qu'on ne doit plus avoir recours au traitement abortif, après les douze ou vingt-quatre premières heures, alors que l'écoulement est opalin ou franchement purulent et accompagné de douleur et d'engorgement du canal au-delà de la fosse naviculaire. D'autre part, tout en reconnaissant l'efficacité du copahu à toutes les périodes de la maladie, il préfère, avec ce même auteur, réserver ce médicament pour achever la guérison après la période inflammatoire. Mais, dès lors, on se trouve désarmé jusqu'à ce que la maladie soit passée à l'état subaigu, car, à l'exception des sangsues, que peu de malades peuvent supporter sans inconvénient, les tisanes, les bains, le camphre, le lupulin, la jusquiame et le bromure de potassium ne donnent presque aucun résultat. C'est pour combler cette lacune thérapeutique que M. Lamarre emploie avec succès, depuis sept ans, la teinture de haschich à la dose de 2 grammes, et l'acide benzoïque à celle de 1 gramme dans un julep gommeux pris dans les vingt-quatre heures. Il prescrit en même temps le traitement adoucissant classique.

Après deux à six jours de ce traitement, la douleur a disparu, même pendant la miction, et les malades sont assez améliorés pour qu'on puisse commencer le traitement au copahu et au cubèbe, qui termine la guérison en quelques jours. (*Journ. des conn. méd.*)

Traitement de l'orchite blennorrhagique par la compression. — M. le docteur Tachard (de Toulouse), dans un travail sur la pathogénie et le traitement de l'orchite blennorrhagique, préconise les moyens locaux, particulièrement les sangsues, dès le début, l'immobilisation et surtout la compression méthodique des enveloppes malades et de la glande malade. Mais, au lieu d'exercer cette compression avec des bandelettes de sparadrap, il comprime le testicule malade sur la cuisse correspondante à l'aide d'un bandage roulé. Une épaisse couche de ouate recouvre la glande et répartit uniformément la compression, qui doit être assez forte. Il ajoute à l'immobilité ainsi obtenue l'injection hypodermique de chlorhydrate de morphine pour calmer les irradiations réflexes qui s'observent chez les sujets impressionnables.

Lorsqu'il y a dans la tunique vaginale une accumulation de liquide qui comprime douloureusement la glande, il en provoque l'évacuation par une ponction capillaire. (*Rev. méd. de Toulouse.*)

Des bons effets du séjour sous la tente, et du barraquement contre une épidémie très-grave d'ophthalmies purulentes. — M. le docteur Ém. Parisot a observé une épidémie très-grave d'ophthalmies purulentes à l'hospice Saint-Stanislas, de Nancy, pendant l'année 1872.

Il donne un compte rendu détaillé de cette épidémie, qui semble avoir été importée à l'hospice comme maladie contagieuse et s'être ensuite développée et reproduite à plusieurs reprises sous l'influence de l'encombrement. Ce fut en même temps une ophthalmie par misère physiologique, car elle sévit presque exclusivement sur des enfants chétifs et de mauvaise constitution. Le traitement, surtout hygiénique, a consisté dans l'isolement immédiat des malades, au grand air, *sous de bonnes tentes*, dans l'amélioration du régime alimentaire, les vêtements et des soins de propreté très-minutieux.

Ce traitement modifie, en outre, d'une façon très-avantageuse la faiblesse constitutionnelle, la scrofule et même, suivant l'auteur, les maladies aigues. (*Rev. méd. de l'Est.*]

Propriétés abortives du sulfate de quinine. — 1° Le sulfate de quinine jouit-il réellement de vertus abortives? — 2° Peut-il amener un part prématuré sans occasionner la mort du fœtus? Telles sont les deux questions qu'a cherché à résoudre M. Rancillia, médecin vétérinaire à Caen. Une jeune chienne, couverte depuis quatre-vingts jours, par conséquent en retard d'au moins quinze jours, est dans un profond abattement, sans appétit et paraplégique. Ses petits sont morts dans la matrice. Quarante centigrammes de sulfate de quinine en huit paquets ont déterminé de violentes contractions, et cette chienne a mis bas trois petits chiens morts. Une petite chienne boule, couverte depuis quarante-neuf jours par un fort terre-neuve, a l'abdomen énorme; on craint pour ses jours. Après six décigrammes de sulfate de quinine, elle met au monde six petits chiens vivants. Les deux questions sont donc résolues par l'affirmative. (*Journ. de méd. vétérinaire.*)

De l'anémie saturnine. — M. Malassez a fait sur ce sujet d'intéressantes recherches qui ont porté principalement sur les altérations dans le nombre et les dimensions des globules rouges.

Dans le nombre il a remarqué une diminution notable; les chiffres qu'il a trouvés sont compris entre 3,700,000 et 2,200,000, au lieu de 4,500,000, chiffre normal moyen. Cette hypoglobulie varie suivant l'intensité et la durée de l'intoxication, suivant les professions, l'âge, le sexe, la constitution, etc.; elle ne disparaît que lentement et longtemps après que tous les accidents aigus ont cessé. Quant au traitement, les purgatifs produisent une augmentation très-tranchée, mais seulement momentanée dans le nombre des globules rouges, et qui paraît due non pas à une nouvelle formation de globules, mais à la concentration du sang.

En même temps que la diminution du nombre des globules rouges M. Malassez a obtenu une augmentation dans leurs dimensions : de 7 à 7m5, chiffre normal moyen, ils montent à 9 et 9m5. Cette macrocythémie persiste jusqu'à trois mois après la cessation des accidents aigus; elle ne compense pas la diminution du nombre. Il n'y a pas non plus de compensation au point de vue du poids, comme cela résulte des expériences de MM. Andral et Gavarret : sur 1,000 grammes de sang, le poids des globules, chez les saturnins, descend à 83 au lieu de 127. M. Malassez a vu aussi que la surface et le volume de chaque globule sont augmentés chez le saturnin, mais que la surface et le volume des globules compris dans une même quantité de sang sont diminués. Ainsi un globule mesure chez l'homme sain 128 millimètres carrés de surface, 72 millimètres cubes de volume, et, chez le saturnin, 176 millimètres carrés de surface et 186 millimètres cubes de volume. Mais si l'on prend tous les globules de 1 millimètre cube de sang, on trouve chez l'homme sain 4,500,000 pour le nombre, 576 millimètres carrés pour la surface et 324 millimètres cubes pour le volume; et chez le saturnin, 2,400,000 pour le nombre, 422 millimètres carrés pour la surface, et 254 millimètres cubes pour le volume. Chez le même malade, il a vu, après trois mois, les globules augmenter de nombre et diminuer en même temps dans leurs dimensions, et il fait remarquer que si cette diminution dans les dimensions ne s'était pas faite partiellement, la surface et le volume de tous les globules compris dans un millimètre cube seraient devenus plus considérables même qu'à l'état normal. Ainsi pour 3,000,000 de globules, surface 528 millimètres carrés, volume 318 millimètres cubes, et pour 3,500,000, surface 616 millimètres carrés, volume 371 millimètres cubes.

Outre ces altérations, M. Malassez a constaté une plus grande fixité des éléments du sang, et probablement aussi une diminution dans l'activité circulatoire.

En résumé donc : diminution dans le nombre des globules, augmentation dans leurs dimensions, mais non compensatrice, fixité plus grande de ces éléments, diminution très-probable dans l'activité circulatoire; telles sont les altérations du sang constatées par M. Malassez dans l'intoxication saturnine. (*Soc. de biol.*)

Apparition plus rapide et persistance plus grande de l'œdème du membre supérieur gauche dans les affections cardiaques. — M. Hanot, interne des hôpitaux, a observé, cette année, dans le service de M. Bucquoy, à l'hôpital Cochin, quatre malades chez lesquels, dans une période avancée de l'asystolie, l'œdème atteignit les membres supérieurs en suivant toujours la même marche. Toujours le bras s'œdématia le premier, et dans trois cas il fut seul œdématié. Dans l'autre cas, le bras droit ne s'œdématia que quelque temps après le bras gauche; puis, le degré de l'asystolie baissant, l'œdème du bras droit disparut d'abord, et l'œdème du bras gauche persista seul quelque temps avant de disparaître à son tour.

M. Hanot pense que ces particularités sont dues à la disposition du tronc veineux brachio-céphalique gauche, qui est plus long, plus oblique que le tronc brachio-céphalique droit, disposition en vertu de

laquelle l'arrivée du sang veineux du membre supérieur gauche dans le cœur droit se fait moins facilement que pour le sang veineux du membre supérieur droit; or une gêne circulatoire suffisante dans le cœur droit retentira tout d'abord sur le sang du membre supérieur gauche, et pourra même ne déterminer que l'œdème de ce membre et ne pas suffire à produire l'œdème du membre supérieur droit.

(*Gaz. méd.*)

Des dangers de l'alcool méthylique dans l'industrie. — L'alcool employé dans l'industrie est exonéré de la plus grande partie de l'impôt; mais pour qu'il ne puisse être détourné de l'emploi industriel et livré à la consommation, l'administration a exigé qu'il fût *dénaturé*, c'est-à-dire mélangé à certaines substances qui rendissent cette fraude impossible. Le comité des arts et manufactures a indiqué une substance dont l'odeur pénétrante en décèle l'addition, et qui, se mélangeant intimement avec le trois-six, ne peut pas en être séparé : c'est l'alcool méthylique.

Mais M. le docteur Ach. Dron (de Lyon) nous signale aujourd'hui des accidents assez graves qui résultent pour les ouvriers de l'emploi de cet alcool méthylique. Il a vu ces accidents dans deux sortes d'industries : l'apprêt de chapeaux de feutre et l'apprêt d'étoffes de soie. Il les divise en deux catégories : 1° action directe sur les muqueuses exposées aux émanations de l'alcool méthylique; 2° action sur le système nerveux et, par suite sur l'organisme tout entier.

Les accidents dus à l'action sur les muqueuses s'observent d'abord et surtout sur la conjonctive oculaire, qui devient rouge, injectée; les malades accusent une sensation de sable dans les yeux; la sécrétion des larmes est activée, et elles coulent sur les joues; ce sont d'abord des picotements, puis de véritables douleurs, quelquefois extrêmement vives, de la photophobie, et les ouvriers ne peuvent plus travailler. Bientôt apparaît un coryza intense, et, chez la moitié des malades, le pharynx et les bronches deviennent aussi le siége d'une vive inflammation qui détermine une toux opiniâtre. Chez quelques-uns enfin (trois sur dix), on constate des troubles dans la digestion : anorexie, nausées, vomissements.

L'action sur le système nerveux se révèle par une céphalalgie intense, des étourdissements, avec sensation de pesanteur, de striction dans la région crânienne; quelquefois par une faiblesse musculaire anormale (trois sur dix), l'un d'eux même a accusé une frigidité génésique absolue. D'autres sont en proie à une violente agitation. Enfin, indépendamment de la conjonctivite, l'acuité de la vue diminue.

Parmi ces symptômes, les uns sont constants, ce sont : la conjonctivite, le coryza et la céphalalgie frontale; d'autres n'ont été observés que chez un certain nombre d'ouvriers; c'est que, indépendamment des idiosyncrasies, dont il faut tenir compte, tous ces ouvriers ne sont pas également exposés à ces émanations dangereuses : l'ouvrier qui apprête le fond du chapeau est plus atteint que celui qui apprête les bords; de même ceux qui lavent les chapeaux desséchés sont plus atteints que ceux qui manœuvrent les presses.

Ces accidents ne sont pas les seuls qui aient été constatés comme étant dus à l'alcool méthylique.

M. le docteur Bergeret (de Saint-Étienne) a observé, chez les ébénistes qui se servent de vernis où entre cet alcool, des contractions tétaniques des doigts, inconnues avant l'emploi de cet agent.

(*Lyon médical.*)

Empoisonnement par la nitro-benzine. — Le *Journal de pharmacie et de chimie* publiait récemment l'observation d'un ouvrier qui avait pris de la nitro-benzine et qui succombait six heures après, n'ayant présenté qu'une teinte bleue de la face, un profond sommeil et quelques vomissements.

L'analyse chimique a démontré la présence de la nitro-benzine dans l'estomac.

M. le docteur Limasset a observé, il y a un an, un cas analogue qu'il n'avait pas encore fait connaître et qu'il rapproche de ce fait. Il s'agit d'un sous-chef de gare atteint de la gale, auquel le médecin de la compagnie donna un liniment à la nitro-benzine pour se frictionner matin et soir. Après une seule friction de ce liniment, le malade est atteint de céphalalgie, d'éblouissements et de vertiges.

Ses compagnons sont frappés de la teinte bleue de son visage. Il rentre chez lui soutenu par deux hommes, la figure tirée, livide, cyanosée, les yeux cernés d'un large cercle bleu, les lèvres d'un bleu noir, les mains crispées, glacées, les ongles décolorés, le corps affaissé, la tête fléchie sur la poitrine; il est pris de vomissements, les matières vomies sont d'un rouge vineux. L'intelligence est très-nette; les mouvements paraissent précipités; son haleine et tout son individu exhalent une odeur d'amandes amères insupportable.

L'auscultation des poumons et du cœur ne révélant rien d'anormal, le diagnostic porté fut : empoisonnement par l'acide cyanhydrique, car M. Limasset ignorait alors la composition du liniment prescrit.

L'émétique, à la dose de 10 centigrammes en trois fois, procure un mieux sensible. Potion ammoniacale et café noir le soir; purgatifs les jours suivants.

Après six jours de traitement, le malade est guéri.

M. Limasset a reproduit expérimentalement ces phénomènes sur trois grenouilles.

Il résulterait de ces faits que la nitro-benzine, si fréquemment employée dans le traitement de la gale, est bien loin d'être inoffensive.

(*Un. méd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 mars 1874. — Présidence de M. DEVERGIE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Savoie pendant l'année 1873. (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° Une note de M. le docteur Quinquand sur une nouvelle cause d'ictère grave (Commissaires : MM. Hérard et J. Lefort). — 2° Un mémoire de M. le docteur Leller, médecin à Contrexeville, sur le traitement de la gravelle et de la goutte, du catarrhe vésical et de l'anémie par les eaux minérales de Contrexeville (Comm. des eaux minérales). 4° Plusieurs mémoires envoyés pour les différents prix de l'Académie.

PRÉSENTATIONS

M. ROGER, au nom de l'auteur, M. Félix Guyon, offre en hommage l'éloge de Denonvilliers, prononcé dans la séance annuelle de la Société de chirurgie.

M. BÉCLARD présente, de la part de M. Ronna, ingénieur, un volume ayant pour titre : Égouts et irrigations.

M. BOUDET dépose sur le bureau :

1° Le compte rendu des séances de la Société protectrice de l'enfance;

2° Un numéro du journal de pharmacie et de chimie dans lequel est inséré le rapport qu'il a fait au conseil d'hygiène sur les tuyaux de plomb qui conduisent les eaux potables.

M. DEPAUL demande à M. Boudet de vouloir bien donner lecture de ses conclusions, l'Académie désirant savoir si, comme on tend à le faire croire en vue d'intérêts particuliers, les eaux potables ayant passé par des tuyaux de plomb sont réellement dangereuses pour les consommateurs.

M. BOUDET lit ses conclusions, qui se résument à déclarer que ces eaux ne contiennent pas de plomb et sont incapables de déterminer aucun accident.

Ces conclusions sont identiques à celles présentées par M. Belgrand, sur le même sujet, à l'Académie des sciences.

M. WURTZ déclare que jamais les eaux de Paris ne contiennent de plomb.

M. GOBLEY fait la même affirmation, surtout en ce qui concerne l'eau filtrée. Il serait impossible, dit-il, de découvrir les moindres traces de plomb dans les eaux filtrées.

M. BOUDET déclare qu'il ne se dissout pas de plomb dans l'eau, mais que lorsqu'on met du plomb en présence de l'eau distillée, on voit se former comme un nuage à la surface de l'eau, qui n'est que du carbonate de plomb et du carbonate de chaux.

M. WURTZ dit qu'en réalité les eaux pures sont attaquées par le plomb; mais que, comme le dit M. Boudet, c'est un léger nuage qui se forme et qui est retenu par le filtre. D'ailleurs, ajoute-t-il, on constate de notables différences, suivant qu'on a affaire à des eaux distillées on à des eaux chargées de sels.

M. RAYNAL fait observer que depuis la fondation de l'école d'Alfort, c'est-à-dire depuis plus de cent ans, les eaux qui servent à la consommation sont conduites dans des tuyaux de plomb, et que jamais il n'a été constaté, ni parmi le personnel et les élèves de l'école, ni parmi les animaux, le plus léger accident.

M. REGNAULT rappelle qu'un mémoire de deux chimistes a été présenté à l'Académie des sciences par M. Boussaingault, qui avait pour objet de démontrer l'insuffisance de l'acide sulfhydrique pour reconnaître la présence du plomb. Les analyses faites au moyen de l'acide sulfhydrique peuvent donc n'être pas rigoureusement exactes.

M. ROUSSEL habite pendant l'été, dans une petite ville, une propriété dans laquelle les eaux sont conduites par des tuyanx de plomb. Ces eaux très-pures ne sont nullement filtrées, et, cependant, jamais elles n'ont déterminé aucun accident. Il y a donc d'autres circonstances que la filtration qui préservent de l'empoisonnement par le plomb dans les eaux potables.

M. POGGIALE explique cela par la formation, à la surface des parois du tuyau d'une couche, d'un dépôt de carbonate de plomb et de carbonate de chaux qui, une fois formé, s'oppose au contact de l'eau avec le plomb.

M. LE PRÉSIDENT annonce que la séance annuelle, pour l'année 1873, aura lieu le mardi 17 mars.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FERMENTATION

M. PASTEUR. Dans la dernière séance, M. Colin s'est exprimé ainsi : «La fermentation n'est possible, suivant M. Pasteur, qu'en la présence d'un ferment; or dans l'économie, on voit des organes se putréfier sans que l'action d'un ferment soit constaté.» M. Pasteur ne croit pas qu'il existe dans les annales de la science médicale ou chirurgicale un seul fait qui permette d'affirmer que la putréfaction peut avoir lieu sans la présence de ferments. On a parlé du cerveau et de la moelle comme se putréfiant en l'absence de toute action des ferments; mais, encore une fois, existe-t-il un seul fait qui prouve que cette putréfaction s'est faite sans apport de germes extérieurs. En supposant que cela puisse avoir lieu, ajoute M. Pasteur, l'œuf est certainement une des substances qui devrait offrir le plus facilement ce phénomène.

Si une partie quelconque du corps pouvait entrer en putréfaction sans apport de l'extérieur, d'organismes microscopiques, l'œuf devrait évidemment se putréfier. Or il résulte des expériences de M. Gaillon que cela n'est pas et que chaque fois qu'il y a putréfaction, il y a coexistence d'organismes microscopiques, et que ce n'est qu'arrivé dans le cloaque que l'œuf peut se putréfier.

M. COLIN dit qu'on voit tous les jours la putréfaction envahir certains organes à l'abri de toute influence des germes extérieurs, toutes les fois qu'un cadavre est abandonné à lui-même, à une température un peu élevée on voit le cerveau se putréfier. Or de quelle manière les germes pourraient-ils s'introduire dans le cerveau? Les œufs de même se putréfient dans leur coque après un temps un peu long. En outre la putréfaction se produit pendant l'incubation. Or comment ici expliquer le passage des ferments à travers la coquille? Lorsque l'œuf arrive au niveau du cloaque, sa coquille est déjà formée; en outre, dans l'hypothèse de M. Pasteur, tous les œufs alors, une fois dans le cloaque, devraient se putréfier.

M. PASTEUR fait observer que M. Colin ne donne pas de faits positifs, prouvant la putréfaction du cerveau sans l'apport de germes extérieurs. Autre chose est de savoir ce qui peut arriver et ce qui arrive. Qu'on fasse donc pour le cerveau ce que M. Gaillon a fait pour les œufs.

M. COLIN voudrait savoir par quelle voie ces germes pourraient pénétrer dans le cerveau lorsque la peau reste saine.

M. PASTEUR demande que M. Colin examine un cerveau putréfié, au microscope, et dise si, oui ou non, il a constaté la coexistence de ces germes; mais jusque-là il oppose aux assertions de M. Colin et aux expériences de M. Donné les expériences de M. Gaillon.

M. CHAUFFARD dit que rien n'a démontré jusqu'ici la putréfaction précoce et isolée du cerveau. Il faut bien se garder de confondre la putréfaction véritable avec cet état de désagrégation, de diffluence que présente si souvent la substance cérébrale; suivant lui, donc, l'argumentation de M. Colin repose sur un fait non démontré.

M. WURTZ dit qu'il n'est pas possible de supposer qu'après la mort le cerveau reste intact; l'afflux du sang et, par conséquent, de l'oxygène ayant cessé dans cet organe, il doit nécessairement subir des transformations et devenir le siége d'autres réactions chimiques qui amènent cet état de diffluence, de désagrégation dont vient de parler M. Chauffard. Mais ce n'est pas là de la putréfaction. On peut comparer ce qui se passe là à ce qui se passe dans un fruit détaché de l'arbre; pendant longtemps encore, ce fruit, comme il résulte des expériences de M. Pasteur, subit de nouvelles transformations chimiques qui ne sont pas la putréfaction.

M. PASTEUR. Rien n'est plus vrai que ce que vient de dire M. Wurtz. Prenez un animal asphyxié; croyez-vous donc que toute réaction va cesser chez lui? Il n'en est rien : il se fait d'autres réactions que celles qui avaient lieu pendant la vie.

A l'appui de sa manière de voir, M. Pasteur fait observer, en outre, que le poulet mort dans l'œuf ne se putréfie pas. Les fermentations proprement dites sont donc, suivant lui, corrélatives de la présence d'organismes microscopiques. Pour un poids relativement très-faible de ferment, il y a un poids considérable de la matière fermentescible. Si l'on observe, par exemple, le ferment qui se fait dans la cuve du vendangeur, on est frappé du poids si faible du ferment, relativement au poids du sucre, dans la masse si profondément troublée. Ce qui se passe ici est tout à fait particulier.

Dans notre économie, le poids représentant les mutations qui s'opèrent à la suite de l'ingestion d'une certaine quantité d'aliments correspond très-exactement au poids de cette quantité d'aliments ingérés. La vie est toute différente chez les animaux et les végétaux, de ce qu'elle est chez les ferments dont le caractère spécial est de vivre à l'abri de l'oxygène libre. Le ferment butyrique, par exemple, est un vibrion qui se meut, se régénère et se multiplie. Que lui faut-il pour cela? De la chaleur qu'il emprunte à la décomposition de la matière fermentescible. Tout être, tout organe, toute cellule, pouvant continuer sa vie à l'abri du gaz oxygène libre, et empruntant de la chaleur autour de lui, prend le caractère du ferment.

M. BOUILLAUD demande que cette discussion soit continuée dans la séance prochaine; il aurait, pour sa part, quelques observations à présenter. Pour le moment, il se joint à MM. Chauffard et Wurtz pour dire qu'aucun fait ne permet d'affirmer la putréfaction du cerveau, et qu'au contraire on pourrait trouver des faits tendant à prouver que cet organe ne se putréfie pas, placé dans des conditions où d'autres organes se putréfient.

M. BLOT dit qu'il ne faut pas se contenter d'examiner une seule phase des questions. Il ne croit pas, pour sa part, que la putréfaction se produise sous l'influence d'un seul ordre de causes. A l'appui de cette opinion, il rappelle ce que l'on observe sur des fœtus morts à différents âges, et les nombreuses variations que l'on constate dans l'état de ces fœtus suivant l'âge auquel ils sont morts.

Ainsi, les fœtus morts avant trois mois, en général, subissent une sorte de momification ou cette sorte d'altération que l'on a désignée sous le nom de gras de cadavre. Il n'en est pas de même des fœtus qui ont passé cette période. Au-delà du troisième mois, ils subissent, après la mort, une altération qui consiste en une exhalation de la sérosité du sang, qui soulève et détache l'épiderme, et qui finit par imbiber presque tous les organes. Mais ce n'est ni dans un cas, ni dans l'autre, la putréfaction.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 août 1873 (1). — Présidence de M. LUNIER.

LECTURE

M. GILLETTE lit le mémoire suivant :

Variété insolite de loupe du cuir chevelu ; choix de la méthode opératoire. — Les tumeurs connues sous la dénomination générique de *loupes* semblent, au premier abord, ne devoir offrir aucune difficulté ni pour le diagnostic, ni pour le traitement.

Un malade se présente-t-il avec une de ces tumeurs, le chirurgien choisit presque indifféremment entre l'*extirpation*, si le malade est pressé et courageux, la *cautérisation* superficielle s'il est pusillanime, ou enfin le procédé tout moderne et bien plus lent que les deux autres, qui consiste à instiller au centre de la tumeur une ou deux gouttes d'un liquide caustique dont on attend patiemment les effets. Si cette cautérisation superficielle échoue et que le malade se fatigue, c'est encore au bistouri qu'on a recours.

Nous croyons, cependant, qu'en raison des variétés anatomo-pathologiques assez nombreuses que ces tumeurs présentent, en raison surtout des différences du contenu qu'elles renferment et qui coïncident la plupart du temps avec un état particulier et presque constant des tissus ambiants, nous croyons, dis-je, qu'il est possible d'assigner d'emblée telle méthode opératoire à telle variété anatomique, en un mot que le *choix de la méthode thérapeutique dépend de la variété de loupe à laquelle on a affaire*. Nous y reviendrons dans un moment.

Jusqu'à présent, nous ne connaissions guère que les deux formes classiques suivantes : la loupe à contenu graisseux demi-liquide semblable au miel (*meliceris*) et la loupe à laquelle le plus ou moins de solidité du contenu graisseux a fait donner les noms connus d'*athérôme* (bouillie) ou de *stéatome* (suif).

Je désire appeler un instant l'attention des membres de la société sur une troisième variété peu connue, insolite et rare, à contenu mixte (couche liquide, couche suifeuse), et qui, disons-le tout d'abord, ne nous paraît être qu'une transformation élémentaire de l'une des deux variétés précédentes :

« Une dame de quarante-cinq ans fut soignée et guérie, il y a quinze ans, de deux loupes du cuir chevelu par la cautérisation à l'aide de la pâte de Vienne : depuis dix ans elle en porte une troisième dont elle ne voulut pas d'abord se faire opérer, mais qui, depuis quelque temps, ayant pris des proportions plus considérables, la gêne et la force de consulter.

Un phénomène que la malade nous relate, mais qui n'attire pas assez notre attention, est que la tumeur, qui était restée assez dure pendant les premières années de son développement, s'est ramollie peu à peu d'une façon notable. Confiant dans les antécédents de cette femme et dans la double guérison qu'elle avait obtenue de la cautérisation, nous lui appliquons une traînée de pâte de Vienne sur la tumeur.

Au moment où l'escarre se détache et où, à l'aide d'une spatule, nous cherchons si le kyste peut s'énucléer, nous sommes étonné de voir s'écouler de la poche une grande quantité d'un *liquide séreux d'un jaune rougeâtre*, où il est facile de reconnaître à l'œil nu de nombreuses paillettes de cholestérine : la poche s'était affaissée en partie ; nous fendons l'escarre dans toute sa longueur, ce qui nous permet de constater que le fond du kyste est entièrement tapissé par une couche graisseuse ou plutôt *suifeuse* à demi-solide, où le microscope nous a décelé facilement des gouttelettes graisseuses, des cellules fortement granuleuses provenant évidemment d'une dégénérescence graisseuse, des sels calcaires et des cristaux de cholestérine.

Après avoir vidé la poche de cette espèce de *mastic*, nous nous contentâmes, sans faire aucun pansement, d'exercer une compression légère, mais continue, à la surface de la tumeur.

Le travail ultérieur, en quelque sorte passif, fut remarquable par l'absence presque complète de réaction : nous pouvons dire que les phénomènes inflammatoires firent entièrement défaut : ce kyste, entrant dans une voie complète de régression, tendit sans cesse à diminuer et, après avoir donné pendant quelque temps un liquide ichoreux à peine séro-purulent, les parois se rétractèrent, s'affaissèrent et se mirent, au bout de deux mois à peu près, de niveau avec les parties voisines. La compression avait peut-être aidé à ces phénomènes de compression et d'atrophie.

La malade dont je viens rapidement d'esquisser l'histoire me rappela immédiatement, au moment où je constatai la nature du contenu de la loupe, un exemple du même genre que j'eus l'occasion d'observer, l'année dernière, à Saint-Antoine, dans le service de M. le docteur de Saint-Germain.

Il s'agissait, ce me semble, d'un homme de quarante et quelques années, habitué à porter des fardeaux sur la tête et sur le cuir chevelu duquel s'était développée une loupe très-volumineuse. Cette tumeur fut traitée par l'application du caustique de Vienne, et, au moment de l'incision de l'escarre, il s'écoula, comme chez ma malade, un liquide d'une couleur analogue à celle de la *bière*, formant une couche superficielle. Au fond se trouvait une plaque, comparable à du suif de bœuf, cassante et légèrement dentelée sur ses bords. Pressée entre deux papiers brouillards, cette substance ne laissa aucun doute sur sa nature graisseuse.

Lorsque nous avons vu ce malade, les parois de la poche s'étaient considérablement affaissées et commençaient déjà à se mettre de niveau avec le reste du cuir chevelu.

M. de Saint-Germain nous dit avoir observé encore en ville deux cas semblables : l'un chez une vieille fille qui portait sa tumeur depuis très-longtemps, et chez laquelle on pensa tout d'abord à un kyste séreux simple; l'autre, je crois, chez un enfant de quinze ans.

Comment expliquer la présence d'un double contenu (liquide et solide) dans l'intérieur de ces tumeurs ? Nous croyons être dans le vrai en le rapportant à une *transformation régressive* des éléments qui entrent dans leur constitution.

La physiologie pathologique nous démontre, en effet, que dans ces loupes anciennes la graisse n'étant plus soumise, comme dans l'état normal, à des échanges nutritifs incessants, subit des modifications ou plutôt de nombreuses transformations morphologiques qui vont même jusqu'à produire, par exemple, dans la poche, des noyaux calcaires isolés ou se réunissant en plaque pour former une coque plus ou moins solide.

Dans la variété insolite, que nous venons de décrire, cette transformation s'accompagne d'un dédoublement en couche solide stéarique tapissant le fond de la cavité et en partie liquide qui surnage et remplit le reste de la poche, peut-être un travail irritatif, entretenu soit par le port de fardeaux, comme dans un des cas de M. de Saint-Germain, soit par la présence et la pression de peignes chez les femmes, entre-t-il en ligne de compte dans la dégénérescence des éléments anatomiques de ces sortes de tumeurs ?

Les trois variétés de loupes que nous venons d'exposer doivent-elles être opérées de la même manière et indifféremment par l'extirpation à l'aide du bistouri ou par la cautérisation ? Évidemment non. Dans nos livres classiques, la thérapeutique et la médecine opératoire de ces tumeurs ne sont point du tout traitées au point de vue différentiel, c'est-à-dire qu'il n'y est pas spécifié que, dans telle variété, l'ablation par instrument tranchant est indiquée, tandis que, dans telle autre, au contraire, c'est la cautérisation qu'il faut choisir : c'est là, pour nous, une lacune regrettable, car en allant au hasard et en suivant son caprice, le chirurgien s'expose chaque jour, en pareille occurrence, à appliquer un traitement erroné, a recommencer plusieurs fois l'opération, à produire des cicatrices vicieuses, etc.

Voici ce que, jusqu'à plus ample informé, nous pourrions conclure des quelques opérations que nous avons pratiquées et des nombreux exemples que nous avons observés dans les hôpitaux.

Le meliceris est, dans la majorité des cas, extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible à énucléer : ses parois, constituées par un tissu feutré résistant, criant sous le scalpel, et à colonnes charnues à l'intérieur, adhèrent fortement aux tissus périphériques qui en font en quelque sorte partie : c'est pour cette raison que la cautérisation n'agit sur cette variété de loupe qu'à la longue, en momifiant pour ainsi dire la tumeur : encore faut-il aider cette dernière à se déta-

(1) Fin. — Voir le numéro du 3 mars.

cher soit avec la spatule, soit avec la pince et le bistouri. Aussi croyons-nous que le mieux, sauf contre-indication spéciale, *est d'avoir recours à l'instrument tranchant*, et de disséquer avec soin, après incision simple ou cruciale, les parois de la poche. Cette dissection est d'autant plus laborieuse que, dans certains cas, plusieurs *meliceris* adjacents se réunissent les uns aux autres, de façon à constituer non plus une tumeur unique parfaitement arrondie, mais une masse plus ou moins aplatie, irrégulière, allongée, mamelonnée, comme nous en avons récemment observé une chez un homme de trente-neuf ans, à Saint-Louis, dans le sillon naso-labial du côté gauche.

Il n'en est plus de même de la variété dite *stéatome* qui s'énuclée en général avec la plus grande facilité par suite de l'absence d'adhérences de la poche, coque presque sans vaisseaux, avec les tissus ambiants : non fluctuante, beaucoup plus dure et résistante. Cette tumeur, qui a un contenu quasi-solide, est comparable à un petit marron et a des parois épaisses comme albuginées, mais entourées par un tissu lamineux lâche, qui permet de l'expulser, après une simple incision, comme un noyau de cerise et avec l'aide du bec de la spatule; d'autre part, la cautérisation peut être employée avec un succès plus certain et surtout plus radide que pour le *meliceris*, la poche se détachant avec facilité au bout de quelques jours à peine.

Quant à notre troisième variété (*loupe à contenu mixte*), le diagnostic pourra en être établi ou tout au moins fortement soupçonné par la très-longue durée de son existence (dix, quinze et vingt ans) et par cette considération que la tumeur, d'abord d'une consistance plus ou moins dure est arrivée à présenter une fluctuation qui à première vue, porte à croire qu'on a affaire à un kyste simple. Quelle thérapeutique lui appliquer? Avant d'avoir recours tout de suite à la dissection qui nous semble devoir être au moins aussi difficile que dans le *meliceris*, et nous fondant sur ce que le contenu de la poche est entré spontanément dans une voie régressive, nous conseillerions de se borner à vider la tumeur le plus complétement possible, après l'avoir incisée d'emblée ou sur une escarre produite par l'application de pâte de Vienne, puis d'exercer une compression modérée mais soutenue, sur la périphérie de la poche. Par suite d'un travail atrophique, lent à s'effectuer, mais constant, la poche diminue de volume et ses parois, au bout d'un temps plus ou moins long viendront se placer de niveau avec le reste du cuir chevelu.

Si ce mode de thérapeutique très-simple est insuffisant, ce qui peut arriver, bien qu'il nous semble avoir déjà réussi dans deux des cas relatés plus haut, on aura recours à la cautérisation intérieure propre à faire suppurer la poche, et ce n'est que de guerre lasse qu'on en pratiquera enfin la dissection.

Des quelques considérations qui précèdent, nous croyons être en droit de *conclure* que, dans l'étude de ces tumeurs, il est indispensable, avant de poser la thérapeutique, d'en établir le diagnostic aussi exactement que possible, afin de subordonner le choix de la méthode opératoire à la variété de loupe qu'on a sous les yeux.

La séance est levée à six heures un quart.

Le secrétaire annuel : Reliquet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tribut à la chirurgie pratique du vétéran de l'école Bretonneau, par Jean-Félix Miquel (de Tours). — 1 vol. gr. in-8°, de 348 pages avec planches lithographiques. — Tours, 1870. — Cet ouvrage se vend au profit de la souscription en faveur de la veuve et des quatre enfants d'un confrère. **5** *francs* pris au bureau du journal et **6** *francs* expédié *franco* par la poste.

De l'iridotomie, par le docteur L. de Wecker. In-8, avec figures dans le texte; prix, 2 francs. — Paris. Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois.	8 fr. 50 c.
Six mois.	16 —
Un an.	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De quelques causes des irrégularités de la température dans la fièvre typhoïde.

On sait avec quelle ardeur se poursuivent depuis quelque temps, dans nos hôpitaux, les études sur la température comme signe diagnostique et pronostique des maladies fébriles et de certaines maladies nerveuses. Dans l'une de nos Revues du mois de novembre dernier, où, à l'occasion de quelques cas de fièvre typhoïde qu'on observait alors dans le service de la clinique de l'Hôtel-Dieu, nous analysions sommairement quelques-unes des considérations cliniques que M. Béhier avait exposées sur l'importance de la considération de la température dans l'étude des diverses périodes de la fièvre typhoïde, nous signalions comme particulièrement dignes d'intérêt les oscillations brusques et les irrégularités thermométriques, qui viennent parfois interrompre la marche régulièrement ascensionnelle ou descensionnelle corrélative de chacune de ces périodes. L'étude de ces variations et de ces irrégularités qui ont été déjà signalées par presque tous les observateurs qui se sont spécialement occupés de la thermométrie clinique, est d'autant plus intéressante qu'elles accusent toujours une perturbation dans la marche naturelle des phénomènes ou la survenance d'une complication dont il devient urgent de rechercher la cause ou la nature. M. le docteur Bourneville, à qui l'on doit déjà beaucoup de recherches de ce genre, et dont nous avons fait connaître, en particulier, les études thermométriques dans l'urémie et dans l'éclampsie, a consigné, dans un mémoire qui a été couronné par la société de médecine du Nord, les résultats des observations cliniques et thermométriques qu'il a faites pendant plusieurs années sur la fièvre typhoïde, à l'hôpital Saint-Louis et à l'hôpital de la Pitié. La plupart de ces observations ne faisant que confirmer ce qui a été établi déjà par les recherches faites dans ces derniers temps, soit en France, soit en Allemagne, nous nous abstiendrons de les reproduire ici. Mais on nous permettra d'extraire de ce travail quelques-uns des résultats des observations propres à l'auteur parmi ceux qui se rapportent particulièrement aux irrégularités de la température dans le fièvre typhoïde.

Les irrégularités de température que M. Bourneville a relevées dans le cours de la fièvre typhoïde lui ont paru procéder les unes des conditions épidémiques, les autres des conditions individuelles ; d'autres, enfin, tiennent à des maladies préexistantes.

Parmi les causes individuelles capables d'exercer une action sur la température, figurent l'alimentation insuffisante, les fatigues musculaires, le surmenage, en un mot toutes les conditions débilitantes. La plupart des observations portent sur des malades qui se trouvaient dans des conditions hygiéniques aussi mauvaises que possible. (Telles sont, entre autres, celles qui ont été recueillies en 1870 et 1871, pendant le siége de Paris.)

Les maladies préexistantes qui ont occasionné des irrégularités sont plus particulièrement l'endocardite, la péricardite, la pleurésie et la néphrite parenchymateuse.

Voici quelques-uns des faits d'irrégularité que M. Bourneville a constatés dans les différents stades de la maladie.

Irrégularités de la température dans la période de fastigium.

Pour le stade de fastigium (le stade initial difficile à observer dans les hôpitaux n'a été l'objet d'aucune remarque particulière), un malade du service de M. Marotte à l'hôpital de la Pitié, atteint d'une fièvre typhoïde de forme ataxique, avec accidents pulmonaires, a présenté des rémissions anormales, des chutes intempestives de la température, inexplicables.

Le tracé graphique de la température et du pouls montre que tantôt le pouls montait parallèlement à la température, que tantôt, au contraire, il restait stationnaire, la température changeant. On a constaté plusieurs fois cette discordance du pouls et de la chaleur.

Un jour, c'était le septième jour de l'entrée du malade à l'hôpital et le quatorzième ou quinzième environ de sa maladie, le thermomètre est tombé brusquement du soir au lendemain matin, de 40°9 à 37°6, et il est remonté le jour suivant, du matin au soir, de 37°6 à 40°4. Ce premier mouvement de chute ne pouvait être attribué à un commencement de défervescence, d'autant que le pouls avait coïncidemment augmenté de fréquence. On voit d'ailleurs cet abaissement brusque suivi bientôt d'une élévation d'une quantité à peu près équivalente et aussi brusque. La mort survint chez ce malade trois jours après cette double perturbation.

Chez un homme admis à l'hôpital au neuvième jour de sa maladie, la température, après avoir présenté ses oscillations habituelles jusqu'au vingtième jour, s'abaissa le matin de ce jour-là plus qu'auparavant, et encore davantage pendant les

deux jours qui suivirent (39°8). Alors cet abaissement de la température fut remplacé par de nouvelles élévations au-dessus de 40° et même de 41°. Tout d'abord, on ne remarqua concurremment aucun phénomène particulier; mais au septième jour de cette recrudescence de la température, on constata une seconde éruption de taches rosées. C'était une rechute déjà annoncée par le thermomètre.

Irrégularités de la température dans les périodes de défervescence et de convalescence.

Dans la période de défervescence, caractérisée normalement par la chute progressive de la température, M. Bourneville a vu un cas dans lequel cette décroissance, au lieu d'être progressive, affectait une forme rémittente. Dans ce cas la fièvre typhoïde, considérée dans son ensemble, avait suivi une marche assez naturelle. La première notation thermométrique, faite le soir du quatrième jour, correspondait parfaitement au type normal du stade initial.

Le matin du cinquième jour, la température descendait; puis, à partir de là, elle se maintenait entre 40 et 41 degrés (fastigium).

Le douzième jour se manifesta la première rémission. Enfin, à partir du dix-huitième jour, on vit se succéder les oscillations thermométriques qui caractérisent la forme rémittente de la défervescence.

Chez un autre malade, c'est la forme franchement intermittente qu'a présentée la défervescence. La température, qui avait suivi dans ce cas une marche régulière pendant la période d'état et pendant la première partie de la défervescence, a commencé à présenter, dès le vingtième jour, une ascension quotidienne dans la soirée, mais beaucoup plus forte tous les deux jours, jusqu'au trente-et-unième jour, où la marche décroissante a repris son cours, mais encore avec diverses oscillations et irrégularités dont on a pu chaque fois constater la cause. Ainsi, le trente-quatrième jour, la température, qui était descendue entre 37 et 38 degrés, remonta tout à coup à 40°6, coïncidemment avec la formation d'une escarre. Du trente-cinquième au cinquante-septième jour, la température oscillait de nouveau entre 37 et 38 degrés, lorsque, le cinquante-huitième jour, une élévation brusque à 40°3 a lieu, sous l'influence, cette fois, d'un accès de fièvre éphémère. Pendant trente jours la température revient à ses mêmes oscillations habituelles; le quatre-vingt-septième jour, elle s'élève encore une fois brusquement à 40° 2. Cette nouvelle ascension était due à la production d'un abcès auriculaire.

Pendant la période de convalescence, indépendamment des légères irrégularités auxquelles peuvent donner lieu l'ingestion des aliments, les émotions, c'est encore par des irrégularités plus accusées que s'annonce, avant tout autre symptôme, le début d'une rechute ou celle d'une complication nouvelle. C'est ainsi que la notation régulière de la température a décelé, dans l'un des faits rapportés dans ces recherches, l'existence d'une fièvre intermittente, et, dans un autre, une complication de dysentérie.

Influence des sueurs et des hémorrhagies sur la température.

On serait assez naturellement porté à présumer que toute sueur abondante doit être suivie d'un abaissement de la température. Les observations thermométriques montrent qu'il y a une distinction à faire à cet égard. Lorsque les sueurs se produisent aux époques de changement de période, et en particulier au moment du passage du fastigium à la défervescence, elles sont effectivement suivies d'un abaissement.

Ainsi, chez un malade arrivé au quatorzième jour d'une fièvre typhoïde qui devait se terminer par la guérison, la température, qui était de 39 degrés le matin, au lieu d'augmenter le soir, diminua d'un dixième (38°9) sous l'influence de sueurs abondantes qui eurent lieu dans la journée.

Chez un autre malade, l'abaissement, sous la même influence, fut beaucoup plus sensible. La température, qui était de 40°4 le soir du dix-septième jour, n'était plus que de 38 degrés le matin du dix-huitième jour.

Mais il n'en est plus ainsi lorsque les sueurs surviennent dans le stade de fastigium, au plus fort de la maladie. Un malade, dont il a été question (le malade à la rechute), le trentième jour environ de sa maladie, quatrième de la rechute, avait 39°7 le matin et bien qu'il y eût eu dans la journée des sueurs assez copieuses pour nécessiter un changement de linge, la température du soir était de 40°7. Une observation semblable avait déjà été faite.

Les épistaxis, lorsqu'elles sont légères, n'exercent aucune action appréciable sur la température. Mais, fortes ou même simplement moyennes, elles l'abaissent.

Un malade, du dixième au onzième jour de sa fièvre typhoïde, a une première épistaxis : la température diminue de six dixièmes de degré, bien que ce soit le soir. Le quatorzième jour, il a une seconde épistaxis: au lieu de l'exacerbation vespérale habituelle, on constate, le soir, un abaissement d'un vingtième. Une troisième épistaxis survient pendant la convalescence, le soir abaissement de deux dixièmes.

On sait que les hémorrhagies intestinales donnent lieu habituellement à un abaissement d'abord, puis à une élévation, consécutivement. Chez l'un des malades observés par M. Bourneville, on voit une chute de la température de neuf dixièmes (de 40°8 à 39°9) au moment où commence l'hémorrhagie et un abaissement nouveau de sept dixièmes à l'instant où elle atteint son maximum d'intensité; en tout 1°6. L'hémorrhagie ayant diminué durant la nuit, le lendemain matin on trouve le thermomètre remonté à 40 degrés.

Température terminale dans les cas mortels.

Reste un dernier point à signaler dans ces recherches, c'est l'état de la température terminale dans les cas mortels de fièvre typhoïde. On sait qu'il est des cas où la mort est précédée d'un abaissement de la température, avec ou sans collapsus; d'autres, au contraire, où la température s'élève pendant la période préagonique ou même après la mort. Les faits que rapporte M. Bourneville appartiennent à cette dernière catégorie.

Sur trois malades qui ont succombé, la thermométrie a permis de constater une élévation de température après la mort, chez l'un de 1°2, chez le deuxième de 1°8, chez le huitième de 3°4.

Voici en quels termes M. Bourneville résume les conclusions qui ressortent des points exposés dans ses recherches.

L'étude régulière de la température permet de prévoir: 1° des rechutes que d'autres symptômes annoncent, il est vrai, mais plus tardivement et d'une façon moins précise; 2° les complications qui peuvent survenir, soit dans le cours de la fièvre typhoïde, soit durant la convalescence (abcès, otite, escarres, dysentérie. etc.).

En ce qui concerne plus spécialement certains accidents, il signale les particularités suivantes :

Les sueurs copieuses ne paraissent influencer la température

que si elles coïncident avec l'époque d'un changement de période; elles abaissent alors la température.

Les épistaxis n'ont d'action sur la température que si elles sont abondantes. Lorsque cette condition est remplie, on observe un abaissement de la température.

Les hémorrhagies intestinales donnent lieu à une chute souvent considérable de la température, bientôt suivie, si la mort n'est pas rapide, d'une nouvelle ascension.

Les perforations intestinales, autant qu'il est possible d'en juger par les faits que nous possédons, semblent agir de la même manière que les hémorrhagies intestinales : abaissement primitif, élévation consécutive de la température.

Chez les malades qui succombent, la température, pendant la période préagonique, au moment de la mort et parfois quelques minutes après la terminaison fatale, subit un mouvement ascensionnel très-accusé ; dans des cas plus rares, on observe, durant la période préagonique, un abaissement de la température : cet abaissement correspond à l'ensemble symptomatique auquel on a donné le nom de collapsus.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES

M. de Saint-Germain

Anus artificiel.

Un enfant du sexe masculin, âgé de trois jours, m'a été amené, à l'hôpital, dans les conditions suivantes :

L'absence d'anus était absolue. Un léger boursouflement indiquait seul la position présumée de cet orifice. En avant du rectum, et à droite, tout à fait à la racine de la verge, se trouvait un petit pertuis qui donnait issue à une très-petite quantité de méconium. Au-dessous de ce pertuis un cylindre bleuâtre du volume d'une petite plume de corbeau descendait vers le périnée et se perdait à quelque 5 centimètres dans les régions profondes du périnée.

L'état général de l'enfant était assez alarmant. Des vomissements répétés, un ballonnement du ventre assez considérable, un amaigrissement progressif, une altération profonde des traits indiquaient une intervention rapide.

Je me décidai à créer un anus artificiel, et je cherchai à profiter de la fistule scrotale que je décrivais tout à l'heure.

Un stylet très-tenu ne put pénétrer par cette fistule, et je fus obligé, pour lui permettre l'entrée, de sectionner transversalement avec les ciseaux le canal bleuâtre dont je faisais, il n'y a qu'un instant, la description.

Ce canal sectionné, le stylet pénétra à frottement d'abord, plus facilement ensuite, et je pus le sentir bientôt à travers les parties molles de la région périnéale.

Me guidant sur ce conducteur, je divisai le périnée sur la ligne médiane à l'aide d'une incision de 3 centimètres environ, et je ne m'arrêtai que lorsque je vis le stylet faire saillie en soulevant une épaisseur très-peu considérable de tissus.

Je songeai dès ce moment à pratiquer quatre sutures unissant la muqueuse rectale à la peau, et cela avant de diviser l'ampoule.

Pour ce faire, une aiguille armée d'un fil d'argent fut enfoncée à 1 centimètre environ à gauche de l'incision pratiquée, et fut passée à travers l'ampoule rectale à 1 centimètre du côté opposé.

Quelques gouttes de méconium se faisant jour à travers les trous créés par l'aiguille me confirmèrent que j'étais bien entré dans le rectum.

Une seconde aiguille fut passée de la même manière et dans la même direction à 2 centimètres au dessous, de telle façon qu'au milieu de l'espace circonscrit entre les deux fils tendus, on voyait le stylet conducteur, considéré comme centre, faire une saillie très-appréciable.

J'incisai alors au niveau de ce stylet, et une quantité considérable de méconium put me convaincre qu'une large voie était désormais ouverte aux matières fécales.

Il ne me restait plus qu'à faire les ligatures de chaque côté. Pour ce faire, j'attirai avec une pince le premier fil de quelques centimètres, et je le sectionnai sur la ligne médiane.

Je comptais en faire autant du second quand, par une malencontreuse circontance, le fil d'en bas fut accroché par la manche d'un de mes aides et fut complétement tiré au dehors. Je me contentai dès lors, faute de mieux, des deux tronçons du premier fil, et je pratiquai une ligature très-serrée de chaque côté, unissant la peau à la muqueuse.

J'espère que cette ligature bilatérale suffira, et j'ai, du reste, gardé à dessein le petit malade dans mon service, et je compte vous tenir au courant de ce qui adviendra de lui.

OPHTHALMOLOGIE

De quelques symptômes pouvant servir à l'indication de la paracentèse de la chambre antérieure de l'œil

Par le docteur Ch. Abadie

Dans ces dernières années, de Graefe et Donders ont publié des travaux remarquables sur les conditions nombreuses et variées qui peuvent donner naissance à l'augmentation de la tension intra-oculaire, et sur les conséquences pathologiques graves qui résultent de cet excès de tension.

Depuis cette époque, l'attention des ophthalmologistes s'est particulièrement dirigée vers ce point important de pratique, et il en est résulté un progrès réel pour la thérapeutique des maladies de l'œil.

Il est de règle aujourd'hui d'examiner constamment l'état de la tension du globe, et dès qu'on en constate l'augmentation, il est de règle aussi de pratiquer la paracentèse ou l'iridectomie. Quel que soit l'origine, le point de départ de cette complication, elle ne tarde pas à devenir redoutable, et ses effets sont promptement funestes. D'un côté, les éléments nerveux si délicats de la rétine, comprimés outre mesure, perdent leurs propriétés physiologiques ; ailleurs, la choroïde dont la circulation profondément troublée, subit des altérations propres et provoque dans les milieux transparents qu'elle nourrit, des lésions graves et parfois indélébiles.

Une fois établie, il est rare que cet excès de tension disparaisse spontanément, et l'évacuation de l'humeur aqueuse, obtenue par la ponction de la chambre antérieure, est souvent le seul moyen d'éviter de graves dangers.

Lorsque l'exploration directe du globe oculaire, au moyen de la pulpe des doigts, est possible, sans qu'il en résulte des douleurs trop vives, on a, par ce mode d'examen, un moyen simple et facile de se renseigner sur l'état de la tension. On arrive rapidement ainsi, par l'habitude, à apprécier non-seulement les degrés élevés, mais même les nuances relativement faibles. Dans la pratique, néanmoins, ces recherches ne sont pas toujours aisées, et il est nombre de maladies aiguës où l'œil est tellement douloureux que le moindre attouchement suffit pour exaspérer les souffrances. Les malades reculent involontairement la tête, contractent convulsivement les paupières, de telle sorte que cet examen est alors rempli de difficultés et d'incertitudes. Avons-nous, dans les cas de ce genre (et ils sont encore assez nombreux), d'autres symptômes, d'autres signes cliniques qui puissent nous renseigner sur l'état de la tension de l'œil et nous fournir ainsi une indication utile pour la paracentèse ?

Les ouvrages classiques d'ophthalmologie renferment très-peu de documents se rapportant à ce sujet.

Nous dirons, du reste, à ce propos, qu'il est regrettable que, dans les traités les plus récents et les plus complets de pathologie oculaire, on trouve si peu de chapitres réservés aux considérations générales. Les maladies y sont décrites successivement l'une à la suite de l'autre, sans vue d'ensemble. Nous croyons pourtant que, dans une branche des sciences médicales aussi importante que l'ophthalmologie, dans laquelle on découvre chaque jour des horizons nouveaux, il y a avantage à grouper les faits pathologiques qui, à un point de vue quel-

conque de leur histoire, présentent une certaine analogie, et à les traiter d'une façon générale.

Le but de ce travail est de signaler précisément l'ensemble des symptômes qui dénotent, dans un certain nombre de maladies parfois très-différentes sous le rapport de leur origine, de leur nature, l'urgence d'une même indication thérapeutique, au moins immédiate et momentanée, *la paracentèse.*

Les lésions superficielles de la cornée, kératites ulcéreuses, spontanées, ou consécutives à des vésico-pustules, les ulcérations à fond transparent, en coup d'ongle, les traumatismes, piqûres, déchirures intéressant une étendue plus ou moins grande, ou une épaisseur plus ou moins profonde de cette membrane, sont autant d'affections diverses qui revêtent parfois un caractère de ténacité, de gravité qui ne leur est pas habituel.

Les agents thérapeutiques employés d'ordinaire en pareil cas, tels qu'instillations d'atropine, compresses chaudes, bandeau compressif, déplétions sanguines locales, etc., restent sans effet. En présence de cette marche anormale d'affections ordinairement bénignes, il y a lieu de se demander si l'on ne doit pas modifier le traitement et si la chirurgie ne nous offre pas les ressources nécessaires pour en triompher. Or l'observation clinique démontre que, dans ces cas rebelles, la paracentèse est souvent d'un utile secours.

Mais comment prévoir à l'avance l'opportunité de cette petite opération ? Quels sont les signes cliniques qui nous permettent de compter sur son efficacité dans tel ou tel cas plutôt que dans tel ou tel autre ?

Nos recherches personnelles nous ont démontré que la paracentèse exerce une influence heureuse sur la marche de la maladie, toutes les fois qne le trouble fonctionnel accusé par le malade n'est pas en rapport avec les lésions des milieux transparents, et qu'il est plus considérable. Étudions de plus près ce symptôme. Tout d'abord, pour constater la diminution de l'acuité visuelle en pareil cas, quelques précautions sont nécessaires, sans quoi on risquerait de confondre les troubles réels de la vision avec ceux qui sont dus à la photophobie.

On aura donc soin de placer les malades dans une pièce peu éclairée, à contre-jour, et l'on cherchera à leur faire déchiffrer les caractères de l'échelle de Giraud-Teulon.

La mesure de l'acuité visuelle ainsi obtenue sera souvent bien inférieure à celle qu'on eût pu soupçonner d'après l'examen à l'éclairage oblique ou à l'ophthalmoscope.

En se plaçant à un point de vue exclusivement pratique, on pourrait se contenter de signaler ce fait clinique, sans y ajouter de commentaires et sans en chercher l'interprétation. Mais l'ophthalmologie est, de toutes les branches des sciences médicales, la plus rigoureuse et la plus précise, les explications n'y sont point illusoires. Aussi, mettant à profit les connaissances déjà acquises, nous efforcerons-nous de faire comprendre comment il peut survenir à un moment donné une diminution rapide, considérable de la vision, sans modification notable de l'organe.

Donders a démontré que, si l'on comprime avec le doigt le globe oculaire, le champ visuel se rétrécit, la vue s'obscurcit de plus en plus, au fur et à mesure que la pression augmente, et disparaît complétement aussitôt qu'on dépasse une certaine limite. L'œil soumis à cette expérience et examiné à l'ophthalmoscope présente les modifications suivantes :

Il se produit tout d'abord une diminution du calibre des vaisseaux de la pupille ; ils prennent une teinte plus claire, deviennent plus grêles, et bientôt le sang, ne pénétrant que par saccades dans l'artère centrale au moment de la systole ventriculaire, le pouls artériel apparaît. Ce moment coïncide précisément avec celui où la vision est abolie.

Comme dans cette expérience les milieux réfringents restent complétement transparents, il est évident que le trouble fonctionnel ne peut s'expliquer que par la diminution de la quantité de sang nécessaire à chaque instant pour stimuler la rétine et mettre en jeu ses propriétés physiologiques.

N'est-on pas en droit d'utiliser ces données fournies par l'expérimentation, et de les appliquer aux cas qui nous occupent? Lorsque nous nous trouvons en présence de troubles fonctionnels disproportionnés aux lésions, ne pouvons-nous pas les attribuer aux troubles circulatoires de la rétine, résultant d'un excès de tension intraoculaire ? Ainsi s'explique aisément l'influence heureuse de la paracentèse qui, par la détente qu'elle produit, favorise la circulation rétinienne, fait disparaître rapidement le trouble, fonctionne et modifie heureusement la marche de la maladie.

Cette disproportion entre le trouble fonctionnel et les lésions s'observe non-seulement dans un certain nombre de kératites superficielles, mais souvent aussi dans les iritis, et les irido-choroïdites à forme séreuse. Bien que l'humeur séreuse soit alors à peine troublée dans sa transparence, que l'ouverture pupillaire soit libre d'exsudats, la vision est parfois abolie à un haut degré. Ici aussi la paracentèse sera indiquée et donnera des résultats satisfaisants comme précédemment. Nous appuyant sur les expériences de Donders, nous avons cherché à démontrer que la diminution de l'acuité visuelle est probablement liée aux troubles circulatoires de la rétine, et que ces troubles eux-mêmes dépendent d'une augmentation de tension. Poussant encore plus loin l'analyse de ces phénomènes pathologiques, cherchons maintenant la cause de cette augmentation de tension. A notre avis, elle est la résultante d'une hypersécrétion de l'humeur aqueuse. Dans ces cas-là, en effet, un examen attentif des parties antérieures de l'œil, à l'éclairage oblique, montre que, vue de profil, la chambre antérieure est plus profonde que dans les conditions normales, l'iris et le cristallin sont repoussés en arrière et plus éloignés que d'ordinaire de la face postérieure de la cornée. Ce refoulement en arrière de l'iris et du cristallin ne doit pas nous étonner. Il résulte, en effet, des dernières recherches de Schwalbe, sur les voies lymphatiques de l'œil, que la chambre antérieure, revêtue d'un endothélium, doit être considérée comme un réservoir lymphatique. La lymphe du corps ciliaire, celle qui occupe le canal de Petit, autour du cristallin, y pénètrent en passant entre l'iris et le cristallin au pourtour de l'ouverture pupillaire. Une fois parvenus dans la chambre antérieure, les liquides s'écoulent à travers les espaces aréolaires de Fontana. La lymphe chemine donc de dedans en dehors, des parties profondes et postérieures vers les parties extérieures, et elle ne paraît pas pouvoir suivre une marche rétrograde. Du moins, l'expérimentation prouve que si l'on injecte dans la chambre antérieure un liquide soumis à une pression assez forte, l'iris est immédiatement appliquée contre la face antérieure du cristallin, les liquides ne peuvent aller plus loin, et la tension s'élève dans la chambre antérieure.

A ces symptômes, troubles fonctionnels considérables disproportionnés aux lésions, profondeur anormale de la chambre antérieure qui plaident déjà en faveur de la paracentèse, s'en joignent habituellement deux autres qui ont une certaine importance. Nous voulons parler de la violence et de la persistance des douleurs qui résistent aux divers agents thérapeutiques, et de la contraction pupillaire qui ne cède pas à l'action des mydriatiques.

La douleur étant un phénomène presque constant dans les maladies aiguës de l'œil, si l'on se contentait de signaler ce symptôme sans en préciser le caractère, il n'aurait presque aucune valeur pour l'indication de la paracentèse.

Mais tous les observateurs attentifs ont déjà remarqué que tantôt l'emploi des narcotiques à l'intérieur, les injections sous-cutanées de morphine à la tempe, les déplétions sanguines, etc., réussissent à calmer les douleurs, tantôt, au contraire, tous ces remèdes échouent complétement. Le médecin épuise sans succès l'arsenal de la thérapeutique et finit par se trouver désarmé, les souffrances persistent, tout au plus sont-elles légèrement amendées, par suite de la diminution de la sensibilité générale. Ce sont précisément ces cas rebelles, où la médication ordinaire est impuissante, qui cèdent très-bien à la paracentèse de la chambre antérieure. Une seule évacuation de l'humeur aqueuse suffit souvent pour enlever à jamais une douleur devenue intolérable, ayant résisté jusqu'alors à tous les moyens d'action. Ce caractère particulier de la *ténacité* de la douleur existe simultanément avec les deux premiers déjà signalés, mais on ne saurait nier néanmoins qu'il est plus irrégulier, plus difficile à apprécier, plus sujet à varier.

Le quatrième et dernier symptôme dont il nous reste à parler, c'est la résistance anormale du sphincter pupillaire à l'action des mydriatiques. De raefe avait déjà observé que, dans un certain nom-

bre d'affections aiguës de la cornée et de l'iris, les instillations d'atropine n'agissent pas et n'ont aucune influence sur la maladie, parce qu'elles ne pénètrent pas dans la chambre antérieure. Des travaux importants entrepris sur ce sujet, par Gosselin en particulier, ont établi d'une façon formelle que les solutions d'atropine passent directement et pénètrent en nature dans la chambre antérieure. Ce passage est sans nul doute la conséquence de phénomènes endosmoexosmotiques, dans lesquelles la pression joue un rôle important. Il est donc permis de supposer, que si les solutions d'atropine restent sans effet, c'est que la pression de la chambre antérieure augmentée les empêche de persister. De Graefe avait, du reste, parfaitement indiqué que, dans ce cas, le seul moyen de faire agir le médicament, consistait à obtenir une détente de la tension du globe, au moyen d'une large application de sangsues à la tempe. A la suite d'une déplétion sanguine considérable, on voit la pupille subir l'influence de l'atropine et se dilater. La résistance normale du sphincter iridien à l'action de l'atropine, lorsqu'il n'existe, bien entendu, aucune cause matérielle, aucun obstacle évident, tels que synéchie, exsudats, qui retient le bord pupillaire, dénote que les solutions mydriatiques ne pénètrent pas dans la chambre antérieure, et que l'excès de tension du liquide contenu dans la chambre antérieure est la cause probable de cet obstacle. Les quatre symptômes que nous venons de décrire, disproportion des troubles fonctionnels et des lésions anatomiques, augmentation de profondeur de la chambre antérieure, ténacité des douleurs, qui ne cèdent pas à l'action des narcotiques, et enfin la résistance anormale de l'iris à l'action des mydriatiques, peuvent se trouver réunis. La signification qu'ils présentent alors au point de vue de l'indication de la paracentèse, est très-nette et ne laisse aucun doute dans l'esprit du praticien. Mais il faut s'attendre, en clinique, à voir tantôt l'un, tantôt l'autre de ces symptômes devenir prédominant et les autres s'effacer parfois, même manquer complétement. Le praticien sagace devra tenir compte de ces signes souvent fugitifs, et c'est par leur recherche attentive qu'il arrivera souvent à retrouver leurs traces. Il n'hésitera pas alors à pratiquer une opération qui produira un excellent résultat, qu'on n'eût obtenu par aucun autre moyen.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 janvier 1874. — Présidence de M. Perrin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : — *La Gazette des Hôpitaux.* — *L'Union médicale.* — *La Gazette hebdomadaire.* — *Le Mouvement médical.* — *Le Progrès médical.* — *La France médicale.* — *Le Bordeaux médical.* — *Le Bulletin médical du nord de la France.*

Une lettre de M. Théophile Anger qui prie la société de le *comprendre au nombre des candidats à la place de membre titulaire déclaré vacante.*

Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique qui informe la société *qu'une somme de six cents francs lui est accordée à titre d'encouragement pour ses travaux.*

M. Rizzoli, membre correspondant à Bologne, adresse un mémoire intitulé : *Di un aneurisma arterioso-venoso attroversante la parete del cranio.*

PRIX

M. le secrétaire général donne lecture des prix de la Société de chirurgie pour 1874 et 1875.

La Société de chirurgie décernera, pour l'année 1874, le prix Duval et le prix Laborie ; cette année, le sujet du prix Laborie est libre.

Pour l'année 1875, la Société de chirurgie décernera le prix Duval, le prix Laborie et le prix Gerdy.

Prix Laborie. — *Établir, à l'aide d'observations, la valeur thérapeutique de l'urétrotomie interne.*

Prix Gerdy. — *De l'action de l'air sur les plaies, au point de vue historique et doctrinal.*

Les commissaires nommés pour désigner ces questions ont eu le désir de s'inspirer des habitudes et des tendances scientifiques des fondateurs. Ils ont, d'ailleurs, voulu suivre les traditions de la Société de chirurgie en se préoccupant de ne pas séparer l'étude des points relatifs à la pratique chirurgicale de celle de l'histoire de l'art et des doctrines. La société invite les compétiteurs pour le prix Gerdy à accorder à l'étude historique de la question toute l'importance qu'elle comporte.

Les thèses qui devront concourir pour le prix Duval 1874, les mémoires qui devront concourir pour le prix Laborie 1874, seront déposés sur le bureau de la Société de chirurgie, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre 1874.

Les thèses et mémoires destinés aux concours de 1875 devront être déposés avant le 1er novembre 1875.

La société rappelle que le prix Duval est de la valeur de 100 francs en livres ; que le prix Laborie est de la valeur de 1,200 francs, et que divers arrérages permettent de disposer d'une somme importante à distribuer, s'il y a lieu, en encouragements; que le prix Gerdy est de 2,000 francs.

M. le Président annonce à la société que M. le docteur Spielmann, membre correspondant, assiste à la séance. Il prévient également la société qu'elle aura à nommer une commission chargée d'examiner les titres des condidats à une place vacante de membre titulaire.

LECTURES

M. le Secrétaire général lit l'observation suivante de M. Bourguet (d'Aix), membre correspondant :

Nouvelle observation de pseudarthrose de la cuisse guérie par les injections irritantes (Voir les numéros des 19 et 21 février).

M. Duplay lit la note suivante :

Note sur le traitement chirurgical de l'hypospadias scrotal et périnéal. — Dans la dernière séance de la Société de chirurgie, M. le docteur Théophile Anger est venu rendre compte à cette tribune d'une opération qu'il a pratiquée, avec succès, sur un jeune homme atteint d'hypospadias scrotal.

Depuis plusieurs années je m'occupe activement du traitement chirurgical de ce vice de conformation, considéré jusqu'à ce jour comme absolument incurable, et je devais, probablement dans quelques mois, vous faire une communication sur ce sujet. La lecture de M. Théophile Anger m'oblige à ne pas attendre davantage pour vous faire part de mes efforts et des résultats que j'ai obtenus dans une voie tout à fait nouvelle. Il est bien entendu que je m'abstiendrai de toute allusion au fait si intéressant de M. Anger, remettant les quelques observations critiques que j'aurai à faire au moment de la discussion du rapport dont s'est chargé notre collègue M. Guyon. Le seul but de ma communication est de vous exposer des faits qui me sont personnels, qui diffèrent notablement, ainsi que vous le verrez, du fait de M. Anger, et qui peuvent tout au plus servir de points de comparaison et de discussion pour le rapport.

C'est en 1868 que se posa, pour la première fois devant moi, la question du traitement chirurgical de l'hypospadias périnéo-scrotal, et, depuis cinq ans, j'ai eu l'occasion de voir et d'opérer trois sujets atteints de ce vice de conformation.

Or, dans deux cas, quoique le résultat définitif ne soit pas encore obtenu, je crois être en droit d'y compter dès à présent. Le troisième cas ne doit pas être considéré comme un insuccès ; car une première opération a donné ce qu'elle pouvait donner, et c'est seulement par suite du refus des parents de continuer la cure que j'ai dû en rester là.

De ces trois cas, deux ont été observés chez des enfants de quatre ans et quatre ans et demi, un troisième chez un jeune homme de vingt et un ans. Tous les trois se présentaient dans des conditions à peu

près identiques, et, pour épargner vos moments, je vous demande la permission de les décrire collectivement, me bornant à quelques remarques particulières.

La verge, vue par sa face dorsale, paraît à peu près normalement développée; elle est fortement appliquée contre le scrotum, lequel est fendu sur la ligne médiane et constitue de chaque côté deux replis qui simulent, jusqu'à un certain point, deux grandes lèvres. Il est d'ailleurs facile de s'assurer de la présence dans le scrotum des deux testicules, dont le droit est constamment plus volumineux que le gauche.

En relevant légèrement la verge, on constate que le gland présente, près de son sommet et à la face inférieure, une échancrure, trace du méat urinaire, dont les deux lèvres se continuent avec une bride cutanée, toujours très-courte, mesurant 15 millimètres chez un des enfants et 26 millimètres chez le sujet adulte, et qui vient se terminer de chaque côté d'une fente médiane, verticale, située au fond de l'écartement du scrotum et simulant un petit orifice vaginal. L'urèthre s'ouvre à ce niveau, c'est-à-dire vers la partie postérieure du scrotum et presque au périnée.

On voit donc qu'il s'agit, dans ce cas, de l'hypospadias périnéal le plus complet.

La verge ne peut être relevée vers l'abdomen, et il est facile de s'assurer que cela ne tient pas seulement à la présence de la bride qui unit la base du gland à l'ouverture anormale de l'urèthre, mais que l'incurvation de la verge en bas est due aussi à une rétraction des corps caverneux. Chez l'un de mes opérés, l'incurvation était telle que le gland se trouvait presque immédiatement fixé à l'ouverture anormale de l'urèthre.

Chez celui de mes malades qui a atteint l'âge de puberté, les érections, fréquentes et souvent douloureuses, par suite de la tension de la bride, loin de redresser la verge, ont pour effet de la plier en deux, le gland se portant vers le scrotum et le périnée, tandis que la partie saillante de l'organe correspond à peu près à la moitié de sa face dorsale. Il est inutile d'ajouter que, dans ces conditions, les tentatives de coït ont toujours été vaines et que les éjaculations, en dehors des pollutions nocturnes, sont provoquées par des excitations et des manœuvres anormales.

Chez les trois sujets, la miction s'opérait de la même façon; l'urine était projetée avec force; mais, à cause de la disposition des parties, les malades étaient obligés de s'accroupir pour uriner.

Un vice de conformation aussi complexe a été considéré jusqu'à ce jour comme tout à fait au-dessus des ressources de l'art, et je ne sache pas qu'il existe un seul cas d'hypospadias scrotal situé aussi loin dans la région périnéale qui ait été guéri par la chirurgie, au point de permettre la copulation, et d'assurer l'issue de l'urine et du sperme à travers un canal nouvellement formé et s'ouvrant à l'extrémité de la verge.

Or je n'hésite pas à déclarer que ces résultats, regardés jusqu'à présent comme irréalisables, pourront être dorénavant obtenus par le chirurgien, et en avançant cette opinion avec confiance, je tiens à faire remarquer qu'il ne s'agit pas d'une opération plus ou moins hardie et brillante qui peut réussir une fois par hasard, mais qui a beaucoup plus de chance pour échouer. Ce qui, selon moi, caractérise tout particulièrement le mode opératoire que je vais avoir l'honneur de vous exposer, c'est précisément qu'il s'agit d'une méthode opératoire dont le principe est tellement rationnel, et les procédés tellement simples et faciles qu'on peut être assuré d'avance des résultats, pourvu qu'on y mette du temps et de la patience.

Si l'on veut bien se reporter à la description sommaire des faits d'hypospadias périnéo-scrotal que j'ai observés, on verra que le chirurgien doit remplir deux indications pour remédier à cette difformité :

1° Il faut d'abord délivrer la verge de ses attaches inférieures, faire disparaître son incurvation, de manière qu'elle puisse se relever vers l'abdomen et prendre, pendant l'érection, une direction qui permette le coït;

2° Il faut ensuite, la verge ayant acquis une longueur et une direction convenables, construire, de toutes pièces, un nouveau canal depuis l'ouverture anormale de l'urèthre jusqu'à l'extrémité du gland.

1° La première indication me paraît devoir être toujours facile à remplir. J'ai pu chez mes trois sujets obtenir le redressement complet de la verge.

Le procédé opératoire, extrêmement simple, consiste à inciser transversalement et au niveau de sa partie moyenne, la bride qui unit le gland au scrotum. En sectionnant couche par couche, on arrive jusqu'à l'enveloppe des corps caverneux que j'ai été obligé d'entamer ainsi que la cloison chez mes trois opérés. On s'arrête lorsque la verge, entièrement détachée, peut être relevée vers le pubis.

De cette incision transversale résulte, lorsqu'on maintient la verge relevée, une plaie de forme losangique qu'on réunira par quelques points de suture, afin de diminuer autant que possible l'étendue du tissu cicatriciel.

Je dois dire que, chez mes trois opérés, la réunion immédiate de cette plaie ne s'est faite que très-imparfaitement; malgré cela, le résultat a été très-satisfaisant, à la condition de surveiller attentivement la cicatrisation, afin qu'elle soit régulière et qu'il n'y ait pas de rétraction consécutive; aussi pendant toute la durée de la cicatrisation, et même longtemps après qu'elle est achevée, doit-on exercer des tractions sur la verge en la fixant sur le ventre à l'aide de bandelettes agglutinatives. (*A suivre.*)

VARIÉTÉS

De la nostalgie ou mal du pays

Par M. le docteur A. BENOIST DE LA GRANDIÈRE, ancien médecin de la marine (1).

La nostalgie tendrait-elle, comme paraît le penser l'auteur de ce petit volume, à disparaître du cadre nosologique et de la réalité, par le fait des progrès incessants du mélange et des communications faciles des populations? Il est certain que, souvent mentionnée dans les auteurs classiques du dernier siècle, c'est à peine si elle figure pour mémoire dans les ouvrages modernes. Il n'est guère que la pratique de la médecine militaire et de la médecine navale qui fournissent encore l'occasion d'en observer de temps en temps quelques cas.

Quoi qu'il en soit, on devait s'attendre à en voir se multiplier les exemples pendant nos derniers désastres. Cela n'a pas manqué, en effet, et il n'est pas de médecin chargé de la direction d'un service de quelque importance dans nos ambulances, pendant le siége de Paris, qui n'en ait observé quelques exemples, surtout parmi les jeunes soldats bretons. Nous en avons observé plusieurs pour notre compte.

C'est en groupant quelques-uns de ces faits, que M. le docteur Benoist de la Grandière a conçu et réalisé le plan de cet ouvrage. En les réunissant à ceux qu'il a été à même d'observer dans ses voyages maritimes, il a esquissé la symptomatologie de cette affection qui se résume dans cette concise et expressive formule de Sauvage : *morositas, pervigilia, anorexia, asthenia*. Il nous la montre tantôt se bornant à des troubles psychiques qui n'ont que peu ou point de retentissement sur l'organisme ; d'autrefois, frappant d'asthénie les principales fonctions et produisant les accidents les plus variés ; pouvant, enfin, devenir par elle-même, sous l'influence de la fièvre hectique qui accompagne sa forme la plus grave, une cause fréquente de mort.

Une esquisse rapide de l'histoire de la nostalgie dans les différents peuples, montre, qu'en général, le mal du pays est en raison inverse de la civilisation. C'est chez les peuples les plus sauvages qu'il se montre avec la plus grande force; tandis qu'on la voit diminuer et décroître graduellement dans les pays les plus civilisés. En un mot, M. Benoist de la Grandière trouve la cause de la disparition graduelle de la nostalgie dans le développement de l'instruction et des voies de communication, dans l'abolition de l'esclavage et dans la tendance si marquée de nos jours de toutes les nations européennes au cosmopolitisme. C'est assez dire qu'il faut surtout chercher les causes prédisposantes ou préparatoires de la nostalgie dans l'état social, dans le genre et le degré d'éducation, dans la profession des individus; toutes les autres conditions ou tous les cas où on l'a vue se produire n'ayant fait que hâter ou déterminer son développement.

(1) 1 vol. in-12. Prix : 3 francs. — Paris, 1873, Adrien Delahaye.

Conformément à cette étiologie, le traitement de la nostalgie doit avoir surtout en vue d'indiquer les moyens les plus propres à en prévenir le développement. En d'autres termes, il doit être prophylactique. Pour l'auteur, la prophylaxie de la nostalgie réside tout entière dans la direction apportée à l'éducation et dans le développement des voies de communication : le livre et la vapeur en sont les principaux agents.

Tels sont en raccourci, le plan et l'ordre principal d'idées développées dans ce livre. Placez dans ce cadre des exemples palpitants d'intérêt, un examen critique très-judicieux des opinions des divers auteurs, des réflexions où la raison, le bon sens et le savoir se trouvent heureusement associés à la philanthropie et à la sensibilité qu'éveille un pareil sujet, le tout dans un style élégant et pur, et l'on aura une idée du plaisir que procure la lecture de ce petit volume, que l'Académie de médecine a d'ailleurs jugé digne d'une de ses récompenses honorifiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 4 mars 1874, M. Coze, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Hôpitaux de Paris.* — Un concours pour deux places de chirurgiens au bureau central s'ouvrira le jeudi 30 avril 1874, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. Les concurrents devront se faire inscrire au secrétariat général, de midi à trois heures, et y déposer leurs titres. Le registre d'inscription sera ouvert le mercredi 1er avril 1874, et sera clos définitivement le jeudi 16 avril, à trois heures.

— La Société de chirurgie tiendra sa prochaine séance le 11 mars 1874.

Ordre du jour : M. Ledentu. Rapport sur le travail de M. Perrier (ligature de l'iliaque externe). — M. Tillaux. Trachéotomie par le galvano-cautère. — M. Anger. Note sur la paralysie du rameau cutané de l'épaule.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité historique et pratique de la syphilis, par le docteur E. Lancereaux, accompagné de trois planches gravées et coloriées, et de figures dans le texte. — 1 vol. gr. in-8° — 17 feuilles. — Paris, Germer Baillière.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 29. — MARDI 10 MARS 1874. 47e ANNÉE. MARDI 10 MARS 1874. — N° 29.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. E. Bouchut adresse une note intitulée : *Sur un nouveau signe de la mort, tiré de la pneumatose des veines rétiniennes.*

« Au moment de la mort, dit M. Bouchut, il se dégage du sang veineux des gaz qui s'y trouvent normalement emprisonnés et qui forment une pneumatose des veines.

« La pneumatose des veines rétiniennes est facilement appréciable avec l'opthalmoscope, et elle constitue un signe immédiat et certain de la mort. Chez l'homme qui vient de mourir, la pneumatose des veines rétiniennes est indiquée par l'interruption de la colonne sanguine de ces veines, phénomène comparable à celui qu'on observe dans la colonne interrompue d'un thermomètre à alcool coloré. »

M. Bouchut n'en est pas à son coup d'essai en ce qui concerne les signes de la mort.

Déjà, en 1849, son traité *sur les signes de la mort et sur les moyens de prévenir les enterrements prématurés,* faisait autorité dans la science, et Mueller, dans sa physiologie, lui accordait tous les honneurs dus à son rang (1).

A cette époque, comme aujourd'hui d'ailleurs, le signe formel de la mort pour M. Bouchut consiste dans la cessation des battements du cœur. Cette cessation peut être constatée par l'auscultation et, si l'on veut aller plus loin dans la certitude, par l'*acupuncture du cœur* (2).

M. Bouchut arme sa main d'une longue aiguille à acupuncture, presque aussi mince qu'une épingle à insectes, et il l'introduit à travers le quatrième espace intercostal jusque dans la substance du cœur. Si le cœur bat, la partie de l'aiguille restée au dehors exécute des oscillations d'autant plus amples, que cette partie est plus longue, et si, au contraire, le cœur ne bat pas, l'immobilité de l'aiguille l'indique suffisamment. La piqûre des parois du cœur est sans danger ; il ne s'écoule pas une goutte de sang, et il est impossible de retrouver sur le cadavre le point où l'aiguille a piqué la paroi cardiaque. Nous avons été témoin de cette opération sur le vivant ; nous avons vu les oscillations de l'aiguille reproduisant au dehors, en les amplifiant, les mouvements du cœur, et nous avons été émerveillé de l'innocuité *apparente et réelle* de ce nouveau *sphymographe.*

(1) Mueller, tome II, page 784.
(2) Rapport de Rayer sur le prix Manni. — *Comptes rendus*, Acad. des sciences, 1848.

Le procédé de la constatation de la cessation des battements du cœur est sans contredit le plus scientifique et le meilleur pour diagnostiquer la mort. Pourquoi M. Bouchut en donne-t-il un autre ? Nous n'en savons rien. Probablement il a été conduit à cette découverte par ses recherches cérébroscopiques au moyen de l'ophthalmoscope ; il a dû être frappé de ces solutions de continuité dans la circulation des vaisseaux rétiniens après la mort, et son esprit généralisateur en a fait un nouveau signe de la cessation de la vie. Quoi qu'il en soit, le fait dévoilé par M. Bouchut est nouveau, intéressant et digne d'attirer l'attention des expérimentateurs.

— Dans une communication récente, M. Oré, de Bordeaux, avait présenté l'observation d'un malade atteint de tétanos sur lequel il avait pratiqué deux injections intra-veineuses avec 10 grammes de chloral. Ces injections furent suivies d'une grande amélioration, mais là s'arrêtait l'observation. M. Oré peut compléter aujourd'hui sa communication car le malade est guéri. L'amélioration qui avait succédé aux deux premières injections ne s'étant pas maintenue, M. Oré en pratiqua une troisième, et, dès lors, les symptômes tétaniques diminuèrent peu à peu d'intensité et de durée jusqu'à leur disparition complète.

Il ressort de cette observation intéressante : 1° que les injections intraveineuses de chloral peuvent être pratiquées sans danger, M. Oré n'ayant constaté, comme conséquence, que la formation d'un petit abcès à la partie inférieure de l'avant-bras, par suite de la pénétration du chloral dans le tissu cellulaire ; 2° que le chloral mis immédiatement en communication avec le sang produit immédiatement une insensibilité absolue beaucoup plus rapide et plus longue que lorsqu'il est administré par la bouche ; 3° que le chloral à des doses relativement faibles (10 grammes en injection) produit, quand il est introduit dans les veines, la paralysie complète de la sensibilité et de la motilité. Trois injections ont suffi pour guérir le malade du tétanos ; par conséquent, la dose de chloral introduite a été en tout de 30 grammes.

Ces résultats sont trop beaux pour qu'ils ne tentent pas les praticiens.

— Dans une note concise, trop concise peut-être, M. Quinquand groupe un certain nombre de symptômes qu'il désigne sous le nom de *œdème aigu angioleucitique.*

Au point de vue anatomique, dit M. Quinquand, cette affection est caractérisée par une phlegmasie des vaisseaux lymphatiques ; indépendamment de la lymphangite funiculaire, on

voit coexister celle des réseaux. En certains points apparaissent des foyers purulents, séparés par du tissu œdématié (angioleucite nodulaire). Par places se montrent des phlyctènes remplies de sérosité albumineuse et de quelques leucocytes; au-dessous se rencontrent des plaques gangréneuses d'un brun violacé. Ces plaques, exclusivement cutanées et séparées par du tissu à peu près sain, sont produites par une infiltration purulente et fibrineuse du derme seul.

« Le tableau clinique est celui d'une affection fébrile : au début, frissons pendant trois à quatre jours de suite, état gastrique ; température rectale : 39°5 à 40 degrés pendant huit à dix jours; pouls à 100 ou 110. Bien que le mouvement fébrile soit intense, l'état général reste satisfaisant; l'adynamie est exceptionnelle.

« Parmi les phénomènes locaux, je signale le gonflement avec rougeur légère ; les membres où siége la lésion ont triplé de volume. Il semble, au premier aspect, qu'on ait affaire à un phlegmon diffus; mais on ne rencontre ni marbrures, ni sphacèle du tissu cellulaire : il n'existe pas trace d'érysipèle.

« Par le toucher, on ne sent pas de vraie induration, mais plutôt de la résistance. Après dix à douze jours la fièvre cesse, l'œdème disparaît; bientôt il ne reste plus que des abcès qui se résorbent, et des plaies consécutives à la chute des escarres cutanées. La guérison est la règle, la mort l'exception.

« Le traitement consiste en bains prolongés, en toniques de toute nature et en applications émollientes. »

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Sée.

Leçons dogmatiques sur les hydropisies (1)

(Recueillies par M. le docteur A. Brochin)

Nous avons indiqué, parmi les hydropisies nervo-vasculaires, celles qui sont le résultat du froid et les hydropisies scarlatineuses.

Dans un troisième groupe d'hydropisies vasculaires dynamiques je rangerai les hydropisies qu'on appelait autrefois *nerveuses;* hydropisies qui s'observent chez les chlorotiques, chez les hystériques. C'est la bouffissure des chlorotiques ou des hystériques (*hydrops spasticus* des auteurs). Chez elles, en effet, le système nerveux vaso-moteur est *épuisé,* pour ainsi dire, et, par suite, il se produit une distension des vaisseaux qui provoque la formation passagère de l'*hydrops spasticus*, remarquable par sa marche intermittente et irrégulière. Cette influence du système nerveux sur la production de ces hydropisies a d'ailleurs été prouvée expérimentalement par M. Ranvier, qui démontra que la ligature seule de la veine principale chez le chien ne suffit pas pour produire l'hydropisie et qu'il faut y adjoindre la paralysie vaso-motrice des vaisseaux.

Les expériences de M. Ranvier sont tout à fait concluantes ; il me suffira de vous en citer une seule.

Sur un chien, M. Ranvier lie les deux veines iliaques primitives, et il coupe le nerf sciatique d'un côté seulement ; or l'œdème n'apparaît que dans le membre dont le nerf sciatique a été sectionné. Cela prouve surabondamment, vous le voyez, l'influence incontestable des lésions du système nerveux sur la production des hydropisies; il y aurait toutefois à savoir si l'oblitération *complète* du système vasculaire veineux des membres inférieurs ne suffit pas à elle seule pour produire l'œdème de ces membres; je dis *complète*, car il s'établit facilement une circulation collatérale, qui compense l'occlusion de la veine principale.

En résumé, nous admettrons trois grandes catégories d'hydropisies :

1° Hydropisies mécaniques ou dues aux lésions des solides (oblitérations complètes des veines, affections du cœur).

2° Hydropisies exosmotiques (l'exosmose étant due à l'hypo-albuminose du sang).

3° Hydropisies névro-vasculaires, comprenant trois groupes:

a Hydropisies *a frigore* ;

b Hydropisies dues à la scarlatine;

c Hydropisies par dilatation atonique des vaisseaux.

Nous allons étudier chacune de ces espèces en particulier.

1° Hydropisies mécaniques.

Hydropisies dues à une obstruction des vaisseaux et principalement des veines. — Il y a près de deux siècles, deux médecins anglais, Lover et Willis, produisirent des hydropisies sur les animaux en liant les veines. Plus tard ces expériences furent répétées par Frédéric Hoffmann, puis par Van Svieten. Enfin, en 1823, M. Bouillaud reprit de nouveau ces expériences et leur donna un cachet d'exactitude qui leur manquait. Quand on fait la ligature de la fémorale, par exemple, on voit l'œdème apparaître d'abord au voisinage des capillaires, c'est-à-dire des radicules veineuses; mais, au niveau même de la ligature, il ne se fait aucun changement autour de la paroi veineuse. Cela prouve que la ligature ne suffit pas pour déterminer la sortie de la partie séreuse du sang à travers les parois vasculaires, il faut y ajouter une augmentation de pression dans tout le système artériel. Or le maximum de cette pression s'exerce sur les capillaires. Ceux-ci seront donc les premiers atteints dans toute hydropisie *vraie*. Le contraire a lieu dans la *thrombose* et la *phlegmatia alba dolens*.

Une autre condition non moins indispensable à la production d'une hydropisie consiste à rendre impossible toute circulation collatérale en amont ou en aval de la ligature. Oblitération *complète* de la veine, impossibilité d'une circulation collatérale, telles sont les deux conditions nécessaires pour la coagulation du sang au niveau de l'obstacle (thrombose) et finalement pour la transsudation.

Nous avons vu comment M. Ranvier a démontré, dans ses expériences, que la ligature seule des vaisseaux ne suffit pas pour produire une hydropisie, et le rôle que joue la paralysie des nerfs vaso-moteurs dans l'apparition de ce phénomène. M. Ranvier a donc, en cela, complété les expériences de Lover et celles de M. Bouillaud. Mais, à son tour, il n'a peut-être pas assez tenu compte de la circulation collatérale, qu'il importe de supprimer en même temps que la circulation principale, pour produire l'hydropisie.

Quoi qu'il en soit, en effet, il faut toujours arriver à cette formule mécanique : *Augmentation de pression* et *oblitération complète de la veine*.

On peut, à volonté, répartir l'hydropisie dans telle ou telle partie du corps en liant telle ou telle veine. Le mécanisme est le même dans tous les cas et consiste dans un obstacle entre le cœur et la périphérie.

L'oblitération d'une veine peut être causée de deux façons : 1° par une *compression périphérique*; 2° par une *obstruction intra-veineuse.* Les exemples de compression périphérique abondent : ainsi pour la veine fémorale, une tumeur quelconque sur son trajet, un bandage, etc.

A ces sortes de causes, il faut joindre la dilatation vari-

(1) Suite. — Voir les numéros des 24 et 26 février 1874.

queuse des veines. Toutefois l'œdème d'un membre variqueux n'est pas le même que celui qui dépend d'une oblitération veineuse. Quel est, en effet, le mécanisme de l'œdème dans les varices?

Il existe toujours, en même temps que les varices superficielles, des varices profondes; ce fait a été démontré par M. Verneuil; mais leur développement se fait avec une extrême lenteur, de telle sorte qu'il peut toujours s'établir une circulation collatérale, et ce n'est que plus tard que, d'une part, l'insuffisance des valvules de ces veines et, d'autre part, l'atrophie de leurs tuniques permettent au sang de refluer et de déterminer ainsi l'œdème.

Au point de vue clinique, il est une différence importante à noter entre cet œdème variqueux et l'œdème par oblitération des veines : le premier débute au niveau même des vaisseaux atteints, l'autre apparaît généralement sur le dos du pied. Ainsi, chaque fois que l'on constate l'infiltration sur le dos du pied, on peut être à peu près assuré qu'il s'agit d'autre chose que de simples varices.

Compression périphérique, état variqueux des veines, voilà donc deux causes importantes d'œdème. (*A suivre.*)

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Urano-staphylorrhaphie, insuccès partiel, remarques sur quelques temps de l'opération (1).

Un garçon de quatorze ans me fut amené au commencement de janvier 1874, pour subir l'opération de la staphylorrhaphie. Il est bien portant, d'un physique agréable, intelligent, très-soumis et très-raisonnable. Quoique bien proportionné et né de parents sains, il est si peu développé qu'il paraît à peine âgé de huit ans.

Les lèvres, les arcades dentaires, la partie antérieure de la voûte palatine, la partie supérieure et postérieure du pharynx sont tout à fait à l'état naturel; mais le voile du palais est fendu, et la division s'étend au tiers postérieur de la voûte osseuse.

Les lèvres de la fente sont très-écartées et figurent une demi-parabole plutôt qu'un triangle; aussi ne peut-on, avec un crochet, rapprocher qu'imparfaitement les deux moitiés du voile. En bas, ce voile est d'une bonne épaisseur; mais en haut il est fort mince. Il en est de même de la muqueuse palatine au pourtour de la fente osseuse.

Cette disposition, que j'ai déjà remarquée, et dont j'ai montré jadis un bel exemple à la société anatomique, est défavorable au succès de l'opération. En effet, elle compromet la vitalité des lambeaux palatins décollés par leur face profonde, et quant aux lambeaux staphylins, elle force de n'affronter que d'étroites surfaces saignantes si l'on n'avive que leur bord libre. On a augmenté beaucoup le déficit si l'on avive largement: c'est à la première de ces circonstances que j'attribue surtout, dans la présente opération, la non-réussite de deux points de suture.

La synthèse de la fissure palatine et de la fissure staphyline exigeant des procédés un peu différents, j'aurais pu, à l'exemple de certains chirurgiens, faire la restauration en deux temps séparés, réunir d'abord le voile, puis combler ultérieurement la perforation osseuse; mais je crus meilleur de faire simultanément les deux choses. En conséquence, j'opérai de la manière suivante, avec l'assistance de M. Delore, chirurgien distingué, de Lyon, qui voulut bien m'aider de ses conseils.

L'enfant fut assis sur une chaise; grâce à son courage et à sa docilité, il ne fut pas nécessaire de maintenir artificiellement les mâchoires écartées. Je commençai par aviver les deux bords du voile du palais, ce qui me donna deux surfaces cruentées, larges en bas et malheureusement étroites en haut où elles présentent à peine 3 millimètres d'avant en arrière.

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 25 février 1874.

A la voûte palatine, la commissure de la fente étant arrondie, je dus exciser sur la ligne médiane, un petit lambeau triangulaire d'un centimètre de hauteur et d'une étendue presque égale à sa base, ce qui fait que la brèche à combler s'étendait jusqu'au 1/3 antérieur environ de la voûte. L'écoulement sanguin fut presque insignifiant.

Passage des fils. — Pour donner à ce temps difficile de l'opération toute la précision nécessaire, pour placer les sutures à égale distance les unes des autres et leur faire embrasser une égale épaisseur de tissus, j'ai toujours employé le procédé de transfixion des bords d'avant en arrière et longtemps repoussé tous les instruments spéciaux pour me servir uniquement des petites aiguilles de Sims, portant un fil simple d'un côté, un fil double de l'autre, qu'on anastomose à la manière de Bérard. Cependant j'ai utilisé il y a deux ans l'aiguille tubulée pour suturer une assez large perforation staphyline, suite de syphilis tertiaire. A cet effet, j'ai fait couder à 45 degrés la portion courbe de l'aiguille, qui devient ainsi d'un maniement très-commode. J'ai pu, de cette manière, traverser les deux lèvres avec le même instrument et placer quatre sutures en quelques instants.

Dans le cas présent, l'écartement des bords était trop grand pour que cet instrument fût utilisable; cependant M. Delore voulut bien m'indiquer l'emploi d'une autre aiguille tubulée, avec laquelle il passe d'emblée le fil métallique des deux côtés sans changer d'instrument; l'aiguille en question est recourbée en forme d'hameçon, on la passe à travers la fente derrière le voile et en tirant à soi on traverse celui-ci du côté gauche du malade. Dès que la pointe apparaît à la face buccale, on chasse le fil métallique dont le chef sorti de la bouche est confié à un aide. On pousse l'aiguille en arrière pour la dégager; alors, faisant exécuter à la totalité de l'instrument une demi-rotation sur son anse, on reporte sa pointe derrière le bord droit du voile qu'on transperce également d'arrière en avant. Cette fois encore, dès que la pointe est visible en avant, on chasse le fil qui se dégage sous forme d'une anse qu'on attire dans la cavité buccale qu'on coupe à son milieu pour pouvoir retirer l'aiguille, et dont on conserve le chef en continuité avec celui qui traverse déjà l'autre levre du voile.

Ce procédé exécuté sur un morceau de cuir est très-facile, il m'a paru plus malaisé sur le patient. Toutefois j'ai pu placer ainsi deux points de suture; mais, en raison de mon inexpérience, d'une part, et de l'autre de la trop grande courbure de l'aiguille dont je disposais, je n'ai pu transpercer les lèvres exactement où je le voulais, ce qui arrive trop souvent quand on procède d'arrière en avant : néanmoins je reconnais que la manœuvre est expéditive, et, comme M. Delore l'a adopté, je ne la proscrirai point sans de nouvelles tentatives.

En tout cas, l'aiguille tubulée peut servir d'une autre manière, que mon collègue de Lyon m'a également enseignée. On prend deux aiguilles tubulées, longues et un peu incurvées vers la pointe; dans l'une, destinée à percer la lèvre gauche du voile, on place un fil d'argent très-fin et doublé de façon à figurer une anse; et dont l'autre, qui traverse la lèvre droite, contient un fil simple.

La lèvre gauche étant traversée d'avant en arrière, on chasse le fil et l'on voit apparaître, dans le pharynx, l'anse que l'on attire dans la bouche; l'autre aiguille, introduite également d'avant en arrière, porte à son tour, dans le pharynx et de là dans la bouche, le fil simple. Ce dernier est fixé à la partie moyenne de l'anse; alors il ne reste plus qu'à retirer les deux aiguilles, et plus particulièrement la première, pour mettre définitivement en place le fil d'argent traversant les deux bords.

En résumé, c'est le procédé de Bérard, dans lequel on remplace le fil de soie par un fil métallique et les aiguilles ordinaires par les aiguilles tubulées.

J'accorde une certaine valeur à un procédé où l'on emploie les aiguilles tubulées fines, parce que les aiguilles mobiles sont souvent très-difficiles à retrouver et à saisir quand elles sont devenues libres derrière le voile; j'en ai fait l'expérience dans cette opération même, m'étant servi pour placer mon troisième fil de la petite aiguille mobile de Mathieu; je l'avais d'abord saisie assez vivement dans le pharynx, mais elle s'échappa de ma pince et je passai plus de trois minutes à la reprendre, tant à cause de son petit volume que des mouvements de déglutition que déterminait la présence de mes doigts ou de ma pince dans le pharynx. En revanche, le passage du fil métallique simple sur la lèvre droite à l'aide de l'aiguille tubulée fut l'affaire d'un instant.

Incision libératrice, décollement des lambeaux palatins. — Les quatre fils étant placés sur le voile, j'en réunis tous les chefs dans ma main gauche pour juger du degré d'extensibilité des deux moitiés du voile et de l'étendue que je devais donner aux incisions latérales. Il s'en fallait de près de 1 centimètre que l'affrontement fût possible. Naturellement l'ouverture palatine restait béante puisque la muqueuse, à ce niveau, était encore adhérente aux os ; mais, au niveau du voile lui-même, l'écartement était encore considérable, sauf en bas où les deux moitiés de la luette arrivaient à peu près au contact.

En somme, les incisions latérales devaient être très-étendues, car elles avaient non-seulement à mobiliser les deux lèvres du voile, mais encore à détacher par leur bord externe les deux lambeaux palatins.

Songeant à la quantité souvent considérable du sang fourni par ces incisions latérales faites au bistouri, quand on divise soit l'artère palatine soit quelqu'une de ses branches et à la gêne que ce sang occasionne au patient aussi bien qu'au chirurgien, je résolus de pratiquer les débridements latéraux avec le couteau galvanique.

En conséquence, le voile étant bien tendu, à l'aide des quatre fils métalliques qui le traversaient, je portai d'abord mon couteau du côté gauche et je fis une section de 5 centimètres commençant sur la voûte palatine au niveau de la première petite molaire et s'étendant en bas jusqu'à l'insertion du pilier antérieur du voile. A mesure que les parties étaient divisées, je voyais la moitié correspondante du voile céder et se rapprocher de la ligne médiane. Je reportai donc mon couteau rougi du côté droit pour obtenir le complément de mobilisation nécessaire. Dès que l'affrontement médian fut réalisé, je m'arrêtai; aussi cette incision fut-elle un peu moins prolongée en arrière et un peu moins profonde. Au reste, ni l'une ni l'autre des incisions n'étaient perforantes. Elles intéressaient seulement la muqueuse et la couche musculaire, car je voulais diviser au moins le tendon du péristaphylin externe. Naturellement au niveau de la voûte palatine, la section allait jusqu'à l'os.

Je fus très-satisfait de cette petite innovation. Les deux débridements pratiqués avec lenteur, 20 à 25 secondes pour chacune, ne fournirent pas *une seule goutte de sang* et ne provoquèrent qu'une très-médiocre douleur. J'avais agi très-près de l'arcade alvéolaire pour donner à mes lambeaux une largeur assez grande pour assurer leur vitalité.

Ceci fait, je détachai la portion palatine avec une rugine courbe sur le plat, et aussitôt l'affrontement put être effectué en ce dernier point comme dans le reste de la fente. Un seul point de suture métallique fut passé à l'aide de l'aiguille tubulée coudée dont j'ai parlé plus haut.

Restait enfin à serrer les sutures. De tous les modes préconisés, je préfère de beaucoup l'emploi des boutons perforés et des tubes de plomb. Voici comment on procède : on choisit des boutons de porcelaine, de nacre, d'os ou d'ivoire, tels qu'on les trouve chez les merciers; il les faut petits et autant que possible percés de quatre trous. Les deux chefs libres du fil métallique sont passés dans deux trous opposés et se trouvent ainsi écartés de 2 à 3 millimètres. On engage ensuite les deux mêmes chefs dans un petit tube de plomb. On pousse bouton et anneau de plomb jusqu'à la ligne de réunion, pendant qu'on attire fortement à soi les deux chefs métalliques de manière à serrer la suture à un degré convenable. Ce degré obtenu, on presse l'anneau avec le davier, et la suture est ainsi fixée d'une façon définitive.

Les deux chefs du fil sont enfin coupés au ras de l'anneau de plomb afin de ne pas irriter la langue dans la déglutition. Ce procédé que j'emploie, depuis plusieurs années, pour la fistule vésico-vaginale, la périnéorrhaphie, et autres opérations autoplastiques, a plusieurs avantages. Il permet de serrer les fils au degré qu'on veut et sans risquer de les casser comme cela arrive par la torsion.

Le bouton empêche l'enchatonnement ou la penétration de l'anse dans les parties étreintes. Mais il est précieux surtout en facilitant l'extraction des sutures métalliques souvent très-difficile et très-délicate.

La coloration blanche des boutons laisse reconnaître aisément le nombre et la situation des points. L'écartement des fils au niveau des trous permet de couper un seul des chefs avec la pointe des ciseaux. Le petit anneau de plomb aplati, sans faire dans la bouche une saillie incommode, est cependant saisi sans peine par la pince avec laquelle on extrait tout le petit appareil après la section du fil.

Enfin, on se procure partout ces petits boutons, ce qui les rend à mes yeux préférables à divers engins spéciaux qui ont été déjà proposés et employés dans un but analogue.

L'opération, qui avait duré plus d'une demi-heure, donna le résultat primitif le plus satisfaisant. Les suites en furent simples. Toutes les deux heures environ, la bouche fut rafraîchie par des pulvérisations d'eau aromatisée, ce qui soulageait beaucoup le petit patient.

Une alimentation liquide : bouillon, potages, eau rougie, fut permise.

La stomatite fut très-légère, même au niveau des incisions libératrices. Un peu de fièvre se développa cependant le deuxième jour et dura jusqu'au cinquième.

Le septième jour, je crus remarquer que les fils commençaient à diviser les lèvres de la fente. J'ôtai donc les trois supérieurs. Un seul avait bien réussi, celui d'en haut, qui réunissait les deux lambeaux palatins. Les deux suivants n'avaient pas réalisé la réunion. C'était justement à leur niveau que l'avivement avait été trop restreint et que les fils avaient été passés d'arrière en avant sans pression suffisante.

Heureusement, les deux sutures inférieures, enlevées le surlendemain, avaient tenu bon, de sorte que la fente palato-staphyline était transformée en perforation du voile, oblongue, mesurant 17 ou 18 millimètres de haut en bas, 5 à 6 millimètres en travers.

Les incisions latérales, détergées à partir du cinquième jour, étaient, au dixième, comblées par des granulations de bonne nature; la santé générale était excellente.

Le petit malade séjourna encore une quinzaine de jours dans mon service.

A l'époque de son départ, les dimensions de la perforation palatine avaient déjà diminué, et, chose remarquée par toute l'assistance, la parole s'était notablement améliorée. Le voile cependant était encore assez fortement tendu transversalement, présentant une direction presque verticale, et ne se portait que difficilement en arrière à la rencontre du pharynx.

La déglutition se faisait sans peine et sans efforts. Rien ne revenait par les fosses nasales. Au reste, même avant la restauration, les aliments ne prenaient jamais cette voie.

Il est convenu avec la mère que l'enfant me sera ramené dans quelques mois, afin que j'achève la réparation du voile palatin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 août. — Présidence de M. Peter, vice-président.

CORRESPONDANCE

M. le docteur Onimus adresse ses leçons sur les applications chirurgicales de l'électricité faites à l'école pratique.

LECTURE

M. Camuset lit le travail suivant :

Cas de paralysie de l'accommodation de l'œil, suite d'angine diphthéritique. (Voir le numéro du 5 mars.)

DISCUSSION

M. Perrin. A l'occasion de la communication de M. Camuset, je demande la permission à la société de l'entretenir d'un moyen bien simple de remédier à la dysphagie paralytique, consécutive à la diphthérite.

Il s'agit d'un enfant de quatre ans, atteint de laryngo-bronchite, opéré, en 1865, par notre regretté collègue Adolphe Richard, et qui expulsa par sa canule, à deux reprises différentes, et à quarante-huit heures d'intervalle, un long tube pseudo-membraneux reproduisant

exactement la portion inférieure de la trachée et les deux premières divisions bronchiques, droite et gauche. Nous ne dirons rien des suites habituelles de l'opération ; nous passerons même sous silence les craintes que nous donnèrent, un moment, un commencement d'ulcération de la trachée, produite par le contact de la canule. Nous nous bornerons à rappeler une complication, sujet de cette communication, qui survint vers le huitième jour de l'opération, à savoir une paralysie de la glotte se traduisant chez notre petit malade par une dysphagie très-accentuée, mais pour les liquides seulement. Chaque fois que l'enfant voulait boire, le liquide pénétrait largement dans le larynx, et, de là, dans la trachée et les bronches, ce qui amenait des crises extrêmement pénibles de toux et de suffocation.

En présence de cette dysphagie, si grave au point de vue du pronostic, nous décidâmes avec Richard que la canule serait retirée le plus tôt possible, ce que nous pûmes faire heureusement dès le lendemain, et que toute espèce de liquide, aliment ou boisson, serait supprimée. Mais l'enfant, dévoré par une soif inextinguible (nous étions au mois d'août) ne pût résister au-delà de vingt-quatre heures à une pareille privation, devenue pour lui et les assistants un véritable supplice. Nous eûmes alors l'idée, au bout de vingt-quatre heures, de lui administrer, par cuillerée à café, de la glace finement pilée, puis comprimée et ressuyée dans un linge bien sec.

Dès le premier jour, le patient en avala 2,500 grammes, et, les deux jours suivants, 1,500 grammes seulement. Mais, le quatrième jour, il refusa d'en continuer l'usage. Nous imaginâmes alors le petit artifice suivant, qui permit à l'enfant de boire, sans que le liquide pénétrât dans les voies respiratoires, ou au moins au-delà de l'ouverture trachéale.

Dans ce but, je plaçai l'enfant à plat ventre sur mes deux bras, la face inclinée et tournée vers le sol, puis j'approchai de ses lèvres une assiette plate ordinaire remplie d'un liquide quelconque : lait, bouillon, tapioca clair, en même temps que j'éloignais graduellement l'assiette en question, de manière à obliger le petit malade à tendre le cou, à allonger les lèvres pour pratiquer une véritable succion du liquide. Grâce à ce *petit moyen*, et à notre grande joie, l'enfant put, à partir de ce moment, boire à volonté. C'est à peine si, pour un quart de verre de lait ou de bouillon ainsi ingéré, il s'échappait une ou deux gouttes de liquide par la fistule trachéale, et encore cet inconvénient ne se produisit-il pas toujours. Inutile d'ajouter que rien de semblable n'avait lieu si l'enfant essayait de boire dans la position verticale habituelle.

Une seule cuillerée à café de lait coupé revenait invariablement encore, quinze jours après l'opération, par la fistule sussternale. Cette dysphagie a duré trois semaines entières, avant de disparaître tout à fait, et, malgré nos plus justes craintes, l'enfant, qui est resté atrophié pendant le même temps, s'est complétement rétabli.

Depuis, nous avons eu l'occasion, avec M. le docteur Archambault, il y a quelque temps, chez un petit croupeux de vingt-trois mois, opéré par lui de la trachéotomie, d'appliquer le même *petit moyen*, avec le plus entier succès ; mais, cette fois, en nous bornant à placer le corps de l'enfant en supination, la tête située plus bas que les épaules, et en le faisant boire à la cuiller avec lenteur et précaution.

La dysphagie, suite de diphtérite, compromet singulièrement le succès de la trachéotomie, quand cette dysphagie se montre presque immédiatement après l'opération et avant l'enlèvement de la canule.

Nous nous rappelons le cas d'une jeune fille cité par Trousseau, dont la mort fut attribuée exclusivement par lui à cette fâcheuse complication.

M. ONIMUS. Dans les paralysies qui surviennent à la suite d'affections aiguës, les unes guérissent spontanément et assez rapidement; d'autres, au contraire, durent très-longtemps et offrent même des symptômes assez graves. Celles-ci cependant guérissent toujours sous l'influence d'un traitement électrique. Nous avons obtenu une amélioration considérable chez une malade atteinte, depuis plusieurs années, d'une atrophie musculaire généralisée, à la suite d'une fièvre typhoïde, et qui avait été considérée comme atrophie musculaire progressive. Les symptômes étaient d'ailleurs identiques, mais tandis que, dans l'atrophie musculaire progressive proprement dite, on peut s'estimer heureux, lorsqu'on parvient à enrayer la maladie, nous avons pu, dans ce cas, obtenir une amélioration très-nette et durable.

Récemment nous avons vu à Vienne, chez le docteur Benedikt, une jeune fille qui, à la suite d'une angine diphthéritique, avait une paralysie de presque tous les membres et des muscles de l'arrière-gorge; le traitement par les courants continus amena très-rapidement une grande amélioration.

Quant aux cas que relatent M. Perrin, nous signalerons un moyen très-efficace pour produire des déglutitions dans la dysphagie. Ce moyen consiste à appliquer les deux électrodes d'un courant continu soit sur la partie antérieure du cou, soit l'un sur cette région et l'autre à la nuque. Chaque fois que l'on détermine une interruption du courant et surtout une alternative voltaïque, il se produit un mouvement complet de déglutition.

Les courants continus ont d'ailleurs une action presque spéciale sur les muscles du pharynx et sur ceux du larynx, car non-seulement ils agissent très-activement sur la contractilité de ces muscles, à chaque interruption, mais ils produisent une légère contraction pendant tout le temps que le courant passe.

On sait qu'en général, les muscles n'éprouvent de contraction qu'au moment de la fermeture et de la rupture d'un courant continu, et qu'ils sont dans un état de relâchement complet pendant le moment où le courant passe. Or dans certaines conditions et surtout pour les muscles du larynx et du pharynx, une contraction moins énergique, mais réelle persiste souvent pendant le passage du courant, et ce sont ces contractions qui ont reçu le nom de contractions galvano-toniques. Nous avons eu l'occasion de les observer plusieurs fois, et chez des femmes hystériques qui avaient complétement perdu la voix, par suite du relâchement des muscles du larynx, l'application d'un courant continu, faible et sans aucune interruption, produisait une contraction tonique qui permettait aux malades de parler pendant tout le temps que le courant était appliqué.

Dans l'observation que nous a rapportée M. le docteur Camuset, la guérison est survenue très-rapidement à la suite du traitement par les courants continus. C'est en effet, dans les affections des yeux, surtout dans les cas de ptosis ou de paralysie des muscles moteurs, que l'on obtient quelquefois des guérisons presque instantanées par l'application des courants continus. Il y a certes des affections de ce genre qui résistent au traitement ou qui ne se guérissent qu'après un temps assez long; mais, pour certains cas, la guérison survient avec une rapidité étonnante, et je suis persuadé que dans quelques années, ce mode de traitement sera très-usité dans les affections des yeux.

M. DUROZIEZ. Les paralysies dites fébriles, c'est-à-dire celles qui surviennent après les fièvres graves, n'ont pas la gravité que leur attribue M. Onimus. Elles guérissent spontanément du quinzième au soixantième jour.

M. ONIMUS. Mais il y a des cas qui durent très-longtemps. Tel que le fait de cette femme dont je parle et que j'ai soignée à la Salpêtrière.

De plus il survient quelquefois des affections de la moelle avec altération des tissus. Ainsi est morte dernièrement à la Salpêtrière une femme qui était atteinte de sclérose en plaque de la moelle développée à la suite d'une variole.

M. PETER. M. Camuset nous a lu une observation de paralysie des muscles de l'œil consécutive à une diphthérie. Mais je crois que le fait de dysphagie dont nous a entretenu M. Perrin n'est pas dû à une paralysie, mais à la douleur causée par l'irritation des parties qui se continue quelques jours après l'opération. En effet, les paralysies diphthéritiques n'apparaissent pas immédiatement après l'opération, mais plus tard. C'est dans ces cas que les artifices pour faire avaler sont utiles. La mort due à la dysphagie par paralysie est extrêmement rare, je ne l'ai vue qu'une fois : un bol volumineux s'était arrêté sur l'orifice du larynx, comme cela se voit chez les vieillards qui mâchent insuffisamment leurs aliments.

M. PERRIN. Je suis tout disposé à admettre l'espèce de dysphagie signalée par M. Peter, mais je ne crois pas que la douleur en soit l'unique cause. Nous pensons que ces causes, en dehors de la paralysie, peuvent être multiples. En tout cas, chez notre petit malade de quatre ans, il n'y avait pas trace de douleur dans le mouvement

de déglutition, qui était normal pour l'ingestion des substances solides.

M. PETER. J'ai, maintenant, fait plus de quarante trachéotomies, pour le croup, et j'ai souvent observé ces difficultés immédiates de déglutition qui tiennent à la douleur.

Quant aux paralysies consécutives, elles guérissent spontanément.

M. ONIMUS. Chez la femme que j'ai observée chez M. Benedikt, la maladie remontait à cinq mois.

M. CAMUSET. La malade dont je vous ai parlé ne mangeait plus depuis quinze jours quand elle est venue chez moi, et elle était déjà très-faible et amaigrie. Dès la première séance, elle a pu manger, ce qui était urgent.

M. PETER. Il résulte des faits que dans les cas graves où la déglutition est impossible, l'électricité est très-utile.

M. GILLETTE. Dans les deux cas il y a paralysie. Dans l'un la paralysie est involontaire, dans l'autre la paralysie est volontaire.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Traité théorique et pratique de la syphilis ou infection syphilitique (1)

par M. le docteur A. DESPRÉS, chirurgien des hôpitaux.

Il vient de paraître un livre nouveau sur la syphilis. Les idées qui y sont exposées sont appuyées sur des faits clairs et saisissants. Les conclusions en sont nouvelles. Ce livre n'est point banal et sort des sentiers battus.

Le docteur Armand Després, qui a été attaché pendant sept années à l'hôpital de Lourcine, a bien vu la syphilis et en a suivi la marche naturelle avec patience et il est arrivé à se faire cette opinion : que la syphilis est une maladie infectieuse comme la variole et l'infection purulente, et que les manifestations éruptives de la syphilis sont des manifestations critiques qui jugent souvent en une seule fois toute la maladie ; que les syphilis les moins durables sont celles qui, dès le début, ont été accompagnées de grandes éruptions, et que les syphilis les plus graves sont celles qui excitent chez des sujets atteints d'autres diathèses qui modifient désavantageusement la syphilis.

Voilà pour l'idée mère du livre ; quant aux développements, ils offrent un intérêt dont les lecteurs seront satisfaits.

L'auteur, en effet, fait l'historique de la syphilis non pas avec la méthode d'Astruc, que les livres connus reproduisent tous plus ou moins, mais avec la méthode historique qui consiste à suivre dans chaque époque, les découvertes acquises. Cette partie n'est pas la moins intéressante.

Au chapitre du traitement M. Després reprend de nouveau l'historique et montre que la thérapeutique de la syphilis n'est pas plus raisonnée aujourd'hui qu'elle ne l'était autrefois. Les fluctuations, les contradictions des mercurialistes et des anti-mercurialistes sont exposées avec précision, et les travaux du commencement du siècle sont critiqués avec sobriété et impartialité.

Le fait capital qui ressort de l'historique, c'est que la syphilis a existé de tout temps. M. Després montre que, dans les livres de l'antiquité, il y a des lésions décrites qui reproduisent trait pour trait les plaques muqueuses que l'on voit aujourd'hui.

M. Després ne croit pas qu'il y ait de spécifiques contre la syphilis; il conseille les toniques sous toutes les formes et le traitement local des syphilides. Plus affirmatif que M. Diday, il repousse l'usage du mercure aussi bien dans les syphilis fortes que dans les syphilis faibles.

Les livres comme ceux de M. Després se lisent facilement; ils font réfléchir et s'ils soulèvent des problèmes très-discutables, ils respirent au moins la sincérité, la conviction et le savoir.

(1) 1 vol. in-8, 512 pages ; prix, 7 francs. — Paris, Germer-Baillière.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons à l'instant la mort de M. Cruveilhier, professeur honoraire de la faculté de médecine de Paris, l'une des illustrations médicales de notre époque. M. Cruveilhier est mort à l'âge de quatre-vingt-trois ans, dans sa résidence aux environs de Limoges. Ses obsèques auront lieu, demain mardi, à Limoges.

M. Cruveilhier était une trop grande personnalité pour que nous ne devions pas lui consacrer une notice spéciale. C'est ce qui sera fait plus tard.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 6 mars 1874, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Blondel, directeur honoraire de l'administration générale de l'assistance publique : 35 ans des services, officier depuis février 1867.

Au grade d'officier : M. Bataille (Eugène), ancien chirurgien major, ancien médecin de l'hospice de Versailles : 13 ans de services militaires (1808 à 1821), 35 ans de services civils, 7 campagnes (1808 à 1814), plusieurs propositions. Chevalier du 29 janvier 1833.

Au grade de chevalier : M. le docteur Buttura, médecin de l'hôpital de Bannes : 20 ans de services comme médecin de l'hôpital et de diverses sociétés de bienfaisance ; a administré comme adjoint la ville de Cannes depuis 1870.

M. le docteur Longy, maire d'Eygurande, membre du conseil général et de la commission départementale de la Corrèze : 20 ans de services comme maire et comme conseiller général.

M. le docteur Simon, médecin de l'hôpital des enfants malades à Paris : médecin des hôpitaux depuis dix ans. Services exceptionnels rendus à l'administration générale de l'Assistance publique et pendant le siége de Paris. Travaux scientifiques.

M. le docteur Dal Piaz, médecin du bureau de bienfaisance et de la Société de secours mutuels du 8e arrondissement de Paris : 20 ans de services. A fait preuve d'un grand dévouement pendant les épidémies cholériques.

M. le docteur Margerie, médecin de l'hospice de Bernay : 15 ans de services. Dévouement exceptionnel pendant les épidémies de 1849 et de 1865 : belle conduite comme médecin militaire pendant la guerre de 1870-1871.

M. le docteur Latour, médecin en chef de l'hospice de Pithiviers : 35 ans de services.

M. Brégeant (Charles-Amédée), ancien chirurgien militaire, ancien médecin des bureaux de bienfaisance : 11 ans de services militaires (1843 à 1854), 16 ans de services civils, 3 campagnes.

— Par décret en date du 5 mars 1874, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Lucas et Girard, médecins principaux de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Desgranges, Cassien et Voyé, médecins de première classe de la marine ; Doué, médecin de première classe de la marine ; Chaussonnet, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine.

— Parmi les décorations accordées à des personnes qui touchent de près à notre famille médicale, nous sommes heureux de relever celle que vient d'obtenir M. Émile Baillière, libraire et membre de la chambre de commerce. En joignant nos félicitations à celles de tous les amis de M. Baillière, nous reportons avec plaisir notre pensée sur le vénérable fondateur de cette maison. Entré en librairie dès 1812 ; depuis 1818, éditeur de livres de médecine, M. Jean-Baptiste Baillière a toujours et aujourd'hui encore, malgré la perte de la vue, donné à ses fils l'exemple du travail, et leur a préparé les bonnes et solides amitiés qu'ils comptent dans notre profession.

Nous connaissons assez M. Émile Baillière, pour être assuré qu'il nous saura gré d'avoir rappelé, en un jour heureux pour lui, la mé-

moire sympathique du fondateur de la maison qu'il dirige aujourd'hui avec tant de distinction.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Duval (Mathias-Marie), docteur en médecine, agrégé, est chargé des fonctions de directeur adjoint du laboratoire d'histologie à la faculté de médecine de Paris.

M. Cadiat est chargé des fonctions de préparateur dudit laboratoire, en remplacement de M. Legros, décédé.

M. Gautier, docteur ès sciences et en médecine, agrégé, est chargé des fonctions de directeur adjoint du laboratoire de chimie biologique à ladite faculté.

M. Danlos est chargé des fonctions de préparateur dudit laboratoire.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Rouyer est nommé aide d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Bancel, démissionnaire.

M. Pierron est nommé aide d'anatomie descriptive, en remplacement de M. Rouyer.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Branly, docteur ès sciences physiques, est nommé préparateur du laboratoire d'enseignement de physique.

M. Corne, docteur ès sciences, est nommé préparateur du laboratoire d'enseignement botanique.

M. Vélain, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur du laboratoire d'enseignement de géologie.

— *École de pharmacie de Nancy.* — La chaire d'histoire naturelle est déclarée vacante.

— *École de pharmacie de Paris.* — Sont institués agrégés, pour entrer en exercice à partir du 1er novembre 1874 : MM. Bouchardat (section des sciences physiques), et Chatin (section des sciences naturelles).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charles Falon, ancien médecin militaire des Invalides, décédé à l'Isle d'Albi, à l'âge de soixante-quatorze ans.

Après avoir exercé, pendant de longues années, la médecine à Paris, il s'était retiré dans sa ville natale, au sein de sa famille dont il était l'unique soutien. Il est mort emportant les regrets unanimes de ses concitoyens qui garderont le souvenir d'une vie tout entière d'abnégation et de dévouement.

— La société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 11 mars, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° rapports de MM. Ortet et Passant sur les candidatures de MM. Amanieu et Lecoconier; 2° nouvelles propositions d'amélioration du service médical des bureaux de bienfaisance, par M. Poignet; 3° second rapport de la commission chargée de l'examen des conditions d'admission des aliénés indigents dans les asiles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des parasites de l'appareil de la vision, par le docteur JULES LEMOINE. In-8, avec figures; prix, 2 fr. 50. — Paris. Adrien Delahaye.

Des syphilides palmaires et plantaires étudiées spécialement dans la syphilis héréditaire, par le docteur MADIER-CHAMPVERMEIL. In-8 ; prix, 2 francs. — Paris. Adrien Delahaye.

Annuaire pharmaceutique fondé par O. Réveil et L. Parisel, ou exposé analytique des travaux de pharmacie, physique, histoire naturelle médicale, thérapeutique, hygiène, toxicologie, pharmacie et chimie légales, eaux minérales, intérêts professionnels, par le docteur C. Méhu, pharmacien de l'hôpital Necker. — Douzième année, 1874. — 1 vol. in-18 de XVI-350 pages : 1 fr. 50. — Paris. J.-B. Baillière et fils.

Étude sur quelques points de l'ataxie locomotrice progressive, arthropathie, fractures et luxations consécutives, par le docteur Forestier. In-8 et 1 planche; prix, 1 fr. 50. — Paris. Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion s'est continuée sur les conditions de la putréfaction ou plutôt à l'occasion de cette question. On se rappelle que, dans la dernière séance, M. Colin, sommé par M. Pasteur de lui citer un exemple de putréfaction du cerveau ou de la moelle épinière sans apport de ferments extérieurs, a répondu, non par la citation d'un exemple, mais par voie d'affirmation, que le fait, loin d'être rare, se produisait tous les jours. Mais de quel fait entendait-il parler? Était-ce bien de la putréfaction? A quoi MM. Chauffard et Wurtz ont opposé l'interprétation toute différente que l'on sait. Là-dessus est intervenu M. Bouillaud qui a exprimé le désir de donner aux faits invoqués par MM. Chauffard et Wurtz de plus amples développements. M. Bouillaud, tenant sa parole, est venu aujourd'hui faire devant l'Académie l'histoire du ramollissement cérébral.

On serait peut-être disposé, au premier abord, à se demander ce qu'il y a de commun entre le ramollissement cérébral et le sujet du débat, s'il n'y avait, sous cette dénomination, deux états fort distincts, dont l'un, en effet, le ramollissement blanc, résultant d'un obstacle à la circulation cérébrale, de ce que l'on appelle aujourd'hui une ischéémie, ne paraissait répondre très-bien aux genres de réaction signalés par MM. Wurtz et Pasteur, et probablement aux faits auxquels M. Colin avait fait allusion.

C'est ce que M. Bouillaud nous paraît avoir fort bien établi. Aussi M. Pasteur en a-t-il recueilli le bénéfice.

Mais M. Colin, de son côté, a récusé l'interprétation que l'on a donnée de ses faits, et a apporté de nouveaux faits plus précis, notamment un exemple de putréfaction de parties complétement à l'abri du contact de l'air.

A des faits négatifs, M. Pasteur oppose des faits positifs, et derrière ce retranchement il est de fait inexpugnable. « Il est impossible, a-t-il dit, de démontrer qu'il n'y a pas de génération spontanée; mais ce que je crois avoir démontré, c'est que chaque fois, jusqu'ici, qu'on avait cru prouver la génération spontanée, on avait été le jouet d'une illusion. »

Avec M. Bouchardat la question du choléra, si longtemps délaissée, est remontée à la tribune; mais ce sera pour y subir de nouveaux ajournements, la séance publique devant avoir lieu mardi prochain, et la séance suivante ayant d'avance une partie de son ordre du jour occupée par un comité secret et par une élection.

Au commencement de la séance, M. le docteur Leven a lu le résumé d'un travail très-important et de très-longue haleine, sur la physiologie pathologique de l'estomac et des dyspepsies.

On trouvera ce résumé, avec l'énoncé des expériences qui constituent la base du travail, dans le compte rendu.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SÉE.

Leçons dogmatiques sur les hydropisies (1)

(Recueillies par M. le docteur A. BROCHIN)

Une troisième cause non moins importante des hydropisies mécaniques consiste dans la *thrombose*.

La thrombose, comme on sait, est un caillot veineux se formant sur place; c'est donc encore là une oblitération intraveineuse. Toutefois elle ne peut déterminer l'hydropisie qu'autant que toute circulation collatérale est devenue impossible.

Les thromboses s'observent dans deux grandes classes de maladies : les *maladies cachectiques* et les *maladies inflammatoires*, deux états opposés. Parmi les premières, doivent être surtout signalés la tuberculose et le cancer. Pour le cancer, quand il siége dans des organes profonds, l'hydropisie peut même révéler pour ainsi dire le mal. Il faut aussi mentionner les suppurations anciennes et profondes. Quant à l'anémie, jamais une simple hydrémie ou aglobulie ne peut produire l'hydropisie; l'inanition fait seule exception, mais ce n'est pas là une anémie simple.

Parmi les maladies inflammatoires, la pleurésie, le rhumatisme peuvent donner lieu à des thromboses et, par suite, à des hydropisies.

Ces divers états morbides ont été confondus sous le nom d'*inopexie*. Ce mot, créé par les Allemands, n'a pas une signification bien nette; nous le remplacerons simplement par cette dénomination, beaucoup plus claire : Augmentation de fibrine. Nous reviendrons plus loin sur cette question.

En résumé, les hydropisies par thrombose s'observent dans trois grandes classes d'états morbides :

(1) Suite. — Voir les numéros des 24, 26 février et 10 mars 1874.

1° L'état cachectique;
2° L'état inflammatoire;
3° L'état puerpéral.

Mais ces hydropisies se manifestent différemment, suivant les cas : dans le cancer, par exemple, l'œdème atteint d'abord les membres inférieurs. Chez les phthisiques, ce sont plutôt des thromboses donnant naissance à des hydropisies unilatérales et plus souvent localisées au côté gauche. Toutefois l'hydropisie peut aussi, chez ces derniers, débuter par les deux membres inférieurs. A ce sujet je vous ferai observer que les phthisiques ne meurent pas tous de la même façon : tandis que les uns succombent aux progrès directs de la maladie, aux lésions même du poumon, et c'est là ce qu'on observe le plus communément à l'hôpital, chez d'autres, et plus particulièrement chez les malades de la ville, on voit survenir soit une hydropisie par thrombose, soit une hydropisie causée par une affection rénale, par une dégénérescence amyloïde des reins.

C'est là une sorte de cachexie à laquelle succombent très-souvent les phthisiques. Les cachexies dites essentielles sont d'ailleurs très-rares; on a désigné sous ce nom les cachexies dues à l'anémie.

Or il n'y a qu'une seule espèce d'anémie, l'anémie par inanition ou par famine, qui puisse se terminer par l'hydropisie.

Les hydropisies qu'on observe dans ces diverses cachexies sont le résultat de thromboses se produisant dans le marasme.

On expliquait autrefois la formation de ces hydropisies et, par conséquent, des thromboses par la présence dans le sang d'un *excès de fibrine,* cet excès de fibrine ayant été constaté chez les pneumoniques et les rhumatisants qui présentaient de ces coagulations, point de départ d'hydropisies. Mais on n'a rien trouvé de semblable chez les autres hydropiques. On a dit alors qu'il y avait *excès relatif* de fibrine par rapport aux autres éléments du sang qui devaient se trouver en moindre quantité. C'est là l'origine des mots *inopexie* et *hyperinose.* Cette théorie avait d'autant plus l'apparence de la vérité que les femmes dans l'état puerpéral présentent également un excès de fibrine dans le sang.

Au premier abord, ces faits semblent en contradiction les uns avec les autres. Il n'en est rien pourtant : que se passe-t-il, en effet, chez ces rhumatisants et ces pneumoniques qui présentent parfois dans leur sang huit à dix parties de fibrine au lieu de trois pour mille? Leurs veines ne deviennent jamais le siége d'une thrombose qu'au moment où ils entrent en convalescence, c'est-à-dire au moment où cet excès de fibrine n'existe plus. On ne peut donc établir aucun rapport entre ces deux phénomènes. Dans la fièvre typhoïde, où les thromboses marasmatiques s'observent plus fréquemment encore que dans le rhumatisme articulaire aigu, au lieu d'un excès de fibrine, on observe, au contraire, une diminution très-manifeste de cet élément du sang. Et cette diminution est encore bien plus marquée dans les affections chroniques. Quant à l'excès *relatif,* cela n'est pas plus admissible, car on sait qu'il n'y a jamais de diminution *absolue* des globules dans la phthisie. Il est donc bien démontré que l'hydropisie n'est jamais causée *uniquement* par un excès absolu ou relatif de fibrine dans le sang.

On ne doit pas attacher plus d'importance à la théorie qui veut attribuer à la *couenne* du sang le pouvoir de déterminer des thromboses dans les veines et, par suite, des hydropisies.

Comment donc se font ces thromboses chez les rhumatisants, les pneumoniques et les typhiques? la raison est simple; tous les convalescents des maladies aiguës, comme les phthisiques, les cancéreux, les paludéens ou les syphilitiques, sont *affaiblis.* La composition du sang n'a qu'une part restreinte dans la formation de ces hydropisies par thromboses; ce sont les organes qui fonctionnent mal; ce sont les vaisseaux surtout qui sont débilités dans leur action.

En effet pour expliquer la formation d'une thrombose dans ce cas on peut invoquer :

1° Une dégénérescence granulo-graisseuse du cœur; d'où il résulte que celui-ci n'a plus assez de force pour pousser le sang au-delà des capillaires et le faire remonter dans les veines et surtout dans les veines des membres inférieurs, ce qui explique la présence, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, de l'hydropisie aux membres inférieurs;

2° La même lésion des muscles des veines et de leurs valvules dont la contractilité devient ainsi insuffisante;

3° La faiblesse concomitante des muscles respirateurs d'où il résulte que l'aspiration étant affaiblie ne facilite plus le cours du sang dans les veines.

On conçoit toute l'importance des déductions qui découlent de ces données au point de vue du traitement; en effet, ces connaissances étant acquises, loin de songer à saigner les malades pour faire disparaître l'excès de fibrine, on n'aura pour but, au contraire, que de les fortifier par tous les moyens appropriés. (*A suivre.*)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Persistance du trou de Botal chez un enfant de cinq ans

Par le docteur FREDET, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur suppléant à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.

Un petit garçon de cinq ans, issu d'un père sain et d'une mère morte phthisique, né à terme, présente actuellement les signes physiques suivants :

Le visage, les paupières, les lèvres principalement sont fortement colorés quand l'enfant est au repos. Cette coloration se transforme en véritable cyanose après la marche ou l'exercice le plus léger. L'enfant éprouve une très-grande gêne de la respiration lorsqu'il a gravi quelques escaliers, et, il y a peu de temps, il a eu un vomissement de sang abondant suivi de syncope, après avoir couru quelque peu avec un de ses camarades.

Malgré cet état de gêne habituel, ce petit garçon, qui est doué d'un système musculaire normal pour un enfant de son âge, aime les jeux et les exercices violents. Ses parents, prévenus du danger imminent qui peut en résulter, ont beaucoup de peine à modérer son ardeur.

Après la coloration bleuâtre de la face, ce qui attire plus spécialement l'attention, c'est la forme bizarre des doigts et des orteils. Les doigts surtout présentent à leur extrémité un renflement considérable en *tête de massue,* et, en palpant ce renflement, on sent comme un paquet de vaisseaux entrelacés analogues à ceux du varicocèle.

Ce développement en tête de massue est moins sensible aux orteils; la compression exercée par la chaussure n'y est sans doute pas étrangère. Les extrémités digitales se teintent en bleu violacé après le moindre exercice.

La percussion et l'auscultation nous donnent les résultats suivants:

La percussion n'indique nullement qu'il y ait hypertrophie du cœur. La matité obtenue ne dépasse pas en étendue la matité normale. Mais l'auscultation fait percevoir un seul et unique temps, sans grand ni petit silence, masqué par un bruit de souffle doux et toujours identique. Ce souffle est entendu avec les mêmes caractères à la pointe et à la base et dans les carotides — il n'est pas perçu à la naissance de la fémorale. — Le pouls radial est régulier, faible et sans frémissement. La respiration n'offre rien de spécial.

Quel est l'avenir réservé à cet enfant? Le vice de conformation dont il est atteint est-il irrémédiable? Doit-il entraîner

fatalement la mort à la suite d'accidents tels qu'ils ont été relatés plus haut : asphyxie, vomissement de sang, syncope?... ou bien le trou ovale dont l'oblitération n'a pu s'effectuer, pourra-t-il, avec la croissance et le développement imprimé à chaque organe et à chaque tissu, finir par se transformer en une surface plane, en une fosse, pour me servir du langage anatomique, et s'opposer au mélange des deux sangs ?

Autant de questions auxquelles il nous est difficile de répondre.

D'après M. Louis cependant, et si l'on consulte son mémoire sur les *communications des cavités droite et gauche du cœur*, la terminaison est loin d'être toujours fatale, un certain nombre de sujets atteints de communication anormale des deux cœurs ont succombé dans leur vieillesse à des maladies tout à fait étrangères à leur lésion cardiaque ; mais, dans le plus grand nombre des cas, la vie est notablement abrégée, et, après avoir mené une existence plus ou moins pénible, ces malades finissent par éprouver une stase veineuse de plus en plus considérable et par succomber dans une véritable asphyxie lente.

Les symptômes que nous venons de décrire, après les avoir observés chez ce petit garçon, sont dus évidemment à une communication congénitale des deux cœurs se faisant très-probablement par le trou de Botal non oblitéré.

Nous aurions été peut-être plus dans le vrai en donnant notre observation sous la dénomination de communication anormale des cavités droite et gauche du cœur, puisque les lésions anatomiques n'ont pas pu être déterminées et qu'il n'existe aucun signe certain pour diagnostiquer la communication interauriculaire d'avec l'interventriculaire.

Ce qui peut légitimer notre appellation, c'est la fréquence beaucoup plus grande de ces anomalies causées par la persistance du trou de Botal. C'est ce qui résulte des travaux de Morgagni, de Louis, de Bouillaud, de Bizot, et notamment de MM. Gintrac et Deguise qui en signalent un certain nombre de cas, le premier dans ses *Recherches sur la cyanose ou maladie bleue*, et le second dans son travail sur la *cyanose cardiaque*. Parmi ces observations on en trouve quelques-unes se rapportant à la communication des deux cœurs par leur paroi ventriculaire avec rétrécissement de l'artère pulmonaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 mars 1874. — Présidence de M. DEVERGIE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet l'approbation de l'ensemble des propositions de récompenses formulées par l'Académie pour les trois services de la vaccine, des eaux minérales et des épidémies.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une brochure de M. le docteur Cazenave de la Roche intitulée : *Introduction à la climatologie de l'Italie*; — 2° une brochure de M. le docteur Manuel sur l'*Assistance médicale constituée en service public*, pétition adressée à l'Assemblée nationale; — 3° plusieurs travaux envoyés du Mexique, par M. Laura; — une lettre de M. le docteur Chairou (de Rueil) relative à l'innocuité des conduites en plomb pour les eaux potables.

PRÉSENTATIONS

M. BÉCLARD présente : 1° au nom de M. le docteur Riant, un volume sur l'*Hygiène scolaire*; — 2° de la part de M. Thompson, un volume sur les *Maladies des voies urinaires*.

M. BERGERON, au nom de M. le docteur Magnan, médecin de l'asile Sainte-Anne, un volume ayant pour titre : *De l'alcoolisme*.

M. DEPAUL, au nom de M. Leudet fils (de Rouen), un volume intitulé : *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen*.

M. AM. LATOUR, de la part de M. le docteur Chereau, un volume portant pour titre : *le Parnasse médical moderne*.

M. GUÉNEAU DE MUSSY, au nom de MM. Bottentuit et Labadie-Lagrave, la traduction du *Traité des maladies des reins* de Rosenstein.

M. CHAUFFARD, de la part de M. le docteur Laurent (de Rouen), une brochure sur *l'Amputation du col de l'utérus*.

M. J. GUÉRIN le 17e volume de *l'Année scientifique et industrielle* de M. Louis Figuier.

M. BOUDET dépose un pli cacheté de la part de M. A. Lailler, pharmacien. (Accepté.)

COMMUNICATION

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture de deux lettres, l'une de M. de Peyramont, l'autre de M. Jolly sur la mort de M. Cruveilhier.

M. LE PRÉSIDENT, à l'occasion de la mort de M. Cruveilhier, rappelle un épisode de la vie de son regretté collègue qui a peut-être décidé de son avenir et de sa carrière.

J'étais bien jeune, dit-il, élève externe dans le service de Dupuytren ; on y voyait alors une série d'internes qui tous sont devenus célèbres. C'étaient : Cruveilhier, son élève affectionné, Sanson, Lallemand, Moreau, Rayer et beaucoup d'autres dont les noms m'échappent en ce moment.

Dupuytren eut la pensée, à cette époque, de faire, dans le vieil amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, un cours d'anatomie pathologique qu'on peut appeler comparée, puisqu'en effet Dupuis, qui était alors directeur de l'école vétérinaire, lui envoyait des pièces prises sur des animaux morts dans cette école. Ce cours avait lieu le soir ; c'était le seul moment de liberté que laissaient à Dupuytren ses nombreuses occupations et sa vaste clientèle. L'amphithéâtre était comble ; Cruveilhier était des plus assidus. Il ne perdait pas un seul mot de ces savantes leçons et les recueillait scrupuleusement. Ce fut, à n'en pas douter, cette circonstance qui décida de sa carrière et de sa vocation. En effet, plus tard il publia ces leçons, et l'on peut dire que cet ouvrage fut le premier traité important d'anatomie pathologique.

Cruveilhier passe donc, à juste titre, pour le véritable fondateur de cette branche si utile de la médecine.

En rappelant cet épisode de la vie si laborieuse, si bien remplie de Cruveilhier, je saisis l'occasion de rendre en même temps un dernier hommage à son maître, à notre maître, à Dupuytren, auquel je dois d'être arrivé à la modeste position scientifique que j'occupe. (Approbation.)

M. LE PRÉSIDENT annonce que, dans la séance du 25 mars, il sera donné lecture du rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie interne.

LECTURE

Physiologie et pathologie de l'estomac. — Dyspepsie. — M. LEVEN lit le résumé suivant d'un travail relatif à la physiologie de l'estomac et aux applications de la physiologie à la pathologie de l'estomac et en particulier à la dyspepsie.

Pour étudier les fonctions de l'estomac, pour arriver à se faire une idée nette de son rôle dans l'acte complexe de la digestion, j'ai examiné les transformations d'un même aliment au moment du repas chez les animaux.

Je pesais le bol alimentaire, examinais ses caractères physiques ; j'avais soin de recueillir et de peser les liquides à l'état de liberté dans l'organisme, de les analyser au point de vue des peptones qu'ils contenaient, de mesurer la puissance digestive de la muqueuse stomacale par rapport au blanc d'œuf en suivant les procédés de Schiff.

C'est ainsi que j'ai pris la nature sur le fait, et j'ai pu observer ses phénomènes qui ont échappé jusqu'ici à l'attention des physiologistes.

J'ai complétement laissé de côté les méthodes d'observation employées jusqu'ici, c'est-à-dire l'observation de la digestion d'une

substance en l'introduisant dans un sac de tulle et en introduisant ce sac de tulle à travers une fistule faite à l'estomac de l'animal.

Comme chaque substance fait sécréter un liquide qui varie selon sa nature, on comprendra facilement que le sac de tulle n'agit pas sur la muqueuse comme le blanc d'œuf introduit librement dans l'estomac.

De plus, la quantité digérée était mesurée par la quantité qui avait disparu du sac.

Dans quel état a-t-elle quitté le sac? La plupart des physiologistes ont dit qu'elle était peptonisée, c'est-à-dire transformée en une albumine dissoute, facilement absorbable par les vaisseaux; ils ne l'ont jamais démontré; cela a été admis hypothétiquement.

Nous démontrerons, au contraire, qu'il se fait extrêmement peu de peptone dans l'estomac.

Si l'établissement de la fistule a été un progrès réel pour l'étude de la physiologie de l'estomac, dû à un physiologiste français, elle doit être abandonnée si l'on veut voir clair dans la question de la digestion.

Pour la solution du problème, nous avons dû faire d'abord un grand nombre de digestions artificielles.

Je me propose de démontrer, avec Blondlot et Claude Bernard, que l'estomac a surtout un rôle mécanique qui consiste à brasser les aliments, à réduire leur volume quand il s'agit de matières azotées par la sécrétion du suc gastrique, de manière que ces substances puissent passer à travers le pylore dans l'intestin.

Quand les substances sont fluides comme le blanc d'œuf, elles sortent très-rapidement de l'estomac, sans être modifiées, le pylore n'étant fermé que quand l'estomac est rempli de substance solide qui, élargissant la cavité de l'estomac, aplatit l'organe dans sa partie pylorique comme un sac.

Si les substances ne sont pas azotées, la graisse, les choux, elles ne font pas sécréter du suc gastrique, mais une grande quantité d'eau chargée de sels qui est due à une exosmose des capillaires de la muqueuse de l'estomac; cette eau a pour rôle de rendre plus fluides les substances contenues dans l'estomac et de les chasser plus promptement.

Lorsque cette sécrétion aqueuse s'est produite, on peut trouver l'estomac distendu outre mesure, flasque et flottant comme un chiffon.

Jusqu'à présent les physiologistes n'ont parlé que du rôle des deux espèces de glandes peptiques et muqueuses; et cette immense quantité de capillaires qui sillonnent la muqueuse et s'élèvent jusqu'à sa face interne, en formant un réseau autour des glandules avait été complétement négligée. Ce sont ces vaisseaux qui ont un rôle prépondérant dans la dyspepsie, ainsi que nous le démontrerons.

Les digestions artificielles montrent que la muqueuse stomacale ne peptonise qu'une petite quantité de substances azotées. Le fait avait frappé les physiologistes qui admettent que la plus grande partie des substances se peptonise dans l'estomac, mais ils ne se sont pas laissés arrêter par cette observation. Si l'estomac devait peptoniser tous les aliments azotés, il faudrait qu'il se déversât des flots de suc gastrique sur le bol alimentaire, qui encombre l'estomac, composé de substances de tout genre azotées, hydro-carbonées, de liquides, etc. Or on ne trouve jamais qu'une quinzaine ou vingtaine de grammes de suc gastrique dans l'estomac à aucun moment de la digestion.

Enfin un organe qui n'a que des glandules implantées dans la muqueuse pour la sécrétion de son liquide transformateur n'est pas un organe dont les fonctions sont très-importantes.

L'intestin a deux énormes glandes indépendantes, le foie et le pancréas, outre ses glandules.

Passons aux expériences directes : nos expériences ont été faites sur l'œuf, le lait et la viande. L'œuf peut passer par deux états très-différents au point de vue physique, si on le donne à l'état liquide ou coagulé et ne change pas de composition chimique dans ces deux états, il est le plus intéressant à étudier.

Expérience I. — Je donne à un chien 88 grammes d'œuf coagulé (blanc et jaune), il est à jeun depuis vingt-quatre heures; il est sacrifié après une heure.

Le jaune qui ne se compose que de granulations peu cohérentes se dissocie par les liquides de l'estomac et ne se trouve plus dans l'estomac après ce temps. Le blanc qui est compact et trop épais pour passer à travers le pylore, s'y trouve tout entier.

Expérience II. — Je donne 25 grammes de blanc d'œuf coagulé sans jaune. L'animal est sacrifié après deux heures.

Il reste dans l'estomac 15 grammes de blanc d'œuf.

Expérience III. — Un chien avale 88 grammes de blanc d'œuf coagulé.

Il est sacrifié après trois heures.

Il reste 31 grammes de blanc, il n'y a plus qu'un des morceaux qu'il a avalés, le reste est réduit par le suc gastrique en petites granulations.

Comparativement, je fais avaler 50 grammes de blanc d'œuf liquide, 130 grammes, et deux blancs d'œuf et un jaune à trois chiens, je les sacrifie après une, deux et trois heures, et l'on ne trouve plus trace d'albumine.

Elle ne peut avoir été absorbée directement par l'estomac, sans être transformée en peptone, et elle se transforme très-lentement; ainsi le blanc d'œuf coagulé est réduit progressivement par le suc gastrique et après la première heure, il est tout entier dans l'estomac; à la deuxième heure, il n'y a plus que les deux tiers, et à la troisième heure, un tiers.

Le blanc d'œuf liquide, au contraire, chassé par les contractions de l'estomac sort très-facilement par le pylore qui lui livre toujours passage.

Je donne à un chien 100 grammes de lait; il est sacrifié après la première heure, on ne trouve plus dans l'estomac qu'une très-petite quantité de caséine coagulée.

Lorsqu'on donne 200 grammes de viande cuite à un chien et qu'on le tue au bout d'une heure, l'estomac est distendu, la muqueuse est rouge, le bol alimentaire sec.

La muqueuse digère 30 grammes d'albumine d'œuf. 200 grammes de viande à la deuxième heure ont fait déverser 4 à 5 grammes de suc gastrique dans l'estomac, le bol n'est mouillé qu'à la surface, il est entier, et la muqueuse a une puissance digestive double de la première heure, elle digère 60 grammes d'albumine; à la troisième heure le bol est imprégné de suc gastrique et les fibres de la viande se dissocient. La muqueuse ne digère que 30 grammes d'albumine. Aux heures suivantes la puissance digestive de la muqueuse décroît successivement.

A la cinquième heure le bol est réduit à 130 grammes, à la septième heure il est de 70 grammes, et il n'a quitté l'estomac qu'à la douzième heure, tandis que 100 grammes de viande l'ont quitté à la sixième heure.

Après une heure, le lait ne laisse plus dans l'estomac qu'une petite quantité de caséine qui sortira, à travers le pylore, chassée par les contractions des fibres musculaires de l'estomac.

Que devient-il lorsqu'on ferme le pylore et l'œsophage?

Je donne à un chien 100 grammes de lait, et je lie le pylore et l'œsophage.

L'animal meurt après vingt et une heures.

L'estomac contient 241 grammes d'un liquide acide, puisque le lait contient 87 pour 100 d'eau; il s'est déversé dans l'estomac 154 grammes de liquide.

Lorsqu'on filtre tout le liquide, la caséine se dépose toute sur le filtre.

Ce liquide passe limpide à travers le filtre, traité par l'acide nitrique et le nitrate de mercure, il reste transparent, il ne contient donc pas de trace de peptone.

La muqueuse digère 12 grammes d'albumine. Ainsi il n'y a pas trace de digestion du lait après vingt et une heures, bien qu'il y ait du suc gastrique dans la muqueuse.

Lorsqu'au lieu d'une substance azotée on donne de la graisse, par exemple à un chien, les sécrétions stomacales sont toutes différentes.

Je donne 200 grammes de saindoux à manger à un chien, et je le sacrifie après une heure.

La graisse est étendue dans 50 à 60 grammes d'un liquide acide qui n'a aucun pouvoir digestif.

L'estomac est distendu, ballottant, la muqueuse n'est pas rosée, mais grise. Il n'y a pas de suc gastrique dans ce liquide, bien

qu'avec la muqueuse on puisse faire digérer 10 grammes d'albumine.

Si, durant dix jours, on administre 40 grammes d'alcool mêlé à 100 grammes d'eau à un chien, on trouve dans l'estomac 88 grammes d'un liquide neutre, et la muqueuse recouverte de fausses membranes.

Qu'on lie le pylore et l'œsophage chez un chien, il meurt après quelques heures et l'on retrouve dans l'estomac 24 grammes de ce même liquide sans action digestive. La muqueuse digère cependant 10 grammes d'albumine.

En résumé, une substance azotée fait sécréter du suc gastrique. Une substance non azotée, la graisse, ou une substance irritante comme l'alcool ou le traumatisme (une ligature du pylore et de l'œsophage), produit une sécrétion d'un liquide acide ou neutre non muqueux, puisqu'il ne précipite pas l'acide acétique d'un liquide qui ne se compose que d'eau et de sels.

Il ne peut provenir que des capillaires de la muqueuse; cette exosmose s'accompagne de gastrite si la muqueuse est irritée directement par l'alcool ou par le traumatisme.

Les médicaments, le bicarbonate de soude par exemple, ni aucun autre, n'augmentent la quantité de suc gastrique.

Je le démontre en introduisant des doses variables de bicarbonate dans l'estomac des chiens, à qui je faisais manger de la viande cuite.

Le pouvoir digestif de la muqueuse n'augmente pas, et le bol alimentaire dans l'estomac est aussi considérable aux diverses heures d'un repas que quand j'administrais la viande seule.

Les substances dites médicamenteuses n'agissent pas, comme l'ont admis sans démonstration encore les physiologistes, en augmentant le suc gastrique. C'est l'aliment qui le produit en excitant la muqueuse, et l'estomac en a toujours une quantité suffisante pour digérer.

Qu'est-ce donc que la dyspepsie? Quelle est sa pathogénie? C'est ici que la physiologie est impuissante pour compléter la solution du problème. Est-elle due à ces exosmoses aqueuses que produisent la graisse, l'alcool? Dans les trois quarts des cas pathologiques au moins, ces sécrétions se manifestent, les malades se plaignent de ces liquides acides qui éveillent la sensation de brûlure dans l'estomac, le long de l'œsophage ou dans la gorge. Un grand nombre vomissent de l'eau le matin et ne sont soulagés qu'avec ces vomissements.

J'ai lu l'année dernière à la Société de biologie l'histoire d'un dyspeptique à qui je pratiquais deux fois par jour le cathétérisme de l'estomac, et je tirais chaque fois un litre et demi de liquide, de même composition que les liquides que je trouvais dans l'estomac des chiens qui ont mangé de la graisse; dès que j'avais extrait ces liquides, ce malade qui vomissait les aliments depuis deux mois, digérait de la viande et des œufs.

Si la dyspepsie est due à ces sécrétions qui s'accompagnent de contractions douloureuses de l'estomac, ce n'est qu'en les tarissant qu'on peut arriver à guérir le malade.

Chaque repas qui produit une congestion de la muqueuse tend évidemment à les entretenir.

Ce n'est qu'en réduisant le nombre de repas autant que le permet la santé qu'on peut arriver au but.

La première substance que j'ai employée contre ces sécrétions est le sulfate de soude à la dose de 1 gramme ou 50 centigrammes.

Il est démontré actuellement par l'expérimentation physiologique que certaines substances dites purgatives, à petites doses ne sont pas purgatives, sont absorbées et produisent la constipation. Nous avons utilisé d'autres substances qui ont ce caractère commun de n'être pas décomposées dans l'estomac, d'être absorbées rapidement et de se retrouver dans les urines après un temps très-court.

C'est le bromure de potassium, le sel marin, le phosphate de soude, le phosphate à la dose de 50 centigrammes ou 25 centigrammes. Elles agissent comme le sulfate de soude au point de vue de leur dose.

Avec ces médicaments et un régime principalement azoté, nous avons reconnu l'amendement progressif de tous les symptômes, nous avons vu guérir des malades qui souffraient depuis de longues années.

Tous sont également influencés par cette médication et le régime alimentaire que j'ai indiqué plus haut. J'ai puisé dans l'expérimentation physiologique, et dans les nombreuses observations de malades que je mettrai sous les yeux des membres de l'Académie, que le phénomène de physiologie pathologique qui caractérise la dyspepsie en général (je fais abstraction de la dyspepsie caractérisée par une sécrétion gazeuse, forme spéciale sur laquelle je reviendrai plus tard) est cette exosmose aqueuse des capillaires de la muqueuse stomacale qui peut se produire à la suite d'une seule indigestion et durer des années, si l'on ne la tarit par les médicaments que nous avons indiqués.

Cette sécrétion, qui alterne avec les affections de la peau, nous rend compte de ces dyspepsies qui apparaissent quand un eczéma disparaît brusquement, de ces dyspepsies provoquées par une suppression des règles ou par la grossesse.

Si mes preuves physiologiques et cliniques paraissent suffisantes, on verra disparaître de nos livres classiques ces divisions de gastralgie, de vomissements nerveux décrits depuis les travaux de Barras, de Chomel, que personne ne comprend, et la pathologie cessera d'être si obscure pour le médecin.

— Le travail de M. Leven est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Hérard, Woillez et Béclard.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FERMENTATION

M. BOUILLAUD rappelle en quelques mots le point de départ de la discussion, la question posée par M. Pasteur à M. Colin, l'opinion exprimée par MM. Chauffard, Wurtz et lui-même, que l'état du cerveau désigné par M. Colin sous le nom de putréfaction n'était pas une véritable putréfaction, mais bien un état particulier de ramollissement.

C'est de cet état particulier, c'est du ramollissement cérébral qu'il désire, pendant quelques instants, entretenir l'Académie.

La théorie du ramollissement du cerveau est d'origine française: c'est à Lallemand et à Rostan que revient l'honneur d'avoir donné, les premiers, une description clinique du ramollissement. Bientôt des opinions opposées surgirent à ce sujet, et deux partis se trouvèrent en présence; les uns soutenaient que cet état de ramollissement était le résultat d'un état inflammatoire et le donnèrent même comme l'un des caractères anatomiques de l'encéphalite. D'autres, avec Rostan, soutinrent, au contraire, que jamais le ramollissement n'était le résultat d'un état phlegmasique. Rostan avait eu occasion de rencontrer de nombreux cas de ramollissement du cerveau, chez les vieillards, à la Salpêtrière. Il s'agissait donc de savoir s'il existe deux espèces de ramollissement, dans l'une desquelles on pourrait faire intervenir un état inflammatoire.

L'état de ramollissement étudié par Rostan présentait quelque chose d'analogue à la gangrène sénile. Il avait, en outre, remarqué certains rapports de cette sorte de gangrène sénile, avec un état particulier des vaisseaux, que l'on désignait alors sous le nom d'ossification des artères.

En 1833 parut la deuxième édition de la clinique de M. Andral; dans cet ouvrage, M. Andral admettait deux espèces de ramollissement, l'un inflammatoire, l'autre dans lequel il s'opérait un état particulier d'oblitération des vaisseaux, d'appauvrissement du sang; dans ce ramollissement, en effet, on ne trouve pas de traces de vaisseau, ni de sang dans la partie ramollie: c'est ce qu'on a désigné sous le nom de ramollissement blanc.

M. Bouillaud rapproche, pour certains points, la pathogénie de cette affection de celle de l'hémorrhagie cérébrale.

Il rappelle ensuite que M. Pasteur a comparé avec raison ce qui se passe dans un fruit détaché de l'arbre avec ce qui a lieu dans la gangrène du cerveau. En terminant il soutient que les états pathologiques dont il vient de parler ne doivent pas être considérés comme de la putréfaction, et celle-ci ne se produit, en effet, qu'au contact de l'air, ou consécutivement à la putréfaction des parties environnantes. En résumé, il n'y a aucun fait, suivant M. Bouillaud, qui démontre d'une façon péremptoire que ces états particuliers du cerveau constituent une putréfaction même commençante.

M. Bouillaud croit qu'il est difficile de ne pas rattacher ces faits à l'importante question de la panspermie et de l'hétérogénie. Il faut

même, dit-il, que ces questions soient soulevées de nouveau. Quant à lui, il ne peut admettre l'existence d'un être organisé autrement que par voie de génération successive.

M. COLIN dit n'avoir pas fait la moindre allusion au ramollissement et à la gangrène du cerveau. Il a seulement voulu parler de la décomposition cadavérique, et a dit avoir été frappé des caractères de putréfaction que présentaient le cerveau et la moelle d'un cadavre après un certain nombre de jours.

Il peut fournir un autre exemple de putréfaction de parties complétement à l'abri de l'air. Chez un cheval mort depuis cinq jours, on trouve les viscères en pleine décomposition putride ; les parties inférieures des membres, à partir du genou, ne présentent aucune putréfaction ; au contraire, les parties qui se trouvent au-dessous de la boîte cornée qui forme le sabot du cheval sont en pleine putréfaction.

Et pourtant cette enveloppe cornée est aussi imperméable que possible à l'air, aux liquides et probablement aussi aux ferments. Or les parties sous-jacentes se putréfient tellement que le pied tombe de lui-même, pour ainsi dire, après quelque temps, et le liquide que l'on trouve est d'une odeur fétide et présente un très-grand nombre de bactéridies de toutes sortes. M. Colin s'est servi de ce liquide pour produire expérimentalement la septicémie : comment expliquerait-on que les germes extérieurs eussent pénétré à travers une enveloppe cornée aussi épaisse et aussi imperméable ?

M. PASTEUR fait observer que M. Colin ne fournit aucun fait qui prouve que la putréfaction peut se faire sans l'apport de germes extérieurs. Il rappelle de nouveau les expériences qui l'ont amené à soutenir l'opinion contraire.

Lorsqu'a eu lieu la discussion sur la génération spontanée, M. Pasteur eut à combattre un grand nombre de contradicteurs qu'il croit avoir convaincus par la rigueur parfaite de ses expériences. Il possède encore aujourd'hui, dans son laboratoire, un vase ouvert dont l'ouverture regarde le sol, qui est là depuis dix ans; ses parois extérieures sont recouvertes d'une couche épaisse de poussière; dans l'intérieur se trouve du bouillon au contact de l'air pur et qui est aussi limpide que le jour où on l'y a introduit, parce que les poussières extérieures n'ont pas pénétré dans l'intérieur du vase : cette expérience établit nettement que, si vous exposez un liquide putrescible au contact de l'air débarrassé de ses poussières, il ne se putréfie pas.

M. Pasteur a pris du sang sur un animal vivant, l'a exposé à l'air pur débarrassé de ses poussières, et a constaté que ce sang ne se putréfiait pas ; il a fait la même expérience avec de l'urine.

Si l'on met quelques gouttes d'eau dans un ballon de verre en communication avec deux tubes de platine chauffés au rouge, et qu'on fasse bouillir cette eau, le vase, une fois refroidi, s'est rempli d'air dont toutes les poussières ont été détruites ; il y a, en outre, un vide partiel ; ce vase est muni d'une ouverture en communication avec un tube en caoutchouc qu'un robinet ouvre et ferme à volonté.

Or voici l'expérience qu'a faite M. Pasteur en 1863 : Une veine ou une artère d'un animal ayant été incisée, fut liée sur une canule mise ensuite en communication avec ce ballon par le tube en caoutchouc ; le robinet ayant été ouvert, grâce au vide partiel le sang de l'animal s'est facilement introduit dans le ballon, qui contenait dès lors de l'air pur et du sang. Or le sang veineux ou artériel, dans ces conditions, ne donne lieu à aucune putréfaction ; il éprouve des altérations physiques et chimiques, les globules subissent une sorte de cristallisation, la fibrine devient comme de la gélatine transparente, etc., mais le sang ne se putréfie pas. Il en est de même de l'urine, qui présente seulement une intensité plus grande de sa coloration. Ces expériences ont précédé de longtemps celles de M. Gayon, dont M. Pasteur a parlé dans la dernière séance. A ces faits, d'une sévère observation, on n'oppose que des faits vagues auxquels manque cette rigueur d'observation sans laquelle on n'a rien de précis.

M. Bouillaud a dit avec raison, ajoute M. Pasteur, que cette question se trouvait intimement unie à celle de la génération spontanée. Si l'on venait à démontrer la présence d'organismes dans les liquides dont a parlé M. Colin, et que ces organismes ne viennent pas du dehors, la question de la génération spontanée serait résolue. Il est impossible de démontrer qu'il n'y a pas de génération spontanée ; mais ce que M. Pasteur croit avoir démontré, c'est que chaque fois jusqu'ici qu'on avait cru prouver la génération spontanée, on avait été le jouet d'une illusion.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

M. BOUCHARDAT se propose d'appeler l'attention sur deux points : le premier se rapporte aux conditions favorables au développement de la maladie ; le second, aux mesures sanitaires internationales.

L'observation nous a appris, dit M. Bouchardat, que plusieurs grandes épidémies ont suivi les famines. Or l'Inde est actuellement éprouvée par une famine qui s'étend sur de vastes contrées.

Dans ces derniers temps, plusieurs observateurs ont insisté sur l'influence des eaux potables dans leur rapport avec le développement du choléra. Je serais très-porté à admettre que des eaux malsaines peuvent avoir une grande influence sur la genèse du choléra dans les foyers primitifs.

Dans l'Inde, avant l'établissement complet de la domination anglaise, la tradition avait légué des coutumes hygiéniques qui pouvaient avoir une importance beaucoup plus grande qu'on ne serait porté à leur attribuer.

La distribution des eaux potables était soumise à des règles sévères dont l'observation avait, sans aucun doute, démontré l'utilité.

Les coutumes religieuses imposaient à chaque caste de prendre de l'eau destinée à la boisson à des sources déterminées pour chacune d'elles.

Depuis l'occupation anglaise, la rigueur de ces usages s'est beaucoup amoindrie. On ne saurait s'empêcher de remarquer que la première grande épidémie de choléra de 1817 a une date rapprochée de l'abandon ou du relâchement de ces coutumes.

Dans le but de conjurer une épidémie comparable à celle de 1817, peut-être conviendrait-il de veiller, dans l'Inde, à la nature des eaux de boisson, et peut-être recourir aux anciens usages et ne prendre les eaux alimentaires qu'à des sources reconnues salubres. Le gouvernement anglais paraît avoir fait des efforts dans le sens d'améliorer la situation des Indiens. Ces efforts ne seront pas seulement utiles aux populations qui souffrent, ils pourront peut-être prévenir le développement de nouvelles épidémies.

Relativement aux modifications à introduire dans les mesures sanitaires internationales, M. Bouchardat considère ces mesures comme très-sages lorsqu'il s'agit du choléra partant du foyer primitif. Il n'y voit rien à changer.

Mais la question se présente aujourd'hui sous une face nouvelle. Ici M. Bouchardat rappelle ce que nous disions l'année dernière, en tête d'un résumé d'une de ses leçons sur le choléra (V. *Gazette des Hôpitaux,* 8 septembre 1873) « Le choléra qui, depuis quelques années, sévit en Europe et tout nouvellement à Paris, diffère des épidémies de 1832, 1849, 1854 et 1865, par son peu d'intensité, il se montre avec les caractères généraux d'une épidémie qui se termine ou plutôt d'une maladie qui s'acclimate, comme se sont acclimatées, il y a plusieurs siècles, la variole, la rougeole, la scarlatine, etc. »

Si le choléra reste ainsi en permanence avec des alternatives de repos, il sera difficile de lui appliquer rigoureusement les mesures sanitaires internationales.

L'orateur se demande s'il ne conviendrait pas de faire au choléra l'application des mesures adoptées pour le typhus et la petite vérole maligne, par la convention sanitaire internationale, du 27 mai 1853, l'article premier de cette convention porte :

« Tout port sain aura le droit de se prémunir contre un bâtiment ayant à bord une maladie réputée importable, telle que le typhus et la petite vérole maligne. »

Cet article ne devrait-il pas suffire pour les cas de choléra développés en Europe. On éviterait ainsi toutes les difficultés qui pourraient naître par suite d'une épidémie de choléra sporadique dans une localité déterminée.

M. Bouchardat termine par quelques considérations sur les différences qui existent entre le choléra indien et le choléra sporadique acclimaté.

M. FAUVEL demande à rectifier un point important du discours de M. Bouchardat. M. Bouchardat attribue le développement du nouveau choléra, dans les Indes, aux modifications apportées dans ce

pays, par la domination anglaise. A la conférence de Constantinople, les médecins anglais ont été pris à part; on leur a demandé si ce n'était pas à l'incurie du gouvernement anglais, à l'abolition de certaines coutumes hygiéniques, etc., qu'était dû le développement du choléra. Les médecins ont répondu à nos questions de la manière la plus satisfaisante. Ils ont prouvé par des documents inattaquables qu'au contraire l'hygiène était devenue meilleure dans les Indes depuis la domination anglaise. Non-seulement ils ont respecté toutes les anciennes coutumes hygiéniques qui étaient bonnes, mais encore ils en ont introduit de meilleures; ils ont ouvert des canaux; ils ont fait tout ce qu'ils ont pu pour empêcher qu'on jetât des cadavres dans le Gange; ils n'ont rien aboli des bonnes coutumes anciennes; les castes fonctionnent aujourd'hui comme elles fonctionnaient il y a deux mille ans. Il est donc impossible d'attribuer le développement du nouveau choléra à des conditions imputables aux Anglais.

M. BOUCHARDAT dit qu'il faut apporter dans ces faits la plus grande circonspection, et qu'il est probable que les médecins anglais se sont défendus avec la plus grande habileté. Il n'en persiste pas moins, pour sa part, à maintenir son opinion au sujet de l'influence de la domination anglaise sur le développement du nouveau choléra dans les Indes.

M. CHAUFFARD, sans vouloir rentrer maintenant dans la discussion, fait des réserves sur l'acclimatement du choléra tel que semble l'entendre M. Bouchardat, ainsi que sur ce qu'il appelle des épidémies de choléra sporadique.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CORRESPONDANCE

A M. le docteur Le Sourd, directeur de la GAZETTE DES HOPITAUX.

Saint-Jean de Luz, 10 mars 1874.

Monsieur le directeur,

Je vous serai bien obligé si vous voulez faire savoir aux élèves en médecine que j'ai été forcé de quitter Paris pour prendre un repos que l'état de ma santé exigeait. A mon grand regret, ne pourra avoir lieu cette année le concours pour le *prix de l'enseignement libre* que j'ai institué et qui devait être décerné le 15 mars. C'est donc en 1875 que le premier concours aura lieu.

Veuillez agréer, etc.

Dr FORT,
professeur libre d'anatomie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Grenoble. — M. Girard est nommé suppléant pour la chaire de chirurgie.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Lemaistre, professeur suppléant, est nommé professeur d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Boulland, décédé.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Regnault, professeur d'histoire naturelle et matière médicale, est nommé professeur titulaire de la chaire de thérapeutique (emploi nouveau).

M. Louveau, docteur en médecine, est nommé professeur adjoint d'histoire naturelle et matière médicale.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Hommel est nommé aide-préparateur, en remplacement de M. Chollet, démissionnaire.

— M. le docteur Despaulx-Ader est nommé officier d'académie.

— M. le docteur Hudelet est nommé médecin adjoint au lycée de Bourg.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 14 mars 1874, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° lecture du procès-verbal de la précédente séance; — 2° Lecture de M. Krishaber, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire; — 3° Discussion sur phlegmon périutérin. — Discussion sur l'influence des stations méditerranéennes dans la phthisie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tribut à la chirurgie pratique du vétéran de l'école Bretonneau, par Jean-Félix MIQUEL (de Tours). — 1 vol. gr. in-8°, de 348 pages avec planches lithographiques. — Tours, 1870. — Cet ouvrage se vend au profit de la souscription en faveur de la veuve et des quatre enfants d'un confrère. 5 *francs* pris au bureau du journal et 6 *fr.* 25 expédié *franco* par la poste.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

SAINT-RAPHAËL

VIN TANNIQUE DE BAGNOLS, prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. Pasteur, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin de *quinquina naturel*, fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les deux principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE

de Ad. CARPENTIER, pharmacien, à Paris

Ce vin ne produit jamais de constipation par un long usage. Agréable au goût, il convient dans tous les cas où le fer est indiqué. LE FLACON, 3 francs. 61, BOULEVARD MALESHERBES ET DANS TOUTES LES PHARMACIES. — DÉPÔT A SAINT-QUENTIN, *pharmacie Lebon*.

SOLUTION COIRRE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX

24, rue du Regard, Paris, et pharmacies.

Même médicament sous forme de **SIROP** pour les enfants et les personnes délicates.

VIN DE QUINQUINA AU MALAGA D'ABBADIE

RUE SAINTE-APOLLINE, 21 (Porte Saint-Denis), PARIS

Ce vin qui, depuis 1814, est préparé avec le plus grand soin, **avec des quinquinas choisis et d'excellent vin**, se recommande à MM. les médecins qui veulent prescrire l'emploi d'une préparation sûre et toujours identique.

Ce vin, d'une saveur agréable, est parfaitement pris par les enfants, les vieillards les convalescents, et par toutes les personnes dont l'estomac est délicat. — *Dépôts dans toute la France.*

CACHETS MÉDICAMENTEUX LIMOUSIN

(PROCÉDÉ BREVETÉ POUR 15 ANNÉES S. G. D. G.)

PARIS, 2 *bis*, rue BLANCHE (place de la Trinité)

Exposition universelle de Vienne 1873. — Médaille de mérite.

Ces Cachets sont constitués par deux petites rondelles de pain azyme soudées ensemble et renfermant dans leur centre des poudres médicamenteuses. (Voir *Compte rendu de l'Académie de médecine*, séance du 20 mai 1873.) — Ce procédé supprime la manipulation délicate et ennuyeuse qui consiste à disposer le médicament sur le pain azyme ordinaire et à l'enrober de manière à le soustraire au contact direct de la muqueuse de la bouche.

Mode d'emploi. — Il suffit de mettre le Cachet dans une cuiller avec un peu d'eau, pour l'avaler dès qu'il est suffisamment humecté. On peut aussi l'ingurgiter après l'avoir ramolli en le plongeant dans un verre qui contient du vin, de l'eau ou un liquide quelconque.

On trouve, tout préparés sous cette forme, à la pharmacie LIMOUSIN, ainsi que dans les principales Pharmacies, les médicaments qui suivent :

Rhubarbe . .	30 c.	bte de	12 cac.	0f 60	Soufre lavé. .	50 c.	bte de	20 cac.	1f »	Émétique. . .	5 c.	bte de	20 cac.	1f »
— . . .	60	—	10	1 »	Magnésie cal.	50	—	20	1 »	Brom. de pot.	50	—	20	2 »
— . . .	60	—	20	2 »	Carb. chaux.	50	—	20	1 »	Tannin. . . .	25	—	20	1 50
Sulf. quinine.	10	—	10	1 50	— fer. . .	50	—	20	1 »	Aloès.	10	—	20	1 »
—	10	—	20	3 »	Semen-contra	50	—	20	1 »	Kousso. . . .	50	—	20	5 »
—	20	—	10	3 »	Bic. de soude.	50	—	20	1 »	—	50	—	40	10 »
Charbon vég.	50	—	20	1 »	Quinquina . .	50	—	20	1 50	Pepsine. . . .	50	—	20	3 »
S.-n. bismuth	50	—	20	2 »	Ipécacuanha .	50	—	10	2 »	Ph. de chaux.	50	—	20	1 »
Fer réduit . .	10	—	50	2 »	Poivre cubèb.	50	—	20	1 50					

Exp. par la Poste contre l'envoi du prix ci-contre et un sup. de 30 c.

Hypersécrétions, pertes, hémorrhagies de causes internes.

L'EAU DE LÉCHELLE

Pectorale, la seule **Eau hémostatique** assimilable à haute dose, *sans fatiguer l'estomac.* Ordonnée contre les pertes, hypersécrétions, hémorrhagies. **Se trouve partout.** Paris, 12, rue des Petites-Écuries ; 35, rue Lamartine.

TAMAR INDIEN

Fruit laxatif rafraîchissant

Contre LA CONSTIPATION

Et les affections qui l'accompagnent, telles que la **Congestion cérébrale,** les **Hémorrhoïdes,** la **Migraine,** etc. — Prix de la boîte : 2 fr. 50. GRILLON, pharm., 25, rue de Grammont, Paris.

HUILE DE HOGG

(DE FOIES FRAIS DE MORUE)

Fabrique à Terre-Neuve

Cette huile ne se vend qu'en *flacons triangulaires*, à Paris chez **HOGG**, *pharmacien*, 2, *rue Castiglione*, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

(GOUDRON ET MONOSULFURE DE SODIUM INALTÉRABLES.)

Prescrit avec le plus grand succès dans la **Bronchite chronique,** le **catarrhe,** l'**Asthme,** la **Laryngite** et dans la **Tuberculose,** quand l'expectoration est très-abondante.

DÉPOT. — 7, rue des Filles-Saint-Thomas.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

GRANULES ANTIMONIAUX

Antimonio-ferreux et antimonio-ferreux au bismuth Du DOCTEUR PAPILLAUD

Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris dans ses séances des 8, 15, 22 novembre et 6 décembre 1870.

Nouvelle médication à base d'arséniate d'antimoine.

Granules antimoniaux contre les maladies du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Granules antimonio-ferreux contre l'anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les maladies scrofuleuses.

Granules antimonio-ferreux au bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (dispepsies, etc.).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure) et dans toutes les pharmacies en France et à l'étranger. A Paris, aux pharmacies : 141, rue Montmartre ; 80, rue du Bac ; 1, rue des Tournelles ; 1, rue Bourdaloue.

VIN TONIQUE RECONSTITUANT DU DOCTEUR FORESTIER

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX à l'écorce d'oranges amères

Tous les organes de la presse médicale : *Gazette des Hôpitaux, Courrier médical, France médicale, etc.*, ont depuis dix ans, signalé l'excellence de cette préparation qui contient, dissous dans d'excellent vin de Malaga, les deux éléments formateurs des *os* et du *sang*, le *quinquina* et le *pyrophosphate de fer*.

La facilité avec laquelle l'économie s'assimile le vin de quinquina au pyrophosphate de fer, l'absence de toute saveur styptique, la double influence qu'en raison de ses deux éléments formateurs il semble devoir exercer, tant sur la composition du système osseux, que sur la reconstitution du sang, telles sont les qualités qui recommandent à priori cette nouvelle préparation ferrugineuse (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*).

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 41.

Dragées Chantrel **au bromure de potassium,** *chimiquement pur (sans trace d'iode)*.

Traitement des Névroses en général, Chorée, Hystérie, Épilepsies, Migraines, etc., etc.

Vente en gros chez DESNOIX et Ce, rue du Temple, 22, Paris. Au détail dans toutes les pharmacies.

SIROP ET DRAGÉES DE DESPINOY

Les Dragées et le Sirop de Despinoy, préparés avec les principes extraits directement du foie de morue, sont les succédanés naturels de l'huile, dont la saveur répugnante est souvent intolérable pour les malades.

Un rapport fait à l'Académie de médecine de Paris, après dix-huit mois d'expériences dans les hôpitaux St-Louis et Ste-Eugénie, par une commission composée de MM. Bouillaud, Poggiale et Devergie, rapporteur, constate l'efficacité des préparations de Despinoy, dans la phthisie, la scrofule, le rachitis, la chloro-anémie, les bronchites chroniques, la débilité qui accompagne les longues convalescences, etc.

Dépôt général : A la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

N° 31. — SAMEDI 14 MARS 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 14 MARS 1874. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La transfusion du sang. — Procédé opératoire. Résultat.

Nous avons rapporté dans la Revue du 7 février dernier le fait extrêmement intéressant de transfusion du sang opérée par M. Béhier sur une jeune femme qu'une perte utérine abondante et incoercible avait amenée à ce dernier degré d'anémie qui est comme le préliminaire de la mort. Nous avons raconté les péripéties de sa quasi-résurrection, et le jour même où nous en parlions, nous la considérions comme sauvée. Depuis ce jour-là, en effet, elle a été en état de convalescence confirmée et de reconstitution croissante. Aujourd'hui elle est complétement rétablie.

Ce résultat est trop beau pour que nous ne devions pas chercher à en tirer tous les enseignements qu'il renferme, d'autant que c'est par la plus grande simplification possible des moyens et procédés opératoires qu'il a été obtenu. En raison de cette circonstance importante, nous croyons utile de reproduire ici l'exposé des principes qui ont guidé M. Béhier dans le choix du procédé et du manuel de l'opération.

On sait que toutes les méthodes et tous les procédés imaginés pour la transfusion ont eu pour but de prévenir les deux accidents le plus à redouter en pareil cas : la pénétration de l'air dans les veines, la coagulation du sang. On sait aussi que, pour prévenir particulièrement ce dernier accident, on a proposé de défibriner le sang avant de le transfuser. M. Béhier, se fondant sur l'altération inévitable et expérimentalement démontrée que les opérations du battage et du filtrage font subir aux globules, a repoussé cette opération préalable, d'accord en cela avec plusieurs physiologistes éminents.

L'appareil dont M. Béhier s'est servi est l'appareil Moncoq, de Caen, dont on peut voir la description dans la *Gazette des Hôpitaux* du 23 août 1862, modifié et perfectionné par M. Mathieu.

L'appareil Moncoq consiste, comme on le sait, en un corps de pompe représentant un ventricule artificiel où le piston forme la systole et la diastole, à la base duquel aboutissent deux tubes de caoutchouc terminés par des canules, dont l'une s'introduit dans la veine qui donne, l'autre dans la veine qui reçoit.

Voici en quoi consistent les modifications introduites par M. Mathieu.

Dans l'appareil primitif, il fallait introduire une canule dans la veine de la personne qui fournit le sang, ce qui l'exposait au danger de la phlébite. M. Mathieu, dans le but de mettre à l'abri de ce danger, a introduit dans l'appareil la modification suivante, qui a permis de supprimer ce temps : le corps de pompe est surmonté d'un vaste entonnoir de métal qui reçoit le jet de sang fourni par la saignée et se termine par un orifice muni d'une soupape, dont le jeu permet le passage du sang de la cuvette dans le corps de pompe qui la suit, mais s'oppose au retour de ce sang une fois qu'il a été introduit dans le corps de pompe. Dans ce dernier se meut, au moyen d'une crémaillère, un piston qui est creusé dans toute son étendue par un conduit qui se continue, à l'aide d'un tube de caoutchouc, jusqu'à une petite canule destinée à être introduite dans la veine du sujet à transfuser. Lorsque la cuvette étant chargée d'une certaine quantité de sang, on abaisse le piston à l'aide de la crémaillère, le sang aspiré pénètre dans le corps de pompe et vient le remplir. Lorsque, au contraire, par un mouvement inverse de la crémaillère, on fait remonter le piston, le sang reflue vers l'orifice de la cuvette, mais, rencontrant une soupape qui s'oppose à son passage, il subit une compression dont l'effet est de l'engager dans le conduit qui traverse le piston et de le chasser ainsi dans le tube et jusque dans la veine du transfusé.

Tel est l'appareil dont M. Béhier s'est servi.

Voici maintenant les principales particularités du manuel opératoire (1).

Un premier temps de l'opération a compris toutes les manœuvres préliminaires : application au-dessus du pli du coude d'un lien solide, pouvant être desserré instantanément, et assez fortement serré pour que les veines du bras deviennent visibles.

Ce premier résultat obtenu, est venue l'introduction du trocart. Pour faire cette introduction, sans courir le risque de traverser la veine de part en part, d'où un thrombus qui ne permettrait plus de s'assurer si la canule est bien dans le calibre de la veine, Nélaton recommandait de mettre préalablement la veine à nu dans l'étendue de 2 centimètres. M. Béhier n'a pas cru devoir suivre ce précepte, qui lui paraîtrait

(1) Pour plus d'exactitude nous empruntons les principaux détails de cette description à la relation complète que M. Béhier a publiée lui-même dans la dernière livraison de la *Revue des cours scientifiques*.

constituer un danger de plus, surtout pour des sujets très-affaiblis chez lesquels on pourrait voir survenir un érysipèle ou un phlegmon, peut être une phlébite. Il a trouvé à la fois plus simple et plus sûr d'introduire directement le trocart dans la veine par une ponction faite en deux temps : la pointe dirigée d'abord obliquement, de façon à percer la paroi antérieure de la veine seulement; puis poussée par un mouvement rapide d'abaissement de la main, parallèlement à l'axe de la veine. Pour s'assurer de l'introduction de la canule dans la veine, il lui a suffi de retirer un peu le trocart, un petit jet de sang sortant de chaque côté de la lame montrait que l'on était bien dans la veine.

M. Béhier propose pour l'avenir un procédé d'introduction encore plus simple et peut-être plus facile et, par conséquent, plus à la portée de tous : ce serait, au lieu d'introduire directement le trocart, de pratiquer simplement avec la lancette une ponction sur la veine distendue exactement comme dans la saignée, puis d'introduire dans l'ouverture de la veine la canule munie de son mandrin mousse.

Ce premier temps accompli, la canule introduite et confiée à un aide chargé de la maintenir suffisamment enfoncée, on a procédé au second temps, la saignée du pourvoyeur.

L'appareil qui préalablement à ces deux temps a dû être préparé et amorcé et disposé de manière à recevoir le sang dans la cuvette, a été immédiatement mis en mouvement. Dès que l'on a constaté que le sang sortant par la canule de l'appareil n'était plus mélangé avec la petite quantité d'eau pure et chaude qui avait servi à le chasser et à l'amorcer, on a retiré vivement le trocart resté en partie engagé dans la canule introduite dans la veine du transfusé, on l'a remplacé par la canule terminant l'appareil, et l'on a retiré la ligature du bras, tout cela simultanément et rapidement.

L'injection a alors commencé. — Ici se place une recommandation expresse, c'est de n'introduire le sang que très-lentement, sans saccades, sans brusquerie, par un mouvement continu et régulier. — Chaque tour de la crémaillère injectait 5 grammes de sang. La succession des tours de crémaillère a été calculée sur la rapidité du cours normal du sang veineux, et en restant un peu en deçà.

Une autre recommandation, non moins importante et à laquelle M. Béhier s'est également conformé, c'est de ne pas injecter de trop grandes quantités de sang à la fois. Comme nous l'avons dit dans notre première relation, il n'a été injecté chez cette malade que 80 grammes de sang environ.

Nous ne reviendrons pas sur les effets immédiats et les effets consécutifs de l'opération, que nous avons également fait connaître, nous les compléterons, toutefois, par l'énoncé d'un renseignement intéressant, que nous avons cru pouvoir négliger lors de notre première relation, afin de ne pas trop l'allonger, mais qui a sa place utile ici.

On a fait, avant et après la transfusion et à plusieurs reprises depuis, l'examen du sang de la malade par le procédé de numération des globules rouges de M. Malassez. Voici quels ont été les résultats de cet examen, qui montre d'une manière manifeste l'influence de la transfusion.

Le 29 janvier, avant la transfusion, à huit heures du matin, on comptait 850,000 globules rouges par millimètre cube.

Après la transfusion, à deux heures du soir, quatre heures après l'opération, l'examen donnait 1,110,000 globules.

A six heures du soir, 1,143,900 globules.

A la même heure, huit heures après la transfusion, M. Liouville observe au microscope que le sang renferme une grande quantité de petits globules rouges bien formés qui n'existaient pas auparavant.

Le lendemain, 30 janvier, à huit heures du matin, on compte 1,661,400 globules.

A six heures du soir, 688,600 globules ; diminution considérable. Il y avait eu, ce jour-là, une fièvre intense, 120 pulsations ; température axillaire 40°4.

Le 31 janvier, à huit heures du matin, 1,020,900 globules. La fièvre avait tout à fait cessé.

A six heures du soir, 984,000 globules. Nouvelle diminution.

Le 2 février, à huit heures du matin, 870,000.

Mais, à partir des jours suivants, le chiffre des globules s'est rapidement accru. En effet, le 13 février, ce chiffre était de 1,850,000, et le 4 mars, jour du dernier examen, de 2,029,500 (1).

On voit dans l'ascension subite du premier jour, dans les oscillations des jours suivants et enfin dans la réascension soutenue des derniers jours, l'influence, d'abord, du sang transfusé, puis des accidents morbides intercurrents ou consécutifs à l'opération, enfin celle de la reconstitution définitive, l'organisme refaisant des globules sous l'influence d'une bonne et solide alimentation et surtout d'une bonne assimilation, grâce à l'intégrité parfaite des organes digestifs.

Les conclusions ou plutôt les enseignements pratiques que M. Béhier a été fondé à tirer de ce fait sont : d'abord la démonstration de l'efficacité incontestable de la transfusion, qui, dans ce cas spécial, a manifestement soustrait la malade à une mort imminente ; en second lieu, l'efficacité de doses relativement faibles de sang transfusé (ici 80 grammes); avantage de se servir du sang en nature, sans défibrination ni refroidissement préalable, et de simplifier le manuel opératoire en se bornant à une simple ponction de la veine pour l'introduction de la canule.

Kyste dermoïde congénital de la région sous-orbitaire. — Question de l'origine de ces sortes de kystes.

Une jeune femme du service chirurgical de l'hôpital des Cliniques portait une tumeur, un kyste dermoïde de la région sous-orbitaire. Cette tumeur était congénitale. Plusieurs moyens de traitement, ponctions avec ou sans injections, avaient été vainement mis en œuvre. La tumeur s'était reproduite chaque fois. M. Broca s'est décidé à en faire l'ablation, il y a de cela plusieurs semaines. Aujourd'hui la cicatrisation de la plaie est complète, et la malade est débarrassée très-probablement pour toujours de sa tumeur. Il n'y a jusqu'ici, dans ce fait, rien que de très-simple, assurément; et cependant une question très-intéressante s'y rattache.

Ce kyste, venons-nous de dire, était congénital. C'est dire qu'il s'agissait très-probablement là d'une de ces tumeurs qui ont, pour origine ou pour point de départ, un sac de peau normale, anormalement emprisonné dans les tissus par suite d'un accident de l'évolution embryonnaire, ainsi que M. Verneuil a cherché à l'établir dans une communication très-intéressante faite sur ce sujet, il y a une douzaine d'années, à la Société anatomique.

Voici les arguments principaux sur lesquels M. Verneuil se fondait pour établir la probabilité de cette origine de la plupart des kystes dermoïdes pilifères, en particulier. Ayant remarqué, avec la plupart des chirurgiens, d'ailleurs, que presque tous les kystes pilifères assez superficiels pour être observés sur le vivant sont congénitaux, et que la très-grande

(1) On sait que, d'après les recherches de M. Malassez, le chiffre normal moyen des globules est de 4,000,000 à 4,500,000.

majorité de ces kystes ont leur siége au niveau du sourcil, spécialement dans la moitié externe de la région sourcilière, fréquemment placés sous le muscle orbiculaire et même quelquefois adhérents au squelette. M. Verneuil a été conduit par l'observation de ce double fait à attribuer l'origine de ces kystes à une aberration de développement.

On sait que, dans l'évolution fœtale, la face se forme aux dépens de quatre bourgeons latéraux désignés sous le nom d'arcs branchiaux et séparés les uns des autres par des fentes transversales dites fentes branchiales. Les sortes de kystes dont il s'agit, suivant cet ingénieux observateur, auraient pour point de départ une portion du petit repli cutané qui tapisse les bords de l'une de ces fentes, dans le cas où au lieu de se fusionner entièrement, les deux bords de cette fente ne se fusionneraient qu'en partie, laissant entre eux un petit sac de peau. Ainsi s'expliquerait, par l'absence ou l'insuffisance de fusionnement des bords de la fente branchiale supérieure, la fréquence de la situation de ces kystes sur la région orbitaire externe, c'est-à-dire dans un point qui correspond à l'extrémité supérieure de cette fente.

M. Broca s'est demandé, de son côté, si l'on ne pourrait pas expliquer de la même manière la formation des kystes pilifères de la partie interne du sourcil, la partie interne de la première fente branchiale étant, à ce niveau, comblée par le développement du bourgeon frontal ou incisif, qui descend en dedans de l'œil pour se fusionner avec le premier arc branchial. (*Traité des tumeurs*, T. II, p. 78.)

Dans le fait qui a été l'occasion de ce rappel, M. Broca, avant l'opération, se trouvait quelque peu embarrassé d'assigner son point de départ à cette tumeur, qui, située au niveau de la partie moyenne de la région sous-orbitaire ne paraissait avoir aucun lien, ni avec la partie externe, ni avec la partie interne de la fente branchiale supérieure. Mais l'opération même, en lui faisant découvrir une sorte de prolongement caudal de la tumeur qui allait s'insérer sur le rebord de l'os unguis, lui a montré que ce cas, qui d'abord lui avait paru constituer une exception, rentrait dans la loi formulée par M. Verneuil.

Kyste dermoïde de même origine de la tête du sourcil.

Au moment où nous venions d'écrire les lignes qui précèdent, le hasard nous a fait jeter les yeux sur un fait semblable recueilli par M. Remy, interne, dans le service de M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, et consigné dans le *Recueil d'ophthalmologie* de M. le docteur Galezowski, pour le mois de janvier 1874.

Il s'agit d'un homme de quarante-six ans, portant depuis son enfance une tumeur du volume d'une grosse noix, située à l'angle interne de l'œil, près de la tête du sourcil, entre le sourcil, la racine du nez et le grand angle de l'œil, ne dépassant pas en bas le tendon réfléchi du muscle orbiculaire. Cette tumeur avait déjà été traitée, il y a une vingtaine d'années, par un chirurgien de Lyon, qui s'était borné à écraser la tumeur et à exercer ensuite une pression continue pour faire adhérer ses parois. Mais la tumeur, un moment effacée, ne tarda pas à reparaître.

En l'examinant attentivement, M. Richet reconnut que la tumeur pénétrait dans une dépression frontale. Cette circonstance rapprochée de la congénitalité de la tumeur et de divers autres caractères, qu'il serait superflu de rappeler ici, ne laissait pas de doute sur sa nature. M. Richet en a fait l'ablation en combinant l'action du bistouri avec les caustiques pour détruire le prolongement dans la cavité osseuse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 janvier 1874 (1). — Présidence de M. PERRIN.

M. DUPLAY continue sa lecture :

J'ai pratiqué pour la première fois cette opération, le 6 octobre 1868, à la Charité, dans le service du professeur Gosselin que je remplaçais alors. Les deux opérations semblables que j'ai faites ultérieurement, avec l'assistance de mon collègue et ami le docteur Félix Terrier, ont également réussi, même chez un enfant, dont on peut voir le dessin et chez lequel la verge n'existait pas, pour ainsi dire, à sa face inférieure, le gland s'attachant au scrotum presque au niveau de l'ouverture anormale de l'urèthre.

Chez mon dernier opéré, jeune homme de vingt et un ans, la verge se développait vers l'abdomen pendant l'érection, et prenait une direction à peu près rectiligne, présentant tout au plus une légère incurvation en bas, au niveau du gland. D'ailleurs, deux mois après l'opération, le malade, pour qui le coït avait été absolument impossible, pouvait accomplir cet acte sans aucun subterfuge et dans des conditions qui eussent été normales si l'urèthre eût existé à la partie inférieure de la verge.

En résumé, le premier temps de l'acte opératoire destiné à remédier à l'hypospadias périnéo-scrotal me paraît devoir être constamment réalisable par le procédé très-simple que je viens d'indiquer et qui, d'ailleurs, n'a rien de nouveau, car il a été pratiqué et décrit par M. Bouisson, de Montpellier.

Il est inutile d'ajouter que, avant de songer à remplir la seconde indication, c'est-à-dire avant de songer à créer un nouveau canal, il est nécessaire d'attendre un temps suffisant pour être assuré qu'il ne surviendra aucune rétraction secondaire capable de ramener l'incurvation de la verge. En fixant ce temps à six ou huit mois, ainsi que je l'ai fait, je crois que l'on se mettra à l'abri d'un semblable accident.

2° La seconde indication, qui consiste à créer un urèthre nouveau à la face inférieure de la verge, est assurément la plus difficile à remplir, et je puis dire qu'on n'y a pas encore réussi, malgré les tentatives de M. Bouisson, et celle plus récente de M. Moutet, de Montpellier. L'insuccès constant de ces tentatives ne tient pas tant, selon nous, au procédé opératoire employé qu'au principe même qui a guidé les chirurgiens dans le but qu'ils poursuivaient.

Tous se sont proposé de créer d'un seul coup et tout d'une pièce le nouveau canal. Or, s'il est permis à la rigueur d'espérer qu'une semblable entreprise réussisse une fois par hasard, les conditions d'insuccès sont ici tellement grandes que l'on peut presque prédire à l'avance le résultat. En effet, indépendamment des chances mauvaises qui sont communes à toutes les opérations autoplastiques pratiquées avec des lambeaux minces et très-étendus, il existe, dans le cas particulier, une cause presque fatale de désunion et de gangrène de ces mêmes lambeaux, je veux parler du contact de l'urine, si difficile à éviter, quel que soit le procédé que l'on adopte pour évacuer ce liquide.

Tant que l'on persistera dans cette idée de vouloir restaurer d'un coup la totalité de l'urèthre, je suis convaincu que l'on échouera presque constamment et que si l'on réussit une fois, ce sera par suite d'un hasard heureux, quelque soit d'ailleurs le procédé opératoire que l'on mette en usage.

Dans ma pensée, la seule manière d'augmenter les chances de succès et de rendre le résultat pour ainsi dire certain, c'est de procéder par temps successifs, et de créer d'abord le nouveau canal à la face inférieure de la verge, en laissant subsister l'ouverture anormale de l'urèthre, de manière à soustraire ce nouveau canal au contact de l'urine; puis, lorsque ce canal est bien formé, qu'il ne présente aucune tendance à la rétraction, que le sujet se trouve, en un mot, dans des conditions à peu près analogues à celles d'un individu atteint de fistule scrotale, de pratiquer l'abouchement des deux portions de l'urèthre par l'occlusion de la fistule.

Telle est la méthode que je préconise, et que j'ai commencé à met-

(1) Suite. — Voir le numéro du 7 mars.

tre en pratique dès le mois de février 1869, avec l'aide de mon collègue Terrier, qui a bien voulu consigner le début de ces tentatives dans une édition du *Manuel de pathologie chirurgicale* de Jamain, parue en 1870. Malgré la date de ma première opération, conçue sur le plan que je viens de développer et qui n'avait encore été indiqué nulle part, je ne fais aucune difficulté de reconnaître que le professeur Thiersch, de Leipzig, a décrit une méthode opératoire en tout semblable à la mienne, dans un mémoire sur l'*Épispadias* paru dans les *Archiv. der Heilkunde*, 1869, p. 20.

Mais je m'empresse d'ajouter que cette méthode n'a jamais été appliquée ni même proposée pour l'hypospadias scrotal.

Réservant donc toute question de priorité, je me résume en disant: La méthode que je préconise consiste essentiellement en ceci, que le nouveau canal doit d'abord être créé en dehors de toute communication avec l'urèthre existant, et que c'est seulement lorsque ce nouveau canal est constitué dans des conditions tout à fait satisfaisantes que les deux portions de l'urèthre doivent être abouchées ensemble.

Jusqu'à présent j'ai eu seulement l'occasion d'appliquer cette méthode chez deux sujets: un enfant de quatre ans et demi et un adulte de vingt et un ans. Le troisième sujet, enfant de quatre ans, a été abandonné après le redressement de la verge, par suite du refus des parents de continuer la cure.

Je vous demande la permission, sans entrer dans le détail fastidieux des observations, de vous exposer aussi brièvement que possible les procédés de la méthode anaplastique que je vous soumets aujourd'hui, et dont les différents temps sont à cette heure bien arrêtés dans mon esprit. Ces temps, qui sont au nombre de trois, ont pour but : 1° de restaurer le méat urinaire; 2° de créer de toutes pièces un nouveau canal depuis le méat jusqu'à une petite distance de l'ouverture anormale de l'urèthre; 3° de réunir ensemble les deux portions du canal.

Premier temps. — Restauration du méat. — Il m'a semblé que ce premier temps pouvait être exécuté concurremment avec la première opération destinée à redresser la verge. C'est ainsi du moins que j'ai procédé, chez mon dernier opéré de vingt et un ans. L'exécution de ce temps est extrêmement facile.

Après la section de la bride péno-scrotale et le redressement complet de la verge, on avive à leur partie inférieure les deux lèvres de l'échancrure qui représente le méat, et plaçant entre ces deux lèvres un bout de sonde, on réunit par-dessus les parties avivées à l'aide d'un ou deux points de suture entortillée. Si l'échancrure était trop peu profonde pour permettre la création d'un méat suffisant, une incision médiane ou deux petites incisions latérales pratiquées à la face inférieure du gland donneraient la facilité de placer un bout de sonde de volume convenable.

Cette petite opération, qui a pour but de placer l'ouverture du nouveau canal à l'extrémité du gland, c'est-à-dire dans une situation tout à fait normale, a été pratiquée chez le dernier de mes opérés, et vous pourrez constater que chez lui l'ouverture du méat ne laisse nullement soupçonner la disposition vicieuse qui existait antérieurement.

Deuxième temps. — Création d'un nouveau canal à la face inférieure de la verge, depuis le méat jusqu'à une petite distance de l'ouverture anormale de l'urèthre. Ce temps est assurément l'un des plus difficiles et des plus longs; il peut exiger plusieurs opérations complémentaires.

Voici comment je conseille de le pratiquer: la verge étant maintenue relevée, on circonscrit, à sa face inférieure, à l'aide de deux incisions longitudinales, parallèles à la ligne médiane, et coupées à leurs extrémités par deux petites incisions transversales, on circonscrit deux lambeaux quadrilatères, étendus depuis le gland, jusqu'à un demi-centimètre de l'ouverture anormale de l'urèthre. Ces lambeaux présentent une largeur suffisante pour que, disséqués de dehors en dedans et relevés vers la ligne médiane, ils recouvrent complétement une sonde de volume convenable, préalablement introduite par le méat. On voit donc que la face cutanée de ces lambeaux, destinée à représenter la surface interne de l'urèthre, s'applique sur la sonde, tandis que leur face cruentée se trouve exposée à l'extérieur. On dissèque alors, à partir des incisions longitudinales, la peau de la verge, toujours extrêmement lâche chez les hypospades, on la détache suffisamment pour qu'elle puisse être attirée vers la ligne médiane, et qu'elle puisse, par conséquent, recouvrir complétement la surface cruentée des premiers lambeaux. Il ne reste plus qu'à réunir sur la ligne médiane les deux épaisseurs de peau traversées simultanément et même d'un côté à l'autre, soit à l'aide d'épingles, soit à l'aide de points de suture; enfin, pour que le méat se continue avec le nouveau canal, on prend soin de fixer le bord supérieur de chaque lambeau quadrilatère ainsi que celui du lambeau cutané qui le recouvre au bord inférieur du gland préalablement avivé.

Il va sans dire que si la suture de la ligne médiane paraissait tendue, on pratiquerait, comme je l'ai fait, un débridement sur la face dorsale de la verge.

Comme on le voit, le canal ainsi formé est constitué à l'intérieur et à l'extérieur par une surface tégumentaire, condition qui prévient son rétrécissement ultérieur. Il est, en outre, doué d'une épaisseur et d'une résistance suffisantes.

On peut à la rigueur espérer que cette opération réussisse complétement du premier coup; cependant, si l'on tient compte de la difficulté de maintenir la verge immobile dans une direction constante, et surtout de l'impossibilité, même chez les enfants, d'empêcher les érections qui tiraillent les sutures et déterminent des mouvements entre les surfaces affrontées, il est à craindre que la réunion manque dans un ou plusieurs points. Mais, avec du temps et de la patience, en réparant ultérieurement les brèches qui ont persisté, on parviendra toujours au résultat final, la création d'un canal étendu depuis le méat jusqu'à une petite distance de l'ouverture anormale de l'urèthre.

J'ai obtenu ce résultat chez les deux seuls malades que j'ai opérés, je ne dirai pas sans difficultés. Il m'a fallu cependant plus de persévérance que d'adresse pour réparer successivement un certain nombre de brèches du nouveau canal.

Chez l'enfant de quatre ans et demi, les difficultés dépendaient de la petitesse de l'organe et du peu de prise qu'il offrait pour assurer son immobilisation; chez l'adulte de vingt et un ans, les érections ont été la principale cause du manque de réunion.

Quoi qu'il en soit, c'est après quatre opérations, dont les deux premières seules ont été véritablement importantes, que je suis parvenu à créer chez le petit enfant un canal complet. Il a fallu trois opérations successives pour obtenir le même résultat chez le jeune homme de vingt et un ans que je vais avoir l'honneur de vous présenter. Vous pourrez constater que, chez lui, il existe à cette heure un canal de près de 9 centimètres commençant par un méat véritablement parfait et se terminant à 1 centimètre de l'ouverture anormale de l'urèthre. La solution de continuité entre les deux portions du canal est assez petite pour que le malade, en urinant, sans relever la verge, la plus grande partie du liquide s'engage dans le nouveau canal, et sortant par l'ouverture du gland, vienne frapper la paroi opposée du vase. Toutes ces opérations ont été faites avec le concours de MM. Terrier et Klein, et, pour quelques-unes, avec l'aide de MM. Lebail et Duret, internes des hôpitaux.

Chez l'enfant de quatre ans et demi, les opérations destinées à la formation du nouveau canal ont été commencées le 19 janvier 1869, et ce canal était définitivement constitué le 13 août de la même année.

Chez le jeune homme de vingt et un ans, que vous pourrez examiner tout à l'heure, la même série d'opérations, commencée le 21 mai 1873 a été terminée au commencement du mois de décembre de la même année. Il va sans dire qu'entre chaque opération je laissais un long espace de temps, et que les opérés restaient chaque fois au lit à peine dix jours.

Troisième et dernier temps. Abouchement des deux portions de l'urèthre. — Lorsqu'on s'est bien assuré que le nouveau canal ne présente aucune tendance à la rétraction, qu'il est, en un mot, dans des conditions tout à fait satisfaisantes, il reste à réunir les deux portions de l'urèthre. Je n'ai pu encore obtenir ce dernier résultat, et j'aurais attendu jusque-là pour vous en faire part, si la lecture de M. Anger ne m'avait obligé à devancer l'époque de ma communication.

Je dois dire que j'ai déjà tenté, chez mon plus jeune opéré, de prati-

quer l'abouchement des deux portions de l'urèthre, en avivant largement le pourtour de la fistule scrotale et en réunissant les surfaces avivées à l'aide de la suture, après avoir placé dans la vessie une sonde à demeure.

Cette opération, répétée deux fois à assez long intervalle, a complétement échoué, toujours pour le même motif, savoir le contact de l'urine.

En effet, grâce à l'indocilité de l'enfant, qui ne savait maîtriser ses besoins d'uriner, et poussait de toutes ses forces dès qu'il sentait un peu de ténesme vésical, l'urine glissait entre la sonde et le canal, et ne tardait pas à désunir les surfaces affrontées.

Ces deux échecs, dont il est impossible actuellement d'éloigner la cause, m'ont absolument convaincu de la nécessité de remettre cette dernière opération à une époque ultérieure, alors que le sujet, parvenu à l'âge de raison, comprendra le but et l'utilité de son concours, saura commander ses besoins et permettra à la rigueur que l'on pratique le cathétérisme aussi souvent qu'on le jugera opportun, si l'emploi de la sonde à demeure ne paraît pas devoir être conseillé.

Mon second opéré se trouve précisément dans ces conditions, et je me propose de pratiquer prochainement, chez lui, la réunion des deux parties du canal. Mais j'ai tenu auparavant à vous le présenter afin que vous puissiez juger de l'état des choses et surtout vous assurer, d'après la situation de l'ouverture anormale de l'urèthre, qu'il s'agit ici de l'hypospadias *périnéo-scrotal* le plus complet, et non d'un hypospadias *péno-scrotal*, ouvert à la racine de la verge.

Permettez-moi, messieurs, une dernière remarque qui résulte pour moi de l'expérience des deux faits que j'ai observés, et qui complète pour ainsi dire l'exposé de la méthode thérapeutique de l'hypospadias périnéo-scrotal.

Dans mon opinion, je crois que toutes les fois que la chose sera possible, il sera préférable de pratiquer dans le jeune âge les deux premières séries d'opérations, savoir : le redressement de la verge et la création du nouvel urèthre. A cet âge, en effet, ces opérations, peut-être un peu plus délicates, sont, en revanche, moins laborieuses et moins pénibles ; de plus, la verge rendue à sa direction normale subira un développement plus complet.

Je tiens à ce sujet à prévenir une objection qui, tout d'abord, m'avait frappé. On pourrait craindre peut-être que le nouveau canal ne suivît pas la verge dans son développement.

L'expérience a montré qu'il n'en est rien.

Chez l'enfant que j'ai opéré en 1869, la partie nouvellement créée de l'urèthre qui, à cette époque, mesurait environ 2 centimètres et demi, présente aujourd'hui une longueur de près de 4 centimètres, et l'épaisseur de la paroi a plutôt augmenté ; en un mot, le nouvel urèthre a suivi un développement parallèle à celui de la verge.

Si donc je conseille formellement de créer le nouveau canal dans l'enfance, vers cinq à six ans, par exemple, je suis, au contraire, disposé à proscrire toute tentative d'abouchement des deux portions de l'urèthre avant l'âge de raison, ou du moins avant le moment où l'on pourra compter sur le concours intelligent de l'opéré.

M. LE PRÉSIDENT, après cette lecture, déclare que la discussion relative au travail de M. Duplay sera ajournée après le rapport de M. Guyon sur le mémoire de M. Th. Anger.

COMMUNICATION

Vice de conformation des yeux. — M. POLAILLON fait la communication suivante avec présentation de pièces. Pendant l'été dernier, il est né à la maternité de Cochin un enfant monstrueux, du sexe féminin, qui présente un énorme encéphalocèle, un bec de lièvre double compliqué d'une division complète de la voûte palatine, des syndactylies aux mains et aux pieds, et un vice de conformation des yeux.

L'encéphalocèle s'est rompu pendant le travail de l'accouchement, et la mort du nouveau-né a été le résultat de cette rupture.

Sans m'arrêter sur les monstruosités multiples, mais connues, que présente cet enfant, je désire appeler l'attention de la société sur le vice de conformation des yeux qui n'est signalé nulle part par les auteurs.

Ce vice de conformation consiste dans la présence d'une bride cutanée qui, du centre de chacune des cornées, se porte obliquement en bas et en dedans pour se souder à la peau qui avoisine la commissure interne des paupières. La bride droite a la forme d'une petite colonne d'environ 3 millimètres de diamètre et de 8 à 10 millimètres de longueur. Un stylet passe facilement au-dessous d'elle. La bride gauche, qui a le même volume que la précédente, adhère au globe de l'œil, et à la peau par son bord postérieur ; de sorte qu'un stylet ne peut être introduit au-dessous d'elle.

L'implantation de ces brides sur la cornée et sur la peau se fait directement et par une fusion intime des tissus. Au voisinage de leurs extrémités adhérentes, les brides présentent un diamètre plus considérable qu'à leur partie moyenne qui paraît amincie par une sorte de traction.

Les paupières sont bien conformées. En se fermant, leurs bords ciliaires sont séparés en dedans par l'extrémité oculaire des brides.

Pour expliquer ce vice si singulier dans la conformation des yeux, j'ai besoin de rappeler en peu de mots quel est le mode de formation de ces organes.

Dans les premiers temps de la vie embryonnaire, on voit naître, de chaque côté de l'encéphale rudimentaire, deux vésicules creuses qui formeront plus tard la rétine, la choroïde et le nerf optique.

Ces vésicules oculaires sont d'abord au-dessous du feuillet blastodermique externe, aux dépens duquel va se développer tout l'appareil dioptrique de l'œil.

A la fin du premier mois on voit, à la place que doit occuper l'œil, une élévation ovale. Quelques jours plus tard, cette élévation est plus saillante et a pris une couleur foncée. Elle est limitée par un anneau bleuâtre, interrompu en bas et en dedans par un espace blanc. qu'Ammon a très-bien étudié sur les embryons d'oiseaux, et qu'il appelle la *fente fœtale du globe de l'œil*.

Cette fente paraît être formée par la dépression, à ce niveau, de la peau qui s'enfonce en cul-de-sac au-devant de la vésicule oculaire pour donner naissance au cristallin. La peau, dépendance du feuillet blastodermique séreux, forme donc à cette époque du développement un *repli* (d'autres disent un *canal*) qui, pénétrant dans le globe de l'œil, laisse à sa surface une trace blanchâtre ayant la forme d'une fente.

Le cristallin et sa capsule se développent aux dépens de cette portion de peau réfléchie dans l'intérieur du globe de l'œil, tandis que la cornée et la sclérotique se forment aux dépens de la peau voisine non réfléchie.

La face postérieure de la cornée est d'abord immédiatement appliquée sur le cristallin, et lui adhère vers son centre par l'intermédiaire du repli cutané. Mais, à mesure que l'humeur aqueuse s'accumule entre ces deux organes, ces adhérences sont étendues, puis rompues.

Les paupières se forment ultérieurement autour du globe de l'œil et viennent le recouvrir.

La trace de la fente oculaire sur la face antérieure de la cornée disparaît de très-bonne heure ; ce qui semble le prouver, c'est qu'on ne rencontre que très-rarement la cornée partiellement opaque, lorsqu'on l'examine à partir du moment où elle devient transparente, c'est-à-dire vers la fin du troisième mois. Parmi les opacités congénitales que les auteurs signalent, quelques-unes sont dues à la présence sur la cornée d'un lambeau de peau, contenant quelquefois des poils ; ces espèces d'opacités doivent sans doute être rattachées à la persistance de la fente blastodermique de l'œil.

L'anomalie des yeux sur l'enfant que je présente à la société est, dans mon opinion, formée par la *persistance d'un état transitoire dans le mode de formation du globe de l'œil*. Je pense que la fente oculaire, ou plutôt le repli cutané qui est destiné à former le cristallin, au lieu de disparaître comme à l'état normal, a persisté chez un fœtus qui porte d'ailleurs d'autres monstruosités. C'est donc la persistance et l'hypertrophie de ce repli cutané qui expliquent la présence des deux brides de peau qui relient les cornées à la partie supérieure et interne du téguement voisin du grand angle de l'œil.

La mère ne présentait aucune difformité. Je n'ai pu avoir aucun renseignement sur l'état de conformation du père.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et des organes de l'audition (1)

Par le docteur Bonnafont.

Chacune des parties de la pathologie acquiert tous les jours un tel développement qu'il est à peu près impossible de trouver, dans les traités généraux, la véritable physionomie de la science actuelle. C'est aux monographies bien faites qu'il faut avoir recours pour être sûr qu'on possède bien toutes les ressources de l'art de guérir.

La seconde édition du *Traité des maladies de l'oreille*, que M. le docteur Bonnafont vient de publier est une de ces monographies reflétant l'état actuel de la science sur un point très-intéressant de la pathologie, et nous considérons comme une bonne fortune d'avoir à la présenter à nos lecteurs. Pour donner une idée aussi exacte que possible de ce travail, nous esquisserons à grands traits les matières qu'il renferme en suivant les divisions de l'auteur.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à la *pathologie et à la thérapeutique générales.* On y trouve la description des divers procédés mis en usage, soit pour mesurer l'état de la sensibilité auditive (acoumètres), soit pour constater *de visu* l'état anatomique des divers conduits de l'oreille (otoscopes). L'auteur revendique à bon droit l'invention de quelques-uns de ces procédés. C'est lui, en effet, qui a montré le premier que le meilleur moyen destiné à explorer le degré de sensibilité du nerf auditif consistait à appliquer des diapasons de différentes grandeurs sur les parties solides du crâne. Ce moyen est un des plus précieux de la séméiologie. Le spéculum bivalve de l'auteur, qui tient tout seul dans le conduit auditif, est un heureux perfectionnement de celui d'Itard, qu'on est obligé de tenir avec l'une des deux mains.

Enfin M. Bonnafont a aussi inventé un *otoscope*, instrument destiné à éclairer le conduit auditif. Cet instrument a l'avantage, sur les réflecteurs simples dont on ne servait auparavant, de concentrer plus scientifiquement, si je puis ainsi dire, les rayons lumineux à travers une lentille ; mais quand il s'agit d'opérer dans le conduit auditif, ce petit appareil, qu'il faut tenir d'une main, est fort gênant, et nous préférons le miroir frontal du laryngoscope qui laisse les deux mains libres. Dans l'article suivant consacré à l'exploration des trompes d'Eustache, M. Bonnafont rappelle que c'est à un Français du nom de Guyot qu'est due l'idée du cathétérisme de ces conduits, et, après avoir exposé les divers procédés qu'on emploie dans cette exploration, il adopte, comme étant le meilleur, celui qui consiste à se servir de sondes métalliques recourbées à l'une de leurs extrémités et que l'on introduit dans la trompe à travers les narines. Pour maintenir ces sondes en place, M. Bonnafont a imaginé des pinces qui s'appliquent comme un pince-nez et compriment ainsi la narine et la sonde qu'elle contient. Ce procédé ingénieux est beaucoup plus simple que ceux qu'on avait employés jusqu'à présent. Le cathétérisme des trompes en lui-même est d'une utilité douteuse; mais il est d'un secours très-précieux pour le diagnostic, quand il est complété par les injections d'air ou par l'introduction de bougies assez fines pour pouvoir parcourir tout le conduit jusqu'à la caisse. M. Bonnafont critique judicieusement les exagérations de Deleau qui, avec les injections d'air dans les trompes, était parvenu à considérer la région pharyngo-nasale comme une boîte à musique, et il réduit ce moyen d'investigation à sa juste valeur en disant qu'avec lui on peut s'assurer si les trompes sont obstruées ou engouées. Cela est déjà beaucoup. — Mais il restait un *désidératum* indiqué déjà par Itard et Ménière, et que M. Bonnafont a rempli d'une façon très-satisfaisante. Nous voulons parler du vrai cathétérisme des trompes.

M. Bonnafont, se servant de la sonde métallique comme de conducteur, introduit dans les trompes jusqu'à la caisse des bougies filiformes, et il a résolu, par ce moyen, un des problèmes les plus importants du diagnostic et de la thérapeutique des maladies de l'oreille moyenne.

Après avoir parlé de l'exploration du conduit auditif externe et des trompes, M. Bonnafont s'occupe de l'exploration de l'oreille interne. Ici les résultats ne sont pas aussi complets ; il est impossible, en effet, de porter soit la lumière, soit les instruments dans cette portion intra-osseuse de l'organe de l'audition.

Ce chapitre consacré à l'exploration des trompes eût été réellement complet si l'auteur n'eût pas négligé de parler de l'investigation de la région pharyngo-nasale par le miroir laryngien. L'examen de cette région est à notre avis indispensable tant au point de vue du diagnostic qu'à celui de la thérapeutique. Mais M. Bonnafont a reculé les limites de nos connaissances sur ce sujet en faisant intervenir l'application de la montre sur les parois osseuses du crâne pour apprécier le degré de sensibilité du nerf auditif. Cette sorte d'*auto-auscultation* est réellement indispensable pour l'établissement d'un diagnostic précis dans toutes les altérations de l'ouïe, et c'est avec juste raison que l'auteur revient sur ce sujet dans toutes les parties de son livre où il est question de diagnostic.

Le second chapitre de la première partie, consacré à la thérapeutique générale des maladies de l'oreille n'a pas l'importance que l'auteur a donnée au précédent. On peut le regretter. A la faveur du titre *Pathologie et Thérapeutique générales*, on aurait pu, ce nous semble, jeter un coup d'œil sur les états constitutionnels, diathésique et autres, et rattacher ainsi la pathologie spéciale de l'organe de l'ouïe à la pathologie et à la thérapeutique générales. Sur ce point, M. Bonnafont se borne à constater le peu de part que la nature prend à la guérison des maladies des oreilles : « Les crises salutaires et spontanées, dit-il, les améliorations amenées par l'âge, dans la plupart des autres affections, sont ici presque toujours nulles et insignifiantes. » C'est pourquoi il recommande de commencer de bonne heure le traitement des affections de l'ouïe et de ne pas s'exposer à ce que le mal devienne incurable sous prétexte d'attendre les bons effets des efforts de la nature. Après cela l'auteur examine la valeur thérapeutique des injections, douches, instillations, caustiques, moxas, sétons, saignées, bains, hydrothérapie, vomitifs, purgatifs, tout cela à un point de vue sagement éclectique, et il termine par l'électricité. Partageant à ce sujet l'opinion de beaucoup de praticiens qui savent se tenir en garde contre toutes les exagérations, M. Bonnafont ne professe pas un grand enthousiasme pour cet agent thérapeutique appliqué à la cure des cophoses. Cependant il l'emploie volontiers dans le traitement des *surdités nerveuses* et, à cet effet, il a imaginé un appareil au moyen duquel il porte l'électricité dans l'oreille moyenne, en plaçant un des réophores dans les trompes, et l'autre dans la caisse à travers le tympan.

Cette première partie du livre de M. Bonnafont résume d'une manière très-satisfaisante l'état actuel de la science, au point de vue du diagnostie et des méthodes générales de traitement des maladies des oreilles. Après cette lecture on est heureux de voir les progrès très-réels que cette branche de la pathologie, en quelque sorte mystérieuse et par trop négligée, a réalisés entre les mains de quelques adeptes.

La seconde partie du livre de M. Bonnafont est un traité complet de pathologie spéciale interne et externe, suivi de quelques chapitres consacrés aux cornets acoustiques, à l'hygiène des oreilles, aux sourds-muets et à la médecine légale appliquée à ces derniers.

Nous ne pouvons pas suivre l'auteur dans ces différentes parties de son livre sans nous exposer à faire nous-même un véritable traité d'otologie. Ce n'est pas le cas. Qu'il nous suffise de dire que cette seconde partie est aussi complète que la première, et que le médecin praticien est sûr d'y trouver tout ce qui peut l'intéresser au point de vue de la connaissance, du diagnostic et de la thérapeutique des affections de l'organe de l'ouïe.

Dr Édouard Fournié,
médecin a l'Institut des sourds-muets.

(1) In-8°. — Deuxième édition. — Prix 10 francs. — Paris, J. B. Baillière.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La séance publique annuelle de l'Académie de médecine aura lieu mardi prochain à trois heures, dans le local ordinaire de ses séances, sous la présidence de M. Depaul.

L'ordre du jour se composera : 1° de la lecture du rapport général sur les prix pour l'année 1873, par M. H. Roger, secrétaire annuel ;

2° De la proclamation des prix décernés et des sujets de prix proposés pour les années 1874 et 1875, par M. le président;

3° De la lecture de l'éloge de M. Louis, par M. Béclard, secrétaire perpétuel.

— *Faculté de médecine de Paris.* — La faculté ouvrira ses cours d'été le lundi 16 mars 1874, ils auront lieu dans l'ordre suivant :

Tous les jours de huit à dix heures du matin.

A la Charité. — Cours de clinique médicale : M. Brouardel, agrégé (suppléant M. Bouillaud). M. G. Sée. — Cours de clinique chirurgicale : M. Gosselin.

A l'Hôtel-Dieu. — Clinique médicale : M. Béhier. — Clinique chirurgicale : M. Richet.

A la Pitié. — Clinique médicale : M. Lasègue — Clinique chirurgicale : M. Verneuil.

A l'Hôpital des Cliniques. — Clinique chirurgicale : M. Broca. — Clinique d'accouchements : M. Depaul.

Les lundis, mercredis et vendredis :

A onze heures, M. Baillon. — Botanique médicale. (1re partie du programme imprimé.)

A midi : M. Béclard. — 1° Lois générales du système nerveux ; 2° Fonctions de nutrition. — Digestion. — Absorption. — Respiration. — Circulation.

A deux heures : M. Charcot.— Atrophies. — Dégénérescences. — Gangrènes. — Lésions du système circulatoire sanguin et du système lymphatique.

A trois heures : M. Trélat. — Des tumeurs. — Maladies chirurgicales des systèmes organiques.

A quatre heures : M. Tardieu. — Histoire médico-légale des empoisonnements. — De l'infanticide. — De l'avortement. — De la viabilité.

Dans le petit amphithéâtre, à midi, cours complémentaire de chimie. — M. Gautier. — Histoire des métaux et des principaux composés organiques. — Application à la médecine.

Les mardis, jeudis et samedis :

A onze heures : M. Regnauld. — Histoire générale des matières médicamenteuses ; étude de leur mode de préparation ; description de leurs caractères ; examen des formules adoptées pour leur administration ; étude spéciale des médicaments métalliques.

A midi : M. Guéniot, agrégé (suppléant M. Pajot). — Des accouchements laborieux et des opérations obstétricales.

A deux heures : M. Vulpian. — Études de pathologie expérimentale sur les fonctions de nutrition.

A trois heures : M. Hardy. — Maladies du sytème nerveux.

A quatre heures : M. Bouchardat. — Alimentation. — Hygiène générale.

A cinq heures : M. Gubler. — Médication antiphlogistique et fébrifuge : spoliatrice, sédative, tonique, stimulante. — Révulsion et dérivation (émissions sanguines, éméto-cathartiques, quinquina, alcool, etc.)

Les lundis, jeudis et samedis, à huit heures et demie, à l'hôpital des Enfants-Malades. Cours complémentaire des maladies des enfants, par M. H. Roger.

Les lundis et jeudis, à neuf heures, à Lariboisière. Cours complémentaire d'ophthalmologie, par M. Panas.

Le jeudi, à neuf heures à l'hôpital de Lourcine. Cours complémentaire des maladies syphilitiques, par M. Fournier.

— La Société de chirurgie tiendra sa prochaine séance le 18 mars 1874.

Ordre du jour : M. Ledentu. Rapport sur M. Périer. — M. Périer. Kyste hématique congénital de la mâchoire. — M. Azéma. Anévrysme faux de l'artère pédieuse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du Délire des actes dans la paralysie générale, avec observations recueillies au bureau central d'admission de Sainte-Anne, par le docteur Ferdinand DARDE. — Paris, 1874. In-8° de 41 pages. — 1 franc. — J.-B. Baillère et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, 16 mars 1874.

LA PROIE ET L'OMBRE.

Au siècle dernier, avant la réforme des fièvres par Pinel; avant l'apparition de la doctrine de Broussais, sur la non-essentialité des fièvres et sur la gastro-entérite remplaçant les fièvres essentielles; avant la création de la fièvre typhoïde destinée à prendre la place de toutes les variétés de fièvres anciennement admises, la clinique admettait l'existence d'une *fièvre putride*. Émeric, Bolfink, Schobelt, Huxham, etc., insistèrent beaucoup sur cette idée. Cette fièvre putride était la variole adynamique et ataxique de notre fièvre typhoïde, et l'on admettait aussi que l'état putride pouvait venir compliquer les autres maladies, qu'elles fussent des fièvres éruptives ou des phlegmasies viscérales.

L'anatomie pathologique est venue renverser cette pyrétologie. Dans son ouvrage, *la Médecine éclairée par l'ouverture des corps*, Prost a ouvert la voie dans laquelle Broussais, Petit, Louis et toute l'école contemporaine se sont précipités avec une véritable passion, en laissant avec dédain derrière eux les médecins attardés dans la doctrine ancienne. Pendant trente ans, il ne fut question que de la phlegmasie des plaques de Peyer et des follicules de Brunner, et l'on crut avoir découvert dans le siége anatomique du mal la nature même de la maladie. On ne tarda pas à revenir de cette erreur.

Les travaux d'hématologie de M. Andral montrèrent que la lésion des solides n'était pas tout dans la gastro-entérite ou entérite folliculeuse, ou fièvre entéro-mésentérique. On comprit par cette étude nouvelle des altérations du sang ou *nosohémies* que l'on avait fait fausse route, et que le solidisme de Broussais devait faire place à un nouvel humorisme.

A partir de cette époque, sans revenir à l'idée de fièvre essentielle, on considéra la fièvre typhoïde comme une altération du sang, accompagnée de lésions spéciales dans les follicules agminés et isolés de l'intestin. Cette altération, que M. Andral n'a pas pu découvrir dans les éléments du sang, a paru être un défaut de coagubilité de la fibrine, une perte de plasticité du sang. Piorry lui a donné le nom de *septicémie*, mot dont on n'a pas voulu d'abord faire usage, et qui devient très à la mode aujourd'hui. L'idée humorale reprit alors faveur, et si l'on tint compte encore des lésions du solide dans les fièvres, ce fût comme élément secondaire, et non comme principe de l'affection morbide.

Pour la seconde fois en quarante ans, la pyrétologie se crut en possession de la vérité. Elle marchait « en s'éclairant du flambeau de l'anatomie pathologique », comme on le répétait alors dans tous les livres, et ceux qui ne croient qu'à ce qu'ils voient pensaient n'avoir plus rien à découvrir. Malheureusement nos sens sont encore plus bornés que notre raison. Il y a en dehors de nous, comme en nous, un monde caché et des forces inconnues qui déjouent toutes les affirmations tirées du témoignage des sens que l'on appelle présomptueusement le positivisme. Ce que l'on a cru découvrir en pyrétologie, par suite des recherches physiques s'est écroulé et en soixante ans a été trois fois renversé. Aux prétendues vérités d'essentialité substituées à la putridité sanguine, on a opposé un solidisme étroit tiré de la localisation intestinale, puis on a cru trouver dans l'analyse quantitative des éléments du sang, une nouvelle doctrine pyrétologique qui n'était qu'un pas en arrière vers les idées d'Huxham, et voilà qu'aujourd'hui ces idées reprennent faveur. Elles seront bientôt la vérité qu'on n'aurait jamais dû méconnaître, et l'on ne tardera pas à comprendre que plusieurs générations de médecins ont abandonné la proie pour l'ombre.

Les recherches microscopiques de Fuchs — en 1848 — celles de Branel, de Pollender, de Delafond, de Davaine, de Signol, de Pouchet, de Tigri, de Coze et Feltz, etc., ont fait découvrir dans le sang des fébricitants, tout un monde invisible de monades et de bâtonnets engendré par la fermentation putride, c'est-à-dire par la putréfaction du sang vivant. Sont-ce ces microsymas et ces bactéries qui sont la cause des fièvres comme l'affirment la plupart des observateurs que je viens de citer, et ne va-t-on pas encore courir après une ombre en lâchant la proie ? — C'est ce que nous saurons bientôt. — En effet, que dans les fièvres il y ait, comme l'ont prétendu tant de médecins avec Huxham, une véritable putridité du sang vivant, cela est désormais incontestable et les affirmations du siècle dernier ont reçu aujourd'hui, par l'analyse microscopique du sang, une démonstration péremptoire.

Mais, cette putridité, quel en est l'agent ? Est-ce la bactérie ou bien est-ce le liquide interposé ? C'est ce que l'on discute actuellement. Si ce sont les bactéries, tant mieux, mais il faut le démontrer. Or ce n'est pas fait. D'abord, ces monades sont les mêmes dans toutes les fièvres, dans les maladies gangréneuses, et il y en a d'inoffensives et de toxiques sans qu'on puisse distinguer les bonnes des mauvaises.

Ensuite, on produit les mêmes accidents fébriles ou char-

bonneux avec le liquide filtré du sang bactérique entièrement dépourvu de bactéries, de sorte que ces infusoires ne sont certainement pas la vraie cause des fièvres septicémiques.

Onimus, qui a répété les expériences de Davaine, est arrivé aux mêmes conclusions que moi, en 1869, dans la seconde édition de ma *Pathologie générale*, article *Nosohémie bactérique* ou *Bactérihémie*.

Il a vu que les bactéries, dans le sang, n'agissent nullement en proportion de leur quantité, car des milliers de bactéries dans un sang putréfié depuis douze heures, ne produisent rien, tandis que un dix-millionième de goutte du sang d'un animal mort de septicémie, injecté au même animal, entraîne la mort.

Que le sang d'un animal mort de septicémie expérimentale examiné au moment de la mort, si elle a été rapide, ne renferme souvent aucun infusoire, fait admis par Davaine, en 1864 (Acad. des sciences).

Que les vibrions et les bactéries provenant de liquides chargés de matières animales en putréfaction et d'urine putréfiée lorsqu'ils sont injectés dans les tissus, ne produisent aucun effet toxique, fait qui appartient à Leplat et Jaillard (Acad. des sciences, 1864).

Que lorsque du sang est mis à putréfier dans un appareil à dialyse, ayant de l'eau ordinaire de l'autre côté du papier, il passe quelques principes du sang dans l'eau et qu'il se développe dans les deux liquides de vibrions et de bactéries semblables, celles du sang ayant une action toxique et les autres étant inoffensives. — Ce qui prouve qu'il y a un principe virulent interposé entre les bactéries.

Que si l'on fait congeler du sang septicémique à 20 degrés, qui n'altère ni les bactéries, ni les matières albuminoïdes, ou si l'on traite le même sang par l'alcool qui coagule l'albumine en laissant les bactéries intactes, de ces deux produits, le premier est toxique et l'autre ne l'est pas, ce qui prouve que les bactéries ne sont pas cause de mort.

Que dans le charbon du gros bétail ou *mal de montagne*, la Commission a contaté qu'on transmettait le mal à des animaux sains en leur injectant du sang d'animaux malades, alors que ce sang ne renfermait pas de bactéries.

Il semble donc d'après ces expériences d'Onimus, déjà faites en 1864, par Leplat et Juillard, sous une autre forme, que dans les liquides virulents ou putrides, les monades ou bactéries ne sont pas l'agent de la contagion, et que la putridité du sang qui accompagne ces maladies ne résulte pas de leur développement. Si donc la bactérihémie n'est pas la maladie, elle n'est qu'une conséquence de la fermentation du sang, et c'est dans le liquide interposé, putride également, mais altéré par un agent spécifique inconnu qu'il faut placer la cause des maladies zymotiques et virulentes.

N'allons donc pas prendre de nouveau l'ombre pour la proie, car d'après ce qui vient d'être fait, les bactéries ne sont que l'ombre de l'agent spécifique inconnu qui produit la fermentation putride dans le sang des charbonneux, des typhiques et septicémiques, des varioleux et de tous les fébricitants.

Sachons nous arrêter sur cette pente de l'hypothèse, et que dans un amour exagéré de localisation des maladies et que le témoignage des sens ne vienne pas une fois de plus jeter la pyrétologie dans l'erreur. Si nous ne savons pas quel est l'agent de contagion des fièvres et des maladies zymotiques, suspendons notre jugement et ne faisons pas d'hypothèses. Il y a putridité, c'est un fait anciennement établi, momentanément méconnu, et vers lequel il faut revenir de nouveau. Quel est l'agent de cette putridité et de la contagion avec ou sans épidémie? Il est absolument impossible de le dire? Ce qui précède tend à faire croire que ce ne sont pas les bactéries. C'est donc alors le liquide interposé, mais ce liquide n'est qu'une substance albuminoïde dont nous ne connaissons les altérations que par les effets produits. Cela nous ramène à la *spécificité* des maladies et à cette définition toujours vraie des virus : agents morbides, inconnus dans leur nature qui, par leur absorption, reproduisent la maladie qui leur a donné naissance.

En attendant que des découvertes satisfaisantes nous aient appris la cause matérielle des fièvres épidémiques et contagieuses ou des maladies virulentes et zymotiques, il faut encore malheureusement s'en tenir au *quid ignotum* des anciens, qui semble être le refuge des esprits sages et peu enclins à l'hypothèse. *Melius sistere gradum quam progredire per tenebras*, a dit Gaubius dans un aphorisme célèbre qu'il est bon de rappeler à une époque où l'on voit tant de personnes lâcher la proie pour l'ombre.

E. Bouchut.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Duplay.

Ostéite avec nécrose de la moitié externe de la clavicule. — Résection de 9 centimètres et demi de cet os. — Reproduction rapide de la partie de la clavicule enlevée, puis ostéite fongueuse et carie du nouvel os. (1)

Un jeune homme de dix-sept ans, exerçant la profession de bijoutier, entre dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, le 26 mars 1873.

Il y a trois ans, à l'époque du siége de Paris, il a eu une variole suivie d'abcès dans l'aisselle droite. Cet abcès était depuis longtemps cicatrisé lorsque, vers le commencement de cette année, l'épaule droite et l'aisselle sont devenues le siége de douleurs et de gonflement qui ont persisté depuis ce moment. Un abcès s'est ouvert dans l'aisselle depuis deux jours et donne issue à une quantité de pus considérable.

A l'entrée du malade à l'hôpital, on constate un gonflement de la paroi antérieure de l'aisselle; les creux sus et sous-claviculaires sont effacés. La moitié externe de la clavicule paraît épaissie, et les tissus qui l'entourent sont le siége d'un empâtement manifeste, et la pression à ce niveau éveille une douleur sourde.

Ces signes, joints à l'abondance et à la fétidité de la suppuration, font soupçonner immédiatement l'existence d'une lésion osseuse que je n'hésite pas à localiser dans la partie externe de la clavicule; l'examen de l'articulation scapulo-humérale, de l'omoplate et des côtes, ne fournissant d'ailleurs que des signes négatifs.

L'exploration avec le stylet, introduit par l'ouverture placée dans l'aisselle, ne permet pas cependant d'arriver jusqu'à la partie malade. Le stylet s'enfonce de plusieurs centimètres dans la profondeur de l'aisselle, mais est bientôt arrêté par les sinuosités du trajet fistuleux.

Le 4 avril, on constate, à 2 ou 3 centimètres au-dessous de la clavicule et dans l'interstice qui sépare le deltoïde du grand pectoral, un point ramolli et fluctuant.

La sonde cannelée, introduite par la fistule de l'aisselle, arrive presque sous la peau dans le point susindiqué. Je n'hésite pas à faire une contre-ouverture à ce niveau, dans le double but de faciliter l'écoulement du pus et de me rapprocher de la partie osseuse malade. Un drain réunit ensuite les deux ouvertures.

Le 12 avril, l'ouverture pratiquée au-dessous de la clavicule est large et permet l'introduction d'une sonde cannelée qui se dirige vers la clavicule et arrive presque immédiatement sur une surface dénudée, rugueuse, qui semble correspondre à la face inférieure de l'os et vers son tiers externe.

---

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 25 février 1874.

Dès lors, le diagnostic était confirmé, et l'existence d'une ostéite avec névrose de la clavicule ne pouvait plus être mise en doute.

Quelques jours plus tard, le malade fut pris d'érysipèle qui dura jusqu'à la fin du mois.

A partir de ce moment jusqu'au commencement du mois de juin, l'état local sembla s'améliorer. Il existait seulement deux ouvertures fistuleuses, l'une dans l'aisselle, l'autre au-dessous de la clavicule, ne fournissant qu'une petite quantité de pus; la paroi antérieure de l'aisselle n'était pas gonflée, mais on trouvait toujours l'empâtement douloureux de la région claviculaire, et le stylet introduit dans la fistule supérieure montrait que la lésion osseuse persistait sans changement.

Le 13 juin, le malade est envoyé à l'asile de Vincennes. Il rentre dans mon service le 7 juillet.

L'état général, qui laissait encore à désirer au moment du départ du malade pour Vincennes, s'est notablement amélioré, mais il n'en est pas de même de l'état local.

Deux nouveaux abcès se sont formés sur la paroi antérieure de l'aisselle, au-dessous de la clavicule; l'empâtement correspondant à cet os a augmenté; les douleurs sont plus vives. Le stylet, introduit par ces nouvelles fistules, arrive toujours sur la clavicule dénudée, rugueuse.

Je me décide à intervenir, me proposant d'enlever les parties malades, dont les limites ne me sont pas encore complétement connues.

Le 19 août, le malade étant endormi, une incision longitudinale d'environ 12 centimètres est pratiquée sur la face supérieure de la clavicule, à partir de l'articulation acromio-claviculaire. Cette incision arrive directement sur l'os, dont le périoste est décollé facilement en haut et en bas, vers l'union du quart interne avec les trois quarts externes, l'adhérence du périoste permettant de soupçonner que l'on a atteint la limite interne du mal, l'os est sectionné à l'aide de la scie à chaîne. Puis le fragment externe est soulevé et, après quelques tentatives de décollement du périoste de la face inférieure, on énuclée, pour ainsi dire, d'un seul coup et sans l'aide d'instrument, la totalité de ce fragment externe, qui se détache tout d'une pièce de sa gaîne périostique, laissant absolument intacte la gaîne capsulo-périostée de l'articulation acromio-claviculaire.

Il est impossible de réaliser plus complétement, et l'on peut dire plus plus facilement, une résection sous-périostée. On avait ainsi réséqué 9 centimètres et demi de la clavicule; le fragment était le siége d'une ostéite, et l'on observait à sa partie externe et sur la face inférieure une cavité anfractueuse, remplie de fongosités.

Les suites de cette opération furent des plus simples, et, sauf une légère hémorrhagie survenue le lendemain, aucun accident ne vint contrarier la marche de la cicatrisation.

Dès le 2 septembre, c'est-à-dire quinze jours à peine après l'opération, on sentait manifestement sous la peau, sur montant le bord supérieur de la plaie, une bandelette dure, donnant au toucher la sensation de l'os. Cette bandelette acquit rapidement un volume plus considérable, en même temps qu'une production analogue se montrait le long de la lèvre inférieure de la plaie. Bref, vers la fin du mois de septembre, la plaie, presque linéaire et considérablement rétrécie, suivant sa longueur, était bordée en haut et en bas par une bande osseuse, reproduisant la clavicule avec ses courbures. L'os nouveau était seulement beaucoup plus volumineux. On pouvait donc se flatter d'obtenir un magnifique résultat, et ce fait paraissait devoir être considéré comme un exemple de parfaite reproduction de la clavicule par le périoste.

Cependant l'état des choses ne tarda pas à se modifier. La plaie devint fongueuse, de gros bourgeons charnus, mollasses, remplacèrent les granulations de bonne nature qui existaient auparavant; la suppuration devint plus abondante et sanieuse. Le nouvel os augmenta de volume, s'entoura de tissus empâtés, en même temps que le fragment interne s'enflammait à son tour. Bref, il fut évident que l'os régénéré était malade à son tour, et d'ailleurs le stylet, introduit en divers points, arrivait sur des parties osseuses dénudées, friables, comme atteintes de carie.

Malgré l'emploi d'injections iodées, de pansements excitants, cet tat local, loin de s'améliorer, devint de plus en plus mauvais; les points déjà cicatrisés se rouvrirent et furent l'origine de nouveaux trajets fistuleux; un abcès se forma vers l'extrémité interne de la clavicule, si bien que le malade se trouvait, à la fin du mois de novembre, dans un état pour ainsi dire moins bon qu'avant l'opération.

Sur ces entrefaites, et malgré mes conseils, il voulut sortir de l'hôpital et aller passer quelque temps à Vincennes, promettant de revenir plus tard. Je l'ai revu à la fin de décembre, à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine; rien n'était changé dans l'état local. Malgré mes pressantes sollicitations, le malade a refusé de se soumettre à un nouveau traitement et est parti dans son pays.

Ce fait me paraît offrir un grand intérêt au point de vue des résultats déplorables fournis par la résection sous-périostée.

Il nous montre, en effet, que la conservation du périoste peut, dans certains cas, être plus nuisible qu'utile en reproduisant un os malade. Chez le jeune homme dont je viens de rapporter l'observation, rien ne peut expliquer l'altération si rapide de l'os nouvellement formé; sa santé générale était parfaite au moment de l'opération; aucune complication locale n'est survenue dans le cours de la cicatrisation de la plaie; l'os s'est reproduit rapidement, mais cet os était, si je puis m'exprimer ainsi, de mauvaise qualité, parce que le périoste lui-même était malade.

Si des faits analogues se reproduisaient, ils seraient de nature à porter atteinte au principe même de la méthode des résections sous-périostées.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. — M. Delore.

Du genou en dedans, de son mécanisme et de son traitement par le décollement des épiphyses (1).

L'angle de la cuisse avec la jambe qui, à l'état normal, est de quatre degrés, varie, pour le genou en dedans, de 10 à 80 degrés.

L'interligne articulaire est oblique de haut en bas et de dehors en dedans, à un degré beaucoup plus accentué qu'à l'état normal. Ce fait est dû à l'abaissement du condyle interne du fémur. C'est là la principale cause du déjettement de la jambe en dehors. Quand le genou est fléchi à angle aigu, toute trace de genou en dedans disparaît. Dans cette situation, une règle, appliquée sur le genou, s'incline d'autant plus fortement en dehors que l'affection est plus prononcée. Cette inclinaison est due à la proéminence de l'extrémité du condyle interne du fémur.

La seconde cause est l'incurvation en dehors du tibia dont le centre est au niveau de la tubérosité antérieure de cet os. Une ligne droite, tracée du grand trochanter à la malléole externe, forme la corde d'un arc dont le milieu est au niveau du genou. A l'état normal, la distance, de cette corde au bord externe de la rotule, a été trouvée de 2 centimètres. Dans les cas de genou en dedans, cette distance s'élève jusqu'à 10 et 15 centimètres. Les autopsies fournissent des renseignements encore plus précis. Le fémur présente une exagération de courbure très-importante, à notre point de vue, c'est celle de la courbure à concavité externe sur le tiers inférieur de l'os. Sa disposition est telle qu'elle produit une bascule qui relève le condyle externe et abaisse le condyle interne.

Quand on tient un fémur normal suspendu par le centre de sa tête, la différence de niveau est de 2 à 4 millimètres; dans le cas de genou en dedans, elle est de 1 et même 3 centimètres.

Une jambe de 20 centimètres de longueur étant donnée, 1 centimètre de différence de niveau l'écarte de l'autre de 9 centimètres; 2 centimètres l'écartent de 14 centimètres, et 3 centimètres vont jusqu'à 17 centimètres. De telle sorte que si le genou en dedans est double, les malléoles sont distantes de 18 centimètres dans le premier cas, de 28 dans le second et de 34 dans le troisième. Voilà le vrai mécanisme du genou en dedans.

J'ai fait des recherches sur le nombre des individus exemptés au conseil de révision dans le département du Rhône, pour genou en dedans : pendant les années 1869, 1871, 1872, 15 jeunes gens ont été

---

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 11 février 1874.

réformés pour cette infirmité, sur le chiffre de 14,895 inscrits, soit 1 sur 993.

Traitement. — Je ne repousse pas les tuteurs et les appareils à redressement lent, mais je donne la préférence au redressement brusque que je pratique pendant l'anesthésie. Le membre est placé dans la rotation en dehors, un aide maintient la malléole externe à 10 centimètres environ au-dessus du plan du lit, et le chirurgien fait des pressions avec petites secousses sur le genou dont la saillie regarde directement en haut. La durée et la force de ces pressions varient suivant les cas. On entend habituellement quelques craquements et le redressement s'opère. Il est dû :

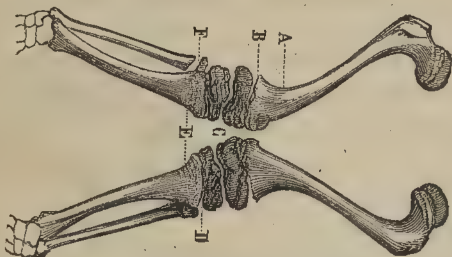


Fig. 1. — Cette figure est l'exacte représentation de photographie de moules en plâtre. Elle est une démonstration complète de la méthode.
A et B sont des moules en plâtre faits avant l'opération. — A' est un moule en plâtre fait sur le lit d'opération immédiatement après. Il démontre que le redressement a été complet. — B' est un moule en plâtre fait un mois après. Il démontre que le redressement a persisté.

1° A l'écartement des surfaces articulaires qui peut se constater par des mouvements de latéralité;

2° A l'arrachement du périoste par les ligaments latéraux externes;

3° Au décollement des épiphyses qui porte sur le condyle externe du fémur, la tubérosité externe du tibia et même la tête du péroné. Ce décollement est quelquefois brusquement accompli et accompagné d'un fort craquement. Dans la plupart des cas, il est impossible de le constater sur le vivant.

4° Au tassement de la tubérosité interne du tibia ;

5° Enfin à l'élasticité du fémur et du tibia.

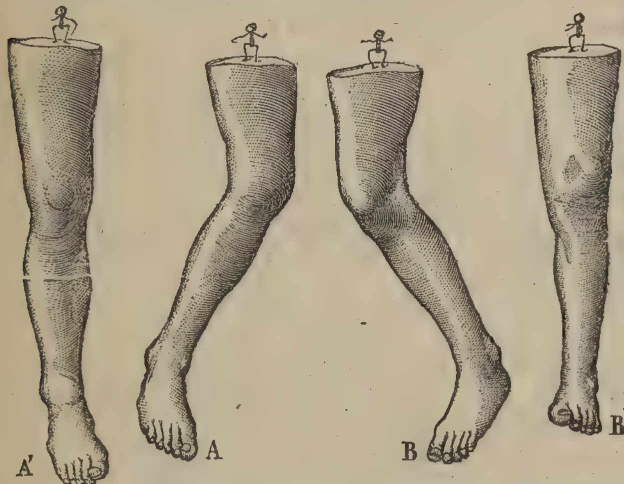


Fig. 2. — Cette figure représente le squelette des membres inférieurs d'un enfant mort de la rougeole vingt et un jours après le redressement, et sur lesquels on perçoit la trace des lésions traumatiques produites par le redressement.
Voici l'indication des lettres :
A Courbure latérale produisant le genou en dedans. — B Décollement épiphysaire du fémur produit par l'opération. — C Projection en bas des condyles internes. — D Décollement épiphysaire du tibia. — E Cassement du tibia. — F Décollement épiphysaire du péroné.

Le redressement est maintenu d'abord au moyen d'un bandage amidonné, ensuite avec un tuteur.

Cette opération n'a été suivie d'aucun accident quoique pratiquée plus de deux cents fois.

Le genou retrouve toutes ses fonctions au bout de six mois.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 janvier 1874 (1). — Présidence de M. PERRIN.

DISCUSSION

M. CHASSAIGNAC demande à M. Polaillon si les recherches faites par lui ne lui ont pas permis d'établir une relation entre l'objet de sa présentation et les kystes sourciliers.

M. POLAILLON. Ces kystes me semblent d'origine absolument différente. Ce sont des espaces compris au moment où les deux premiers arcs branchiaux se réunissent pour former l'orbite. Il peut s'établir là un cul-de-sac qui, se fermant par son orifice externe, constitue l'origine même du kyste en question.

M. DESPRÈS. Le vice de conformation présenté par M. Polaillon permet d'expliquer les dermoïdes de la conjonctive et de la cornée.

M. DEPAUL. M. Polaillon peut-il également nous donner l'explication des autres brides signalées sur le sujet qu'il nous présente, notamment de celles qui s'étendent du sourcil à la partie latérale de sa tête ?

M. POLAILLON répond qu'il lui est difficile, sinon impossible, de fournir à ce sujet une explication satisfaisante.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Pompe aspiratrice à double effet. — M. COUDEREAU présente à la société une pompe à double effet, pouvant servir d'aspirateur, construite sur ses indications par M. Capron.

Cet appareil n'a ni robinets ni soupapes. Le maniement en est infiniment plus simple et plus rapide que celui de tous les appareils destinés jusqu'ici aux mêmes usages.

Le mécanisme consiste en deux rondelles métalliques tournant à frottement exact autour d'un axe commun. La rondelle interne, fixée au corps de pompe, est percée d'une ouverture unique. La rondelle externe en a deux qu'on peut mettre alternativement en rapport avec la précédente en imprimant des mouvements de rotation au corps de pompe jusqu'aux crans d'arrêt.

Le corps de pompe est construit comme celui de l'appareil de M. Dieulafoy, avec la simple modification qui suit : la rainure horizontale, située au bas de la tige, et qui sert à fixer le piston quand on a fait le vide préalable, est moins profonde que la rainure verticale, et la vis peut être serrée de façon à ne pas pénétrer dans la rainure horizontale et à empêcher l'arrêt du piston, quand on veut faire fonctionner l'appareil comme pompe aspirante et foulante.

Quand on veut faire le vide : 1° on tire le petit verrou placé à la partie inférieure du corps de pompe qu'on tourne à droite jusqu'à l'arrêt ; l'appareil est fermé ; 2° on desserre la vis pour lui permettre de pénétrer dans la rainure horizontale ; 3° on fait l'aspiration, et quand le piston est en haut de sa course, on le fixe en imprimant un mouvement de rotation à droite. Le vide préalable est fait dans l'appareil.

Pour faire l'aspiration, on tourne le corps de pompe à gauche jusqu'à la rencontre de la tubulure interne avec la première tubulure de la rondelle externe.

Pour faire fonctionner comme pompe aspirante et foulante, on pousse le petit verrou pour obtenir l'arrêt sur les deux ouvertures de la rondelle externe. On saisit d'une main cette rondelle, qui devient la partie fixe de l'appareil, et, de l'autre, la tige du piston à l'aide de laquelle on imprime des mouvements au corps de pompe.

L'une des deux tubulures est mise en rapport avec le liquide à aspirer, et l'on tire directement à soi le piston. On imprime un mou-

(1) Fin. — Voir les numéros des 7 et 14 mars.

vement de rotation et l'on pousse pour chasser le liquide par la seconde tubulure. On ramène alors le piston dans la première position pour aspirer de nouveau, et ainsi de suite, en ayant soin de n'imprimer les mouvements de rotation que quand le piston est en haut ou en bas de sa course.

Si, après avoir vidé une cavité, l'estomac ou la plèvre, par exemple, on veut en opérer le lavage ou y injecter un liquide médicamenteux, sans déplacer l'appareil, on met la deuxième tubulure en rapport avec le liquide, qu'on aspire en répétant la même manœuvre que tout à l'heure, mais en sens inverse.

Cet appareil pourra être utilisé toutes les fois qu'il s'agira de vider une cavité naturelle ou morbide, et d'injecter un liquide dans ces mêmes cavités ou dans les vaisseaux, notamment dans les cas de transfusion du sang.

M. LANNELONGUE présente, au nom de M. Camuset, un nouvel instrument pour porter au col de l'utérus les matières médicamenteuses.

Ce petit appareil, construit chez M. Collin, se compose, comme on le voit sur la figure ci-contre, d'un long tube AB en cuivre nickelé muni d'ajutages de formes diverses, C, D, E, selon que l'on veut agir à l'intérieur ou à l'extérieur du col.

Ce tube se visse sur un petit récipient d'étain G, semblable à ceux où les peintres renferment les couleurs à l'huile. Une simple pression des doigts sur la base du récipient force la pommade qu'on y met à sortir par les ajutages, et permet d'en déposer la quantité voulue sur les points où l'application en est jugée nécessaire.

Toutes les préparations à consistance pâteuse, pommades, glycérolés, à l'exception pourtant de l'onguent mercuriel, qui attaque l'étain, peuvent être appliquées de cette façon.

Cet appareil rend inutiles les nombreux plumasseaux montés dont on a fait usage dans les hôpitaux gynécologiques. Deux ou trois suffisent à un service considérable.

Les préparations pharmaceutiques ne s'altèrent pas dans ces récipients, qui les conservent à l'abri du contact de l'air.

Le nettoyage est facile; il suffit de plonger un instant dans l'eau bouillante le grand tube et ses embouts.

D'ailleurs, ces tubes d'étain ont déjà reçu des applications analogues, l'une de la part de M. Jacquet de May, pharmacien à Paris, pour la pommade ophthalmique de Crémer; l'autre du docteur Paillasson, de Lyon, pour des injections pâteuses antiblennorrhagiques.

Nous pensons que ce nouvel instrument pourra être employé avec quelque avantage dans le traitement de certaines affections utérines.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. SPIELMANN présente à la société une pièce anatomo-pathologique consistant en une luxation double de l'extrémité supérieure du radius en arrière, probablement congénitale. Cette pièce, qui présente cela de particulier que la lésion existe à droite et à gauche dans des conditions presque identiques, ne peut être appuyée d'aucune observation relative aux antécédents, puisqu'elle a été recueillie à l'amphithéâtre sur un sujet inconnu.

M. TRÉLAT. J'ai déjà eu occasion de présenter une pièce analogue, mais d'un seul côté. On a affaire ici à un arrêt de développement, ou, pour mieux dire, à une atrophie, ultérieure à la naissance, de l'épiphyse du radius.

M. DESPRÈS. Je ferai remarquer qu'une des deux articulations présente les lésions de l'arthrite sèche.

M. CHASSAIGNAC. Je crois qu'il s'agit ici d'une malformation dans laquelle le radius s'est incrusté par sa partie supérieure entre le condyle de l'humérus et le cubitus. L'olécrâne est dans la cavité, et ce qu'il y a remarquable, c'est l'enclavement de la tête radiale entre les deux os précités.

M. SPIELMANN. Je ne puis accepter l'existence de l'arthrite sèche. Les lésions qui peuvent figurer cette lésion sont consécutives à l'autopsie, car les surfaces articulaires étaient nettes de toute altération lorsque la pièce a été préparée.

M. DESPRÈS. Je ne voudrais pas que la société fût unanime au sujet de la nature congénitale de cette double luxation; car les lésions d'arthrite sèche que je signalais peuvent être survenues à la suite d'arthrite ou de rhumatismes postérieurement à l'époque de la naissance, à deux ou trois ans, par exemple.

ÉLECTIONS

Election d'une commission pour l'examen des titres des candidats à une place de membre titulaire. — 22 membres votants. Majorité, 12.

M. Marjolin ayant obtenu 19 voix, MM. Chassaignac et Polaillon chacun 17, sont nommés membres de la commission.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

VARIÉTÉS

La fistule de Louis XIV.

Quand on parcourt à la Bibliothèque nationale (1) les deux gros volumes in-folio qui constituent le journal de la santé de Louis XIV et qui sont écrits tout entiers de la main de Vallot, de Daquin et de Fagon, qui se succédèrent à la charge de premier médecin du roi, bien des pensées viennent à l'esprit. D'un côté, on voit combien était petite cette pauvre Majesté royale aux prises avec toutes les infirmités de la nature humaine; de l'autre, on se demande si les pages qu'on lit sont extraites de quelque scène de *M. de Pourceaugnac*, de l'*Amour médecin*, du *Malade imaginaire*, ou bien si elles sortent réellement de la plume des médecins occupant les hautes positions officielles au dix-septième siècle.

Louis XIV avait quarante-sept ans. Il était à l'apogée de sa gloire; il avait fait le traité de Nimègue; il avait bâti Versailles, Trianon, Marly, agrandi Fontainebleau, Saint-Germain, Chambord, Saint-Cloud; il avait reçu des magistrats de Paris le surnom de GRAND : sa vie était plus régulière; il avait abandonné la dernière de ses maîtresses, M[lle] de Fontanges. Veuf de Marie-Thérèse depuis 1683, il s'était marié secrètement avec la veuve de Scarron, M[me] de Maintenon.

Le 15 janvier 1686, se roi se plaint d'une petite tumeur au périnée, à côté du raphé, à deux travers de doigt de l'anus, peu sensible au toucher, sans douleur, ni rougeur ni pulsation et ne gênant ni la défécation ni l'équitation. Cette tumeur parut peu à peu s'endurcir et s'accroître, et le 31 janvier elle était assez considérable pour qu'on en tentât la résolution.

Le 5 février, Daquin, premier médecin de Louis XIV, prescrit dans ce but un cataplasme fondant, fait avec de la farine d'orobe, de fèves, de seigle, d'orge, de graine de lin bouillie dans l'oxycrat, qu'on renouvellera toutes les cinq ou six heures. Le roi garde le lit pendant quelques jours et applique en outre, sur la tumeur, un emplâtre de céruse cuite et de ciguë. Les douleurs s'accrurent à un tel point, que le 16 février la marche devint impossible et que le malade dut garder le lit. La tumeur n'augmenta pas; mais la peau rougit un peu, et l'on crut à une suppuration prochaine, ce qui engagea à appliquer sur l'endroit qui paraissait à la veille de s'ulcérer un plumasseau enduit de suppuratif (2) et par-dessus le tout un emplâtre de *manus Dei* (3), qui produisit l'effet désiré, car, le 18, la tumeur commença à se ramollir et les douleurs augmentèrent, comme dans les suppurations ordinaires.

Ainsi que cela arrive toujours, les courtisans se mêlèrent de la

(1) Manuscrits, 6998, 6999.

(2) Le suppuratif ou *onguent royal* était composé de poix noire, colophane, cire jaune et huile d'olives.

(3) Cet emplâtre était composé de cire jaune, poix blanche, térébenthine et verdet gris ou acétate basique de cuivre.

maladie du monarque et vantèrent beaucoup un sparadrap avec lequel l'inventeur, Mme de la Daubière, avait obtenu de merveilleux résultats. Les médecins consentirent à son emploi, à condition qu'on leur donnerait connaissance de la composition de cet emplâtre et qu'il serait fabriqué par les apothicaires du roi. Il était composé de :

Gomme élémi et térébenthine cuite dans l'eau de plantain, 1/2 livre. — Cire jaune, 8 onces. — Baume liquidambar ou baume du Pérou, 1 once 1/2.

Ce sparadrap ne produisit aucun effet, et l'on dut revenir au suppuratif, grâce auquel le 19 février au soir, l'abcès s'ouvrit et coula toute la nuit. Mais il en resta encore une partie qui était un peu indurée.

Le 20 février, on y appliqua une traînée de caustique mêlé avec le suppuratif, ce qui agrandit la plaie et donna issue à un pus plus épais, sanguinolent, qui coula tout le jour et toute la nuit et amena une notable diminution de la tumeur.

Le 21 février, le roi eut un accès de goutte au pied droit.

Le 22, lassitude, céphalalgie sans fièvre. La peau de l'ulcère se resserre ; issue de sérosité rougeâtre, sanguinolente : bonne nuit.

Le 23 février, on juge à propos d'ouvrir cet abcès à fond ; on y applique deux pierres à cautère, et l'escarre étant faite, on ouvre avec la lancette. Issue de matière purulente, pansement avec le suppuratif et l'emplâtre de *manus Dei*. Douleurs de goutte la nuit.

Le 24 février, l'abcès est fort dur ; on cherche à amener sa résolution en introduisant dans la plaie une tente enduite de baume vert, qui était un composé d'huiles de lin, d'olives, de laurier, de genièvre, de girofle, de térébenthine, d'aloès, de sulfate de zinc et d'acétate de cuivre. Le sommeil devint meilleur ; diminution de la goutte.

Le 27 février, le pus est plus épais ; fomentations avec la décoction d'absinthe, de roses de Provins, d'écorces de grenades, de feuilles de myrrhe dans du vin rouge.

Le 28 février, on cesse le baume vert, et l'on fait des injections avec l'eau vulnéraire.

Le 2 mars, la tumeur ne se fond pas. Pansement avec précipité rouge (un drachme) et onguent suppuratif (une demi-livre). Nuit mauvaise, sommeil inquiet, augmentation de la goutte, qui cesse le 8 mars.

La maladie suivit son cours avec alternatives de bien et de mal jusqu'à la moitié du mois de mai. Le roi avait eu une fistule borgne externe ; mais le 17 mai, en faisant une injection dans la fistule, on remarqua que le liquide ne revenait presque pas, ce qui fit supposer que l'intestin lui-même était lésé, que la fistule était complète, l'ulcère paraissant tantôt guéri, tantôt se rouvrant. Pour lever tout doute à cet égard, on fit une injection de décoction de millepertuis fort rouge, qui ne revint pas par la plaie, et le roi, s'étant mis sur le bassin, la rendit tout entière dans le vase. Puis, pour s'assurer du lieu où l'intestin était lésé, on introduisit une sonde par la fistule, et l'index introduit dans le rectum rencontra le bout de la sonde à la hauteur d'environ deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'anus. Il en sortit un peu de pus et de sang.

Le 27 mai, le roi peut monter à cheval.

Au mois d'août il a une fièvre quarte ; on le saigne, on le purge, puis on lui fait prendre du quinquina de la manière suivante. On fait infuser une once de quinquina en poudre dans une pinte de bon vin de Bourgogne ; on remue plusieurs fois avec un bâton durant les premières vingt-quatre heures, et on laisse reposer. On en fait prendre quatre à cinq onces chaque fois, toutes les quatre heures, nuit et jour.

Le malade était guéri quelques jours après.

Mais la fistule restait dans le même état. Il n'y avait qu'un moyen de guérir : c'était l'opération. Mais il n'était pas facile de trouver à la cour de Louis XIV une grande soumission. Nombre de gens annonçaient des moyens infaillibles ; on dut les essayer.

Après les emplâtres et les onguents, on vanta les eaux de Baréges. On fit courir le bruit que le roi irait prendre les eaux, mais on voulut préalablement les essayer sur divers sujets. On prit quatre personnes affectées de fistule à l'anus, on les envoya à Baréges sous la direction de Gervais, un des chirurgiens ordinaires du roi. On fit des lotions, des injections avec ces eaux, et tout cela sans résultat.

Survint une femme qui dit avoir été guérie d'une fistule par les eaux de Bourbon-l'Archambault. Quatre autres malades sont envoyés à Bourbon avec un chirurgien du roi et en reviennent dans le même état.

Enfin on établit des lit à la surintendance par les soins de Louvois ; on les fit occuper par des malades affectés de fistule, et ils étaient traités, sous la surveillance du premier chirurgien Félix, par ceux qui prétendaient pouvoir les guérir. Tout échoua.

Le chirurgien Bessières, qui avait son franc parler à la cour, affirma au roi que tous ces remèdes étaient et seraient inutiles et qu'il n'y avait de guérison possible que par l'opération. Il y avait longtemps que le premier chirurgien Félix l'avait proposée ; il attendait que son malade y consentît, lorsqu'il serait fatigué de tous les moyens empiriques.

Louis XIV avait quitté Fontainebleau et était revenu pour résider à Versailles, bien résolu à s'y faire opérer par Félix, à qui il avait laissé la liberté de choisir ses aides. Le secret dut être gardé sur la détermination du monarque.

Le 18 novembre 1686, vers huit heures du matin, Félix, ayant pour aide Bessières, procéda à l'opération, en présence du premier médecin Daquin, du médecin ordinaire Fagon et de Louvois. Prenant de la main gauche un bistouri fait exprès, à l'extrémité duquel était adaptée une sonde, il fit pénétrer la sonde par la fistule jusque dans le rectum. Le doigt de la main droite alla dans l'intestin à la rencontre de la sonde flexible et la tira au dehors, ce qui permit au bistouri de couper très-promptement et très-facilement les parties comprises entre la fistule et l'anus. Il introduisit ensuite les ciseaux dans le fondement par la plaie, coupa l'intestin un peu au-dessus de l'ouverture, ainsi que toutes les brides qui se trouvèrent dans l'intestin. Une heure après l'opération, on pratiqua une saignée du bras ; le malade fut mis à un régime sévère, dut s'abstenir de tous les aliments solides, à l'exception d'une très-légère soupe matin et soir.

Si l'on en croit les chroniqueurs du temps, Félix, malgré son habileté, aurait éprouvé quelque hésitation avant de faire l'incision, à tel point que le malade lui-même dut le rassurer et qu'il en serait resté au chirurgien un tremblement qu'il conserva toute sa vie.

Le bistouri employé par Félix est conservé à la Faculté de médecine de Paris. Il se trouve au musée, armoire 12, tableau 100, numéro 2. Il est de forme assez primitive, se compose d'une lame large d'un centimètre environ, longue de 8 à 10 centimètres, légèrement recourbée et se terminant par un stylet flexible.

Quoique l'opération eût été faite avec toute l'habileté désirable, il existait toujours, dans le trajet fistuleux, des callosités qui nuisaient à la cicatrisation. Les suppuratifs, les fondants, le mercure furent sans résultat. Vingt-deux jours après l'opération, le 7 décembre, Félix dut couper ces callosités.

Le 27 décembre, la plaie se trouvait presque remplie, et le pansement ne consista qu'en charpie et eau vulnéraire.

Mais il restait toujours un peu de dureté près de l'anus, ce qui pouvait nuire à la cicatrisation. Félix, le 1er janvier 1687, scarifia assez profondément cette partie calleuse et appliqua la poudre de précipité rouge, qui fit une escarre assez profonde.

Le 7 janvier, nouvelle et dernière scarification à la lancette et les ciseaux : c'était la cinquième. Application de poudre escarrotique faite avec alun et précipité rouge, mêlés à parties égales. De violentes douleurs s'ensuivirent : il y eut écoulement sanguinolent, dysurie. La plaie fut lavée à l'eau d'orge ; la nuit fut mauvaise.

A partir de ce moment, l'amélioration devint définitive ; les escarres tombèrent, et la cicatrisation fut complète le 14 janvier.

Le 18 février, il y eut un nouvel accès de goutte, et le 15 mars le roi montait à cheval.

Il est assez curieux de connaître l'opinion du premier médecin Daquin sur la nature de cette fistule. Laissons-le parler :

« Cette tumeur n'a jamais esté douloureuse et a eu sa naissance et son progrès sans aucune rougeur ni inflammation. Elle n'a suppuré qu'avec peine ; l'on n'a jamais pu en rien résouldre, et la meilleure partie s'est endurcie et renduë scirrheuse, ce qui fait voir une tumeur d'humeur mélancholique, cruë, froide et indigeste, et telle que sont celles qui ont coustume de former les scirrhes ; et d'aultant qu'elle paraissoit par son indolence avoir peu de sel et d'acrimonie, et que d'ailleurs l'on ne lui a pas laissé faire un grand séjour, puisque peu de jours après avoir paru, la tumeur fut ouverte ; il est difficile de con-

cepvoir de quelle manière le boïau a esté percé, et pour n'en faire aulcun jugement doubteux, il vaut mieux croire qu'il l'a esté avant que la tumeur ait paru et que le vaisseau chargé de l'humeur qui l'a produitte, venant du dedans de l'intestin, s'est trouvé inséré dans les plis de l'anus et en a traversé les membranes jusques au milieu du périnée... »

Et ces lignes sont signées de Daquin ! Comme Molière connaissait bien les médecins de son temps...

Louis XIV gratifia royalement ses chirurgiens et ses médecins. Le chirurgien Félix eut cinquante mille écus, Daquin cent mille livres, Fagon quatre-vingt mille livres, Bessières quarante mille livres. Les quatre apothicaires reçurent chacun douze mille livres, et La Raye, garçon du premier chirurgien, reçut quatre cents pistoles ou quatre mille livres.

Bien que l'opération de la fistule à l'anus par incision ait été indiquée depuis longtemps, elle était tombée dans l'oubli, à cause de la crainte d'accidents sérieux, tels que hémorrhagies, incontinence des matières fécales. Aussi les gens affectés de cette triste infirmité préféraient-ils garder leur fistule, plutôt que de s'exposer à des accidents plus graves. La fistule de Louis XIV a changé la face des choses.

Celse, qui vivait du temps d'Auguste, est cependant bien précis dans ses indications (1). — Il parle de couper la fistule à l'aide d'un fil passant par les deux ouvertures; mais le moyen qu'il préfère est l'emploi du bistouri, surtout quand la fistule est complète. *In hæc genera demisso specillo, duabus lineis incidenda cutis est ; ut media inter eas habenula tenuis admodum ejiciatur, ne protinus oræ coeant.* (Dans cette espèce, on introduit une sonde, puis on incise la peau sur deux lignes, et l'on enlève la petite bride qui les sépare pour empêcher les bords de se réunir.)

Félix s'était exercé pendant quelques mois avant de se risquer à opérer son souverain ; c'est ce qui explique l'émotion qu'il éprouva avant l'opération. Félix mourut le 25 mai 1703, à l'âge de cinquante ans, riche et honoré, mais ne laissant aucun écrit. Il eut pour successeur Georges Mareschal, chirurgien de la Charité de Paris, qui, en 1696, avait été déjà en consultation auprès du roi, affecté d'un abcès à la nuque. Mareschal avait une réputation considérable comme chirurgien et avait simplifié l'opération de la taille par le grand appareil. En 1701, le premier médecin Fagon, vieux, asthmatique, bossu, décharné et très-délicat, et de plus sujet aux attaques d'épilepsie, d'après Saint-Simon, était affecté de la pierre. Fagon fut taillé par Mareschal et guéri. Saint-Simon nous rapporte que l'opéré reçut du roi, à cette occasion, « cent mille francs » : il ne nous dit pas ce qui fut donné à l'opérateur. Mais deux ans après, à la mort de Félix, ce fut Mareschal qui fut élevé au rang de premier chirurgien du roi, charge qu'il conserva sous Louis XIV et Louis XV. Fagon ne dut pas être étranger à cette nomination.

L'histoire médicale, à cette époque, nous fait voir — malgré la suprématie que les médecins voulaient prendre sur la corporation des chirurgiens — combien était grande la différence du savoir des uns et des autres, différence tout à l'avantage des chirurgiens.

Dr A. Corlieu. — (*France médicale.*)

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur A. Muron, ancien interne des hôpitaux, préparateur du cours de physiologie de la faculté, décédé le 15 mars 1874.

(1) Liv. VII, chap. IV, 4.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance publique annuelle de l'Académie de médecine, qui se tient habituellement à la fin de décembre, a été reculée cette année de plusieurs mois. Elle a eu lieu hier avec son petit cérémonial ordinaire, ni plus, ni moins, et conformément au programme convenu, rapport sur les prix et éloge académique.

La tâche de rapporteur, tâche rendue difficile et ingrate par cette sorte de solennité même qui lui est donnée, est incombée à M. H. Roger. Le disert secrétaire annuel s'en est tiré le mieux possible assurément, semant çà et là les traits d'esprit sur la monotonie ou l'aridité des sujets, un peu compendieusement, toutefois, au gré des personnes qu'attirait surtout la perspective du morceau oratoire. Mais la justification des décisions de l'Académie à l'égard des compétiteurs avait ses exigences, dont il faut tenir compte; et puis, comment résister à l'effet que devait produire, sur une partie de l'assistance, un sujet tel que celui du prix d'Ourches, où les tableaux les plus lugubres, les plus émouvantes évocations se mêlaient aux plus piquantes anecdotes, parfois même aux détails les plus grotesques, et qui réservait, d'ailleurs, des surprises, même aux esprits les plus malins !...

Nous aurons à revenir sur le prix d'Ourches. Bornons-nous aujourd'hui à féliciter l'un de nos plus chers et plus éminents collaborateurs discrètement couronné sous le pseudonyme de Pierre Durand.

Mais arrivons à l'éloge. Louis, cette grande personnification du travail austère et du culte désintéressé de la science, l'une des gloires médicales les plus pures et les plus incontestées de notre époque, Louis avait déjà reçu de deux de ses élèves les plus affectionnés, M. Barth, dans une allocution à l'Académie, M. Woillez, dans une notice publiée l'année dernière, le tribut d'admiration et de reconnaissance auquel il avait tant de droits de leur part. M. J. Béclard, en sa qualité de panégyriste et de juge, ne lui devait que la vérité. Mais l'impartialité la plus rigoureuse, la plus stricte équité, n'avaient rien à retrancher, rien à désavouer des appréciations inspirées par l'amitié.

Tout est sérieux, tout est grave dans cet éloge, comme l'homme même qui en est l'objet, comme la nature des travaux auxquels il avait voué la plus belle partie de sa vie. Aussi toute la première partie de ce discours où l'orateur avait à exposer les détails peu variés de cette laborieuse et rude existence partagée, de longues années durant, entre la salle d'hôpital et la salle d'autopsies, est-elle empreinte d'un ton sévère et froid qui n'exclut pas l'intérêt assurément, mais qui était peu propre à émouvoir et surtout à électriser l'attention. Mais l'assistance devait se trouver en face de ce discours comme on se trouvait en face de son héros lui-même. Contenu par le froid respect qu'inspirait la physionomie sévère du savant, il ne s'agissait que de rompre une fois cette glace pour se sentir attiré et puis irrésistiblement attaché par les plus nobles et les plus belles qualités du cœur. Aussi, quand M. Béclard, après le jugement de l'œuvre, en est arrivé au jugement de l'homme et qu'il s'est vu en présence de ce beau caractère, a-t-il trouvé en abondance les expressions heureuses et les accents émus qui ont été droit au cœur et qui ont rencontré les plus sympathiques échos dans tout l'auditoire.

Entre ces deux périodes de son discours, M. Béclard a placé une savante dissertation sur la méthode numérique, qui ne pouvait manquer d'y figurer évidemment. Que de discussions cette méthode n'a-t-elle pas suscitées qu'on eût pu si aisément éviter, si partisans et adversaires n'avaient également exagéré et, partant, faussé le véritable point de vue de la question ; les uns en élevant à la hauteur d'une méthode logique et scientifique ce qui n'est qu'un des procédés de la logique générale, applicable seulement à certains éléments et à de certaines conditions, et en lui demandant plus et autre chose que ce qu'il est en son pouvoir et dans sa nature de donner ; les autres en refusant, sous le prétexte de la complexité et de l'infinie variabilité des phénomènes qui sont l'objet de leur étude, le concours d'une opération à laquelle ils ne peuvent se soustraire et qu'ils n'accomplissent qu'à leur corps défendant et avec des résultats d'autant plus incertains qu'ils se font avec moins de précision.

C'est dans ce milieu d'équilibre difficile que M. Béclard a cherché à se maintenir, faisant justement ressortir les services que rend la statistique comme auxiliaire seulement, mais auxiliaire infaillible de toute recherche scientifique, mais trop oublieux, à notre avis, de signaler les dangers d'une fausse application, dangers d'autant plus grands qu'ils sont en raison même de la rigueur plus absolue et de l'infaillibilité du procédé.

Nous ne doutons pas, d'ailleurs, que nos lecteurs ne lisent avec le plus grand intérêt cette belle dissertation.

Dr BROCHIN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle du 17 mars 1874.

PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL

M. H. ROGER, secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les prix décernés en 1873.

Prix de l'Académie. — [Faire l'histoire de la résection des os, dans leur continuité, à la suite de coup de feu (à l'exception des résections articulaires)], de la valeur de 1,000 francs, décerné à M. le docteur Gustave Puel, de Figeac (Lot).

(Les prix Portal, de Civrieux, Capuron et Barbier n'ont pas été décernés.)

Prix Ernest Godard, de la valeur de 1,000 francs. — Il a été décerné, à titre de récompense :

1° Une somme de 700 francs à M. le docteur Poncet, médecin-major, auteur du travail intitulé : *Du mal perforant;*

2° Une somme de 300 francs à M. le docteur Félizet, de Paris, pour ses *Recherches anatomiques et expérimentales sur les fractures du crâne.*

Prix Amussat, de 1,000 francs, décerné à M. le docteur Jacques Reverdin, de Genève, pour son mémoire *Sur la greffe épidermique.*

Prix Itard, de la valeur de 2,700 francs.— L'Académie a accordé, à titre de récompense :

1° Une somme de 1,000 francs à M. le docteur Armieux, médecin principal, pour son mémoire intitulé : *Études médicales sur Baréges.*

2° Une somme de 500 francs à M. le docteur Deroubaix, de Bruxelles, pour son *Traité des fistules uro-génitales de la femme.*

Prix d'Ourches. — Le prix de 20,000 francs n'a pas été décerné. La somme de 5,000 francs représentant le second prix, a été partagé de la manière suivante :

1° 2,000 francs à M. le docteur J. E. Molland;
2° 1,000 francs à M. le docteur Linas;
3° 1,000 francs à M. le docteur P. Durand;
4° 500 francs à M. le docteur Martenot de Cordoue;
5° 500 francs à M. le docteur J.-F. Larcher.

Des mentions honorables ont été accordées à MM. les docteurs Crimotel, Ernest Weber, Paul Levasseur et Poncet.

ÉLOGE DE M. LOUIS

M. J. BÉCLARD, secrétaire perpétuel, donne lecture de l'éloge de M. Louis :

Messieurs,

Durant les jours de deuil que nous venons de traverser, des vides cruels se sont faits dans nos rangs. Nous sortions à peine de ces douloureuses épreuves, qu'un confrère éminent, l'une des lumières de notre science, l'une des plus belles parures de notre compagnie, était enlevé à la médecine qu'il honorait depuis un demi-siècle. J'ai hâte de rendre à cette vie glorieuse et pure, à ce beau et noble caractère l'hommage qui lui est dû.

Arrivé au terme d'une longue carrière, M. Louis a quitté ce monde comblé d'années. Quand la mort est venue le surprendre, son œuvre était depuis longtemps achevée, et depuis longtemps on pouvait reconnaître dans les travaux de ses contemporains et dans ceux de ses successeurs les visibles empreintes de son passage.

Lorsqu'il parut, les esprits abusés par de séduisantes promesses s'abandonnaient, une fois encore, à l'une de ces ambitieuses synthèses qui nous ont trop souvent égarés; conceptions personnelles, parfois marquées au coin du génie, mais toujours étroites et bornées. M. Louis repoussa d'instinct le joug dominateur. De bonne heure il distingua clairement que la médecine ne saurait avoir d'autre philosophie, d'autre méthode que celle des sciences naturelles ses sœurs. Armé d'une ferme volonté, laborieux, persévérant, infatigable, il s'engage à la recherche des sources de la connaissance. Avec une patience, ce n'est pas dire assez, avec une ténacité invincible, il s'attache aux fondements mêmes de notre science, remet en honneur l'observation, lui trace des règles sévères et fait en quelque sorte de l'art d'observer une méthode nouvelle.

Louis (Pierre-Charles-Alexandre) naquit dans la petite ville d'Aï, en Champagne, le 14 avril 1787. Il avait six ans quand il perdit son père. Commencée dans la maison maternelle, son éducation se termina dans un pensionnat de Paris. D'abord destiné au barreau, un instant clerc d'avoué, rue Mazarine, il abandonne presque aussitôt la carrière du droit. Nous le retrouvons à Reims chez M. le docteur Noël, médecin de l'hôpital de cette ville. Chaque jour il assiste à sa visite, et c'est au lit du malade qu'il reçoit les premières leçons. Une année s'était à peine écoulée qu'il partait pour Paris, recommandé à l'un des médecins de l'hôpital de la Charité, M. Lerminier, enfant de Reims, ami de son premier maître et connu par sa thèse sur les crises et par son désintéressement.

Depuis longtemps la mère de M. Louis s'était remariée, d'autres enfants étaient nés; l'avenir apparaissait avec ses nécessités impérieuses; il fallait sans tarder songer au diplôme. En 1813 M. Louis soutenait sa thèse de docteur; il avait alors vingt-six ans.

A Paris, les débuts d'un jeune médecin ne sont pas toujours faciles. Après une courte tentative, M. Louis, découragé, retourna dans sa ville natale. Déjà il avait conçu la pensée d'aller s'établir à Constantinople, lorsqu'une rencontre fortuite vint changer, sinon le cours de ses résolutions, du moins le but de son voyage.

Élevé en Russie pendant l'émigration, M. le comte Armand de Saint-Priest y avait épousé une princesse Galitzin et était devenu gouverneur de Kherson et de Podolie. Au retour d'un voyage à Paris, il traversait la Champagne et s'arrêtait au bourg d'Aï; il y rencontre M. Louis, dont il connaissait la famille, s'informe, l'interroge, apprend son embarras et lui propose de l'attacher à sa personne. L'offre est acceptée sur l'heure, et le soir même les voyageurs se mettent en route.

Durant les premières années de son séjour en Russie, l'existence de M. Louis est toute remplie par de longs voyages au travers des immenses plaines qui séparent l'ancienne Pologne des gouvernements de Moscou et de Saint-Pétersbourg. C'est à la suite d'une excursion à Odessa, que M. Louis, devenu libre, se fixe dans cette ville, et commence à se livrer à la pratique de son art. La fortune lui sourit, une nombreuse et brillante clientèle se presse autour de lui. Bientôt ce sera la richesse. Mais il y a sept ans qu'il a quitté la France; ce long exil lui pèse, et d'ailleurs il est devenu moins nécessaire. Il reprend le chemin de la France et arrive à Paris vers le milieu de l'année 1820.

Les premiers fruits de son travail lui ont rendu la possession de lui-même, il pourra mettre à exécution un rêve depuis longtemps caressé. L'exercice de la médecine pourrait le distraire de son projet, il y renonce; et pour ne pas perdre un instant il s'enferme dans un petit entre-sol qu'on lui concède à l'hôpital de la Charité, sur la demande de son ami, M. Chomel, dont le service hospitalier lui est ouvert. Pendant six années consécutives, il relève jour par jour l'histoire de tous les malades, pratique toutes les autopsies, et recueille ainsi plus de deux mille observations.

M. Louis fait connaître d'abord quelques-uns des résultats de ses ouvertures cadavériques, et dès ces premiers travaux apparaît la rigoureuse méthode d'observation unie à la précision du chiffre. Puis, mettant en œuvre les matériaux les plus importants de ses recherches, il les partage en deux groupes : les maladies chroniques, les maladies aiguës. Dans le premier de ces groupes une maladie domine : la phthisie. C'est sur elle qu'il concentre d'abord son attention. « On sera surpris peut-être, dit-il, de voir publier des recherches sur la phthisie à la suite des travaux récents de Bayle et de Laennec qui semblent n'avoir rien laissé à faire à leurs successeurs, aussi avons-nous un autre but. » Le but de M. Louis, c'est de montrer que dans le cours de la phthisie, de même que dans le cours des autres maladies chroniques, un grand nombre d'organes sont plus ou moins altérés, un grand nombre de fonctions plus ou moins troublées, et que par conséquent l'histoire de cette maladie est encore incomplète. « Notre méthode, ajoute-t-il, est longue et pénible, mais elle est sûre. »

Les *Recherches sur la phthisie* parurent en 1825; elles ouvrirent à

M. Louis les portes de l'Académie. Cet ouvrage repose sur l'étude de 167 malades observés pendant leur vie et après leur mort. La fréquence relative des altérations constatées dans les divers organes y est formulée en chiffres. « Dans le dixième des cas, dit-il, il y avait avec les tubercules pulmonaires une inflammation des poumons et des plèvres avec épanchement; dans le tiers des cas, des ulcérations de la trachée; dans le cinquième, des ulcérations du larynx; dans le quart, une tuberculisation des ganglions du mésentère. » L'ensemble de son travail peut se résumer dans les deux propositions suivantes, qui ne souffrent guère d'exception. « Les tubercules pulmonaires siégent primitivement au sommet des poumons. — Quand on rencontre des tubercules dans un organe, il en existe aussi dans le poumon. »

Il est une classe de maladies à manifestations nombreuses et variées, maladies groupées entre elles plutôt d'après les apparences dominantes qui les révèlent aux yeux que par la connaissance précise de leur évolution pathogénique, et dont le mouvement fébrile est le caractère commun : telles sont les fièvres ou pyrexies. Dans les premières années du siècle passé, un célèbre médecin, Chirac, s'était efforcé d'abaisser les barrières qui les séparent des phlegmasies. S'il n'a pas justifié l'épigraphe quelque peu ambitieuse placée au seuil de son livre : *Exegi monumentum ære perennius*, il a du moins nettement indiqué la voie qu'il ne lui a pas été donné de parcourir. Dans son *Traité des fièvres malignes*, il protestait contre l'expression peu scientifique de *malignité*, et déclarait que la médecine fébrile, pour employer son langage, doit s'élever sur les recherches cadavériques. Chirac intitulait le premier chapitre de son ouvrage : « De la nécessité de rechercher les causes des maladies dans les observations anatomiques et dans les altérations sensibles des organes du corps et des fluides qu'ils contiennent », formulant ainsi le programme d'une science nouvelle dont Morgagni devait, trente ans plus tard, jeter les premiers fondements.

Tandis que, répondant à ce besoin de certitude, la science des lésions morbides accumulait les découvertes et soumettait l'étude clinique des maladies locales, dont l'appareil fébrile n'est en quelque sorte que le reflet, au rigoureux contrôle de l'anatomie, elle n'éclairait pas d'une égale lumière le difficile et obscur problème des fièvres. Lorsqu'en 1798 Pinel substitua dans sa *Nosographie philosophique* aux expressions usitées de fièvres inflammatoires, bilieuses, pituiteuses, putrides et malignes, les dénominations plus rigoureuses en apparence, de fièvres angéioténiques, méningo-gastriques, adéno-méningées, adynamiques et ataxiques, sa tentative, à vrai dire, ne dépassait guère les limites du néologisme, tout au plus pouvait-il se flatter d'avoir marqué d'un trait plus juste ou plus vif les circonstances principales de la maladie. Lorsqu'on lit son ouvrage, il est aisé de se convaincre qu'il ne voit dans ces diverses espèces de fièvres que des troubles fonctionnels indépendants de toute lésion, et ne laissant dans les organes aucune altération à laquelle on puisse les rattacher. L'ancienne doctrine des fièvres essentielles s'impose à sa classification aussi bien qu'à sa pensée.

Prost, il est vrai, dans un remarquable ouvrage publié en 1804, et, dix ans plus tard, MM. Petit et Serres avaient appelé l'attention sur l'existence des altérations intestinales dans certaines formes graves de la fièvre que ces derniers avaient même désignée sous le nom caractéristique d'entéro-mésentérique. Mais cette maladie était considérée comme une variété exceptionnelle. Dans la dernière édition de la *Nosographie*, à la date de 1818, rien n'est changé au tableau pyrétologique. La fièvre entéro-mésentérique prend place sous forme d'appendice à la suite des fièvres primitives, comme une maladie signalée déjà par Rœderer et Wagler cinquante ans auparavant; et, dans la pensée de Pinel, cette variété nouvelle semble appartenir plutôt à la classe des maladies inflammatoires qu'à celle des fièvres. Broussais devait s'emparer de cette idée, la retourner contre Pinel, et supprimer les fièvres du cadre nosologique en les absorbant dans la doctrine de l'inflammation.

Les lésions intestinales des fièvres ne pouvaient échapper aux consciencieuses et persévérantes recherches de M. Louis. Il en constata l'existence, en fixa la nature et le siége avec une perfection que nul encore n'avait apportée à cette étude. Il montra qu'elles ont leur lieu d'élection sur les follicules agminés de l'intestin grêle et dans les ganglions du mésentère; qu'il importe de les distinguer des altérations communes aux phlegmasies proprement dites de l'intestin; que s'il n'est pas permis d'affirmer que ces lésions soient la cause première de la fièvre, elles en sont tout au moins la manifestation commune, car on les retrouve non pas seulement dans telle ou telle forme de fièvre, mais dans toutes les fièvres continues à forme grave de notre pays. Puis, sous le lien de cette lésion caractéristique, rassemblant en un même faisceau les diverses expressions des fièvres graves, il leur imposa la dénomination commune sous laquelle nous les connaissons aujourd'hui. Si M. Louis n'a pas découvert les caractères anatomiques des fièvres, ce qui lui appartient en propre c'est la création de l'unité morbide désignée sous le nom de fièvre typhoïde, l'une des plus belles conquêtes de la médecine française.

Ce qui imprime à l'œuvre de M. Louis son véritable caractère, ce qui l'élève au rang des vérités impérissables, c'est qu'elle découle naturellement de ses pénétrantes investigations, c'est qu'elle en est pour ainsi dire la conclusion forcée. Mais aussi, que de recherches ! que de matériaux accumulés, et avec quelle attention scrupuleuse il en examine la valeur ! de quelles précautions il s'entoure !

Pour n'être pas distrait de ce travail il se réfugie à Bruxelles et s'enferme avec ses notes. De crainte de s'égarer il dispose ses observations sous forme de tableaux. Pour n'en point fausser l'expression, il donne aux faits la parole. Cette œuvre préparatoire dure quatre mois. C'est alors seulement qu'il prend la plume.

Au bout d'une année, M. Louis revenait à Paris, ne connaissant guère de Bruxelles que la rue qu'il habitait. Il avait à peine repris sa place au milieu de nous que la fièvre jaune éclatait à Gibraltar. Le gouvernement français donnait à MM. Chervin et Trousseau la mission d'aller étudier le fléau, et priait l'Académie de désigner elle-même un de ses membres pour compléter la commission. Le choix de l'Académie s'arrêta sur M. Louis. Le 1er novembre 1828 il se mettait en route. Au printemps de l'année suivante il rentrait en France après une absence de cinq mois. Ainsi que M. Trousseau, M. Louis avait ressenti les atteintes du mal. Comme il avait vu de près les choses, il rapportait sur l'origine américaine de l'épidémie et sur son mode de propagation une opinion alors vivement combattue, mais à laquelle l'évidence des preuves devait ramener plus tard les convictions les plus rebelles.

Peu après son retour d'Espagne, M. Louis fut nommé médecin de la Pitié. Ses conférences cliniques ne tardèrent pas à attirer un nombreux concours d'auditeurs. Sa réputation grandit rapidement. Esprit logique, rigoureux, dégoûté de bonne heure du peu de précision qu'on rencontre trop souvent dans le langage de la médecine, M. Louis conçut la pensée d'y introduire l'exactitude. « Trop longtemps on a recueilli des faits incomplets; toutes les fonctions de l'être malade n'ont pas été interrogées; quand il a succombé, tous les organes n'ont pas été examinés. La maladie est un problème dont la solution ne peut être fournie que par l'étude de tous les appareils fonctionnels durant la vie, que par l'état de tous les organes après la mort. » Ainsi s'exprime M. Louis dans l'introduction qui précède les *Mémoires de la Société médicale d'observation*. Observer n'est pas chose facile; on ne saurait y apporter trop de soins. Un pareil examen suppose un long apprentissage, une grande patience, une entière abnégation; il faut pouvoir s'y abandonner sans partage. « Quand je commençai, dit M. Louis, à me livrer d'une manière suivie à l'observation des malades, je fus tout à la fois un objet de surprise et de pitié, au point qu'il me fallut quelque courage pour affronter ce double sentiment. »

Cette tâche lui apparut comme la plus pressante; elle est pénible, ingrate même, en apparence; mais rien ne peut être fait sans elle, et c'est par elle qu'il faut commencer; il y dévouera sa vie. D'autres viendront plus tard auxquels il transmettra le flambeau. Il groupe autour de lui une élite d'hommes jeunes, actifs, déjà expérimentés pour la plupart, et c'est ainsi que naquit la *Société médicale d'observation*.

M. Louis ne s'est pas proposé de trouver autre chose que ses prédécesseurs; il a pensé qu'il était pour le moins aussi utile d'asseoir sur des preuves nouvelles des vérités douteuses que de se mettre en quête des voies cachées de la découverte qu'on rencontre la plupart du temps sans les chercher, ainsi qu'il lui arriva plus d'une fois à lui-même. Il n'a eu d'autre prétention que de remplacer une méthode

vague et incomplète par une méthode plus exacte et plus précise. Dégagé de toute doctrine et de tout système, son indépendance, on pourrait presque dire son indifférence sur ce point, était la garantie assurée de sa bonne foi et de son impartialité. M. Louis s'est constamment efforcé de substituer aux données de l'observation personnelle, souvent trompeuse et sans utilité commune, des expressions chiffrées dont la valeur fût la même pour tout le monde.

Dans une science d'observation et d'expérience, comment refuser à la statistique la place légitime qui lui appartient ? Pourrait-il exister une science en dehors des faits observés, enregistrés, comptés ? Nous comptons tous ; on a toujours compté. Ceux qui prétendent que cela n'est pas nécessaire ne disent-ils pas chaque jour : Tel fait est rare, tel autre fréquent ; j'ai vu ceci souvent, quelquefois ; toutes expressions qui supposent un calcul mental ? Celui qui ne compte pas raisonne absolument comme celui qui compte ; mais il y a entre eux la distance qui sépare une notion claire, exacte, évidente, d'une affirmation douteuse, incertaine.

Assez de chances d'erreur nous environnent pour qu'il ne soit pas superflu d'en réduire le nombre. Au lit du malade, quel est le médecin qui ne cherche à se rappeler les cas semblables qu'il a rencontrés aussi bien que les moyens dont il a constaté les résultats heureux ? Si, au lieu d'invoquer de vagues souvenirs, il peut les fixer d'une manière qui ne laisse aucune prise au doute, son jugement ne sera-t-il pas mieux établi et la détermination qu'il doit prendre plus éclairée ? Compter les faits, représenter par des nombres la fréquence ou la rareté des phénomènes, les modes suivant lesquels ils se succèdent ou s'associent, n'est-ce pas substituer la réalité chiffrée aux lacunes, aux complaisances de la mémoire, et apporter à la faiblesse de notre esprit un appui nécessaire ?

Tout cela est d'une évidence trop claire pour être mis en doute. Ce qu'on conteste, c'est bien moins la méthode elle-même que les conséquences qu'on en tire. Les règles mathématiques sont-elles de mise dans notre science ? La méthode numérique est-elle applicable à la thérapeutique ? peut-elle l'éclairer ? En un mot, est-il raisonnable, est-il utile, ou bien, au contraire, est-il irrationnel et dangereux de compter en médecine et de déduire de cette numération les conséquences qui en découlent. Telle est toute la question.

Si la méthode numérique se bornait uniquement, ainsi qu'on le lui a quelquefois reproché, à dresser des inventaires, à accumuler sans fin des matériaux stériles, la question ne pourrait pas même être posée. Mais si cette méthode représente, ce qu'elle est en réalité, un procédé destiné à rendre l'observation plus rigoureuse, on ne voit pas trop comment le rapprochement et la comparaison des choses observées pourrait être sans utilité pour la connaissance des moyens qui soulagent et qui guérissent. Pour distinguer entre divers modes de traitement celui auquel il convient de donner la préférence, serait-ce peine perdue que de bien observer, d'observer longtemps, d'observer beaucoup, puis de comparer et de compter ?

Mais, dit-on, les maladies ne sont pas des unités simples, des quantités comparables et de même valeur. Chacune d'elles représente une série d'actes morbides variables chaque jour, à chaque heure, presque à chaque instant ; la maladie d'aujourd'hui n'est pas la maladie d'hier ; la maladie de Pierre n'est pas la maladie de Paul ; deux maladies ne se ressemblent pas plus parce qu'elles ont la même étiquette que deux personnes parce qu'elles portent le même nom, et il est aussi impossible de trouver deux maladies semblables que de rencontrer sur un arbre deux feuilles identiques.

Quelle serait la conclusion logique de ce raisonnement ? C'est qu'il n'y a pas de maladies, mais seulement des malades, ce qui n'apprendrait rien à personne. Est-il donc impossible dans notre science de s'élever du particulier au général, du malade à l'idée de maladie ? Si l'observation d'aujourd'hui ne peut éclairer l'observation de demain ; si c'est une œuvre vaine que de grouper des faits, de les compter, de les comparer, que vient faire le médecin au lit du malade, et la médecine est-elle autre chose qu'un jeu de hasard ?

Sans doute, la maladie n'est point une idée concrète, elle n'est point une unité fixe, invariable, identique à elle-même ; mais s'ensuit-il qu'il faille proscrire la prévision numérique dans la solution des problèmes thérapeutiques ? Que représente, en définitive, cet ensemble de signes coordonnés qu'on appelle une maladie, sinon quelque chose d'analogue aux caractères du genre dans les classifications artificielles aussi des autres sciences de la nature ? Si les maladies ne sont pas des quantités mathématiques, elles sont de l'ordre des unités dites naturelles, et cela suffit.

Pour s'élever du particulier au général, il faut, il est vrai, des faits nombreux, observés en divers lieux, en divers temps ; un seul observateur ne saurait toujours suffire à cette tâche. Mais le principal mérite de la méthode numérique, n'est-ce pas précisément d'être une méthode impersonnelle ? Non-seulement elle accepte, mais elle réclame le concours de tous.

C'est le propre de la loi des grands nombres de dissimuler les différences et les irrégularités ; balancées, compensées les unes par les autres, elle disparaissent dans le quotient. Les moyennes de la statistique ne sont que des quantités idéales, mobiles, perfectibles, toujours provisoires. Tel est, en effet, le vice originel de toutes les moyennes. Mais si cette notion n'a qu'une valeur de convention, peut-on dire qu'elle est sans utilité ? Ne permet-elle pas de resserrer l'erreur dans les limites de plus en plus étroites ? Si l'on n'atteint pas ainsi la vérité, c'est du moins le seul moyen de s'en rapprocher.

Nous avons souvent été frappés de l'impression fâcheuse que produisent certains mots, comme s'ils étaient autre chose que l'enveloppe des idées. Ne nous laissons pas émouvoir par eux. La moyenne ne représente qu'une quantité arbitraire, soit ; elle n'en renferme pas moins un sens caché qu'il appartient à l'observateur de dégager.

En regard d'observations nombreuses recueillies pendant de longues périodes, quand on voit apparaître des résultats toujours les mêmes, il n'est pas possible de ne pas reconnaître dans cet enchaînement nécessaire la véritable expression des choses. Par elle-même, la statistique ne rend compte de rien ; mais, en plaçant les faits à leur rang, elle leur donne leur signification, dévoile les lois de leur filiation et conduit ainsi à la probabilité. La probabilité suppose la statistique et n'existe que par elle.

Dans notre pays, où l'on sait mieux attaquer que se défendre, on exagère volontiers pour les compromettre les idées qu'on veut combattre. Les adversaires de la méthode numérique n'ont pas manqué de pousser les choses à l'extrême. On a dit de cette méthode qu'elle ne s'élevait pas au-dessus du chiffre et qu'elle réduisait l'art à des additions. D'autres nous ont montré ses disciples tellement épris de la vertu du nombre qu'ils semblaient y chercher plus encore que la mesure et la règle des phénomènes. Peu s'en fallut qu'on les soupçonnât de confondre le réel avec de purs rapports, de tirer le concret de l'abstrait, et de placer dans le nombre lui-même, à l'exemple de l'école de Pythagore, le principe de toute vérité et l'essence même des choses.

Puis, opposant la méthode numérique à la méthode inductive, on a voulu y voir deux procédés non pas seulement différents, mais opposés, comme si la statistique en médecine pouvait être autre chose que l'instrument inséparable de la méthode inductive, comme si dans les sciences fondées sur l'observation et l'expérience, il pouvait y avoir d'autres moyens de connaître que la méthode inductive elle-même. La méthode numérique ne mérite pas ce reproche : elle a été entre les mains de M. Louis ce qu'elle est dans toute recherche scientifique, un auxiliaire infaillible, destiné à rendre l'induction plus légitime en lui donnant une base plus assurée. La méthode numérique n'est point un procédé nouveau ; elle n'est point une méthode logique indépendante, mais l'énonciation pure et simple du principe universel de l'expérience, et l'expérience médicale n'a rien qui la distingue de l'expérience commune.

Quant à l'induction elle-même, elle est aussi ancienne que l'esprit humain, et les philosophes ne l'ont point inventée. Toute relation constatée entre les phénomènes qui frappent nos sens est invinciblement transportée sur les êtres ou les objets semblables, en vertu d'un jugement primitif et nécessaire de la raison humaine. L'induction ne reconnaît point d'intermédiaire entre les choses et la raison ; elle met directement notre intelligence aux prises avec la réalité et élève notre esprit de la connaissance des phénomènes à celle des lois qui les contiennent. Le principe de l'induction se confond ainsi avec celui de la causalité. L'expression la plus haute et la plus complète de l'induction, c'est que le hasard et le surnaturel n'ont point de place dans l'univers. Les jeux de la nature ne sont que jeux de notre

esprit; et quand nous opposons le mouvant tableau de la nature animée à l'apparente immobilité du monde physique, ce n'est là qu'une commode antithèse au service de notre faiblesse. L'ensemble des choses est assujetti à un plan, à une règle, c'est-à-dire à une loi universelle d'où découlent les lois particulières que nous révèle l'expérience.

Un de nos éminents collègues, penseur profond autant que brillant écrivain, l'a dit depuis longtemps : « La méthode inductive est impliquée dans tout exercice de l'intelligence, dans tout jugement, dans tout raisonnement; elle est la logique universelle, laquelle se sert d'une multitude de procédés d'information, suivant le but qu'elle veut atteindre, procédés au nombre desquels se trouve à son rang la méthode numérique elle-même, qui loin d'être ainsi sa rivale ne peut être que sa suivante ou son instrument (1). »

Pour reconnaître en M. Louis un fidèle disciple de l'induction, il suffit de voir où sa méthode l'a conduit, et de mettre les préceptes qu'il a donnés en regard des trois règles dans lesquelles se résume toute la logique de l'induction de Bacon. A ceux qui les auraient oubliées nous rappelons ces trois règles telles qu'elles ont été formulées dans les célèbres tableaux du *Novum Organum*. Ce sont d'abord les tableaux de présence (*tabulæ præsentiæ*) qui renferment tous les cas où l'on observe une certaine propriété, un certain phénomène; viennent ensuite les tableaux d'absence (*tabulæ absentiæ*), où se trouvent énumérés tous les cas où le phénomène n'a pas été observé, et, enfin, les tableaux de comparaison (*tabulæ comparationis*).

Ces tableaux ne rappellent-ils pas trait pour trait ceux qui forment l'introduction et comme le canevas des deux plus belles œuvres de M. Louis? N'est-ce pas volontairement chargé de ces entraves salutaires qu'il s'est élevé de l'observation des faits particuliers à la connaissance des faits généraux, c'est-à-dire dans l'espèce, de la constatation et de la comparaison des éléments pathologiques à la détermination des composés morbides ?

Mettre en opposition la médecine d'observation, celle qu'on apprend au lit du malade, celle qu'ont illustrée nos maîtres, et M. Louis au premier rang, avec la médecine expérimentale poursuivie avec tant d'ardeur dans nos laboratoires de recherches; tel est le thème du moment. Ce n'est là regarder qu'à la surface des choses. Que cette jeune rivale, impatiente du joug, que cette préférée du jour, toute pleine de séduction et de promesses, oubliant la réserve qui convient à son âge, montre parfois trop peu de souci du passé et trop de confiance en elle-même, qu'importe? Affirmer que la médecine n'est pas fatalement condamnée à n'être qu'une science conjecturale, chercher à dépasser les bornes de la probabilité, est-ce donc une ambition démesurée? Au fond de ces brillants efforts et de ces laborieuses espérances, n'y aurait-il qu'une illusion trompeuse ?

Qu'est-ce d'ailleurs que l'expérience, sinon l'observation provoquée, dirigée, disciplinée? Expérimenter, qu'est-ce, sinon placer entre celui qui observe et le phénomène observable des intermédiaires variés, précis, rigoureux, admirables créations du génie de l'homme, guides éprouvés qui ouvrent à l'observateur tout un monde inconnu? Ce qu'ils pouvaient atteindre, nos devanciers, nos maîtres de tous les temps, l'ont vu comme nous, avant nous. Les aphorismes des pères de la médecine, ces expressions de la maladie si admirablement surprises et fixées dans quelques formules saisissantes, n'ont rien perdu de leur autorité séculaire. Mais ce n'est pas tout d'écouter la nature, il faut l'interroger; trop souvent elle garde le silence, il faut lui arracher ses secrets. Comme le fruit naît de la fleur, l'expérience est sortie de l'observation.

A l'aide des instruments de recherches que la science moderne a mis entre nos mains, des barrières jusqu'ici infranchissables ont été abaissées et les champs de la découverte n'offrent de toutes parts que des horizons sans limites. Sachons cependant mettre un frein à nos aspirations. Quelque puissant que soit le souffle qui nous emporte, la médecine d'aujourd'hui, comme celle d'hier, comme celle de demain, ne peut se mouvoir que dans le domaine du relatif. Le provisoire, telle est la loi inévitable. Ce que n'ont pas vu ceux qui nous ont précédés, ce que nous ne verrons pas nous-mêmes, d'autres le verront après nous. Notre savoir est peu de chose, ce que nous ignorons est immense, disait Laplace. Ces paroles, on pourra les répéter toujours. L'impénétrable voile derrière lequel se dérobent les grands mystères ne sera pas déchiré tout entier. La science n'est jamais achevée et ne peut l'être, elle ne vit qu'à la condition de se développer sans cesse : la supériorité relative, voilà seulement ce qu'elle peut atteindre. A quelque époque que ce soit les efforts de l'intelligence humaine ont leur valeur et leur prix. Sous peine de nous égarer dans les obscurs sentiers de l'avenir, regardons souvent en arrière. Si l'héritage du passé renferme de la monnaie fausse, les richesses du présent ne sont pas sans alliage, et des œuvres depuis longtemps ensevelies dans l'oubli renferment sous leur enveloppe périssable plus d'un germe de vérité.

Armé de cette forte volonté et de cette laborieuse patience qui sont la marque des grands esprits, pénétré de cette pensée, toujours féconde en ses résultats, que la seule manière de trouver la vérité, c'est de la chercher, M. Louis s'engage, sans hésiter, dans des voies depuis longtemps tracées, et où il semble qu'il n'y ait plus rien à découvrir. Il ne compte ni son temps ni sa peine. Épris du réel, ne s'attachant qu'au fait, il marche droit devant lui, sans dévier de sa route et sans faiblir. Pour se bien assurer des choses et ne rien laisser échapper, il s'enchaîne volontairement dans les liens d'une inflexible méthode, revient sans jamais se lasser sur le chemin où tant d'autres ont passé et qu'il a cent fois parcouru lui-même, retire de l'ombre ce qu'on n'avait pas su voir, et marque ainsi sa place au premier rang des grands cliniciens qui dans la première moitié du siècle ont porté le diagnostic anatomique au plus haut degré de précision et jeté un si vif éclat sur la médecine française.

Alors même que M. Louis n'aurait pas été si complétement appliqué à la rigoureuse observation, il n'y avait pas à craindre qu'il songeât trop à deviner. Esprit non pas timide, mais mesuré, circonspect, éloigné par instinct des tentatives aventureuses, ne recherchant que ce qui peut être pleinement saisi, il n'était pas de ceux qui s'exposent à manquer le but en le dépassant. Les faits se montraient à lui avec d'autant plus de clarté, et il les jugeait d'autant plus sûrement qu'il était dégagé de tout ce qui aurait pu les obscurcir à ses yeux. Recueillis, éprouvés par lui ou par la jeune phalange formée à son exemple, les matériaux mis en œuvre portaient en quelque sorte sa marque et donnaient à ses conceptions le sceau de la personnalité; la conscience de leur solidité était chez lui d'autant plus entière qu'elles risquaient moins d'être pliées par celles des autres.

M. Louis n'est donc pas de ces réformateurs systématiques et passionnés chez lesquels l'imagination et ses œuvres fragiles tiennent tant de place; il doit être rangé au nombre des législateurs pacifiques qui, moins soucieux d'entraîner que de convaincre, s'adressent à la froide raison et tracent dans le code de notre science des préceptes durables.

Tel était l'homme de science, tel se montrait au dehors M. Louis : il en était en quelque sorte la vivante image. On trouverait difficilement dans les médecins de notre époque une figure d'un dessin plus ferme et d'un relief plus puissant. Une physionomie grave, pensive, un front élevé, un regard pénétrant, une attitude droite, calme, contenue, donnaient à sa personne ce charme secret dont les âmes délicates connaissent le pouvoir : moins il cherchait à attirer, plus il retenait fortement.

Les caractères sont rares dans tous les temps. Dans le milieu social où nous vivons, on rencontre trop souvent dans le même homme deux règles de conduite : l'une dont il se vante, l'autre dont il se sert, l'une pour la parade, l'autre pour la pratique de la vie. Serviteur inflexible de la loi morale, M. Louis ne fut jamais incertain sur aucun de ses devoirs. Dédaigneux de l'art, trop perfectionné de nos jours, qui consiste à proclamer en théorie des principes qu'on a toujours de bonnes raisons pour ajourner dans l'application, on ne le vit point descendre à ces habiles compromis, œuvres du calcul ou de la faiblesse, dans lesquels la dignité humaine perd toujours quelque chose. Plus occupé de s'élever dans l'estime des autres et dans l'estime de lui-même que de courir après des honneurs auxquels il eût donné plus de lustre qu'il n'en pouvait recevoir; peu sensible à ces biens que tant d'autres poursuivent avec une insatiable ardeur, M. Louis apparaît comme un véritable sage et comme le type accompli de l'honnête homme.

(1) Peisse.

« Je ne cherche pas à me cacher, mais je n'aime pas à me montrer, » disait au début d'un écrit publié sans nom d'auteur un homme dont l'aimable vieillesse est restée l'un de nos plus anciens et de nos plus vifs souvenirs. La devise du spirituel et vénérable Laromiguière nous est plus d'une fois revenue en mémoire, et nous n'avons jamais vu M. Louis sans nous rappeler la modestie quelque peu fière du philosophe, son éloignement pour le bruit et l'éclat, son profond mépris de l'ostentation.

Pendant les longues années qu'il a siégé parmi nous, plus d'une fois la présidence lui fut offerte. Ce n'est qu'à de vives et pressantes instances qu'il céda enfin. C'était en 1851. Conformément à l'usage, il fut d'abord appelé à la vice-présidence : il devait prendre possession du fauteuil l'année suivante. Sur ces entrefaites de graves événements s'étaient accomplis. La représentation nationale venait d'être brisée; un nouveau pouvoir lui succédait. L'année touchait à sa fin. Certaines obligations allaient s'imposer aux représentants des corps officiels: il ne consentit pas à s'y soumettre. Aux remontrances de ses amis il opposa une de ces résistances qu'aucun raisonnement ne peut vaincre parce qu'elles puisent leur force dans la conscience, et pour ne pas se mêler au cortége de la force triomphante, il rentra dans les rangs dont il n'était sorti qu'à regret. Quelques-uns trouvèrent ses scrupules exagérés, mais chacun les respecta. Les cœurs faibles ne savent que déplorer le mal; il appartient aux forts de savoir oser ce qui est bien.

Peu démonstratif, sobre en paroles, ne se livrant guère en dehors des épanchements de l'intimité, M. Louis cachait un grand fond de timidité sous cette réserve contenue qu'on aurait pu prendre pour de la froideur. Mais, sous cette glace apparente, battait le cœur le plus aimant. On ne pouvait pénétrer dans cette âme sensible, ouverte à tous les sentiments élevés, d'une franchise et d'une droiture à l'épreuve sans en ressentir la salutaire influence.

« Je n'ai pas désiré, écrivait-il, une position supérieure à la mienne, et depuis que j'ai conquis l'indépendance, je n'ai rien demandé de plus à la fortune. » Ce qu'il disait si bien, il le pratiquait mieux encore. Trop oublié de nos jours, l'antique serment d'Hippocrate fut pour lui la règle invariable de ses actions. Le dévouement du médecin lui apparaissait non comme une vertu, mais comme un devoir. Il appartenait à cette élite, l'honneur de notre profession, envers laquelle on s'acquitte bien moins par le prix du service rendu que par la reconnaissance, cette inestimable récompense des grandes âmes.

M. Louis était l'ami le plus sûr et le plus tendre. A ceux qui l'ont connu tout entier, il sut inspirer ces attachements profonds que la mort peut rompre, mais qui laissent dans le souvenir une trace ineffaçable. Partout où il y avait un service à rendre, une infortune à secourir, une douleur à consoler, il accourait le premier. Pour venir en aide à ses élèves et à ses confrères, rien ne l'arrêtait. Sa bourse était largement ouverte, et il savait couvrir ses libéralités des prétextes les plus délicats. Si je ne craignais d'offenser sa mémoire, je pourrais citer ici bien des noms. C'était un besoin pour lui de donner. Dans une note trouvée dans ses papiers, on lit ces mots écrits de sa main : « Le vieillard perd chaque jour quelque chose, mais il peut se consoler de toutes ses pertes s'il lui reste de quoi donner: il est si doux de donner ! » Généreux, même au-delà de la tombe, il léguait en mourant à l'association de prévoyance des médecins de la Seine, l'une des sommes les plus considérables qu'elle ait encore reçues.

M. Louis n'était pas arrivé à l'âge du repos quand il fut frappé dans ses plus chères affections. « Le 14 janvier 1853, dit M. Woillez, dans les pages émues consacrées à la mémoire de son maître, le 14 janvier M. Louis parut à son heure ordinaire à l'Hôtel-Dieu. Son teint était d'une pâleur insolite et sa physionomie d'une profonde tristesse. Il venait de quitter sa première salle de malades, et nous suivions ensemble le passage souterrain de l'hôpital lorsqu'il s'arrêta brusquement, me saisit le bras, et ses larmes faisant explosion : Hier Armand a craché le sang, me dit-il, il est perdu. » Armand... son fils unique ! et, mieux que personne, il connaissait toute la gravité d'un pareil présage. Pourtant, il n'avait pas perdu toute espérance. Mais avec le mois d'octobre arrivèrent de nouveaux accidents. L'hiver approchait, menaçant. Partir au plus vite, chercher un ciel plus clément, telle était la dernière ressource; il s'y rattache avec l'énergie du désespoir, et tout aussitôt le malheureux père et sa fidèle compagne fuyaient emportant leur trésor. Ils s'arrêtèrent à Pau. L'illusion ne fut pas de longue durée; rien ne put conjurer le mal. Penchés nuit et jour sur l'enfant bien-aimé, ils le disputèrent à la mort pendant neuf mois de tortures et d'angoisses. Après une lente agonie il expirait entre leurs bras, à l'âge de dix-huit ans. De retour à Paris, M. Louis voulut rendre lui-même à son fils les derniers devoirs. Aux suprêmes adieux ce fut un spectacle déchirant.

Anéanti par ce coup fatal, courbé sous le poids de cet irréparable malheur, ses dernières années ne furent plus que de longs jours d'amertume; il vint encore parmi nous, mais ce cœur à jamais brisé n'offrit plus à nos respects que le touchant spectacle d'une inconsolable douleur. Désormais commença pour M. Louis une existence nouvelle qui dura dix-sept ans. Après tant d'espoirs déçus et de rêves évanouis, replié sur lui-même, détaché de tout, hormis de l'enfant qu'il avait perdu, la ferme espérance de le retrouver un jour s'empara de toutes ses pensées, et comme pour abréger les lenteurs de la séparation et en adoucir les épreuves, il consacra en quelque sorte à sa mémoire le temps qui lui restait à vivre. Tous les matins il visitait son tombeau et le regard fixé sur la froide pierre, cherchant à ranimer sa dépouille glacée, il évoquait la vivante image telle qu'il l'avait connue aux jours de son bonheur.

Afin de les avoir toujours sous les yeux, M. Louis avait rassemblé sur sa table de travail les objets familiers qui lui rappelaient son fils. Il recherchait dans ses lectures les passages qu'ils avaient admirés ensemble dans les longues journées de la maladie. Souvent il prenait la plume. Dans ces pages empreintes tantôt d'un morne désespoir, tantôt d'une douloureuse résignation, on peut compter heure par heure les pulsations de ce cœur désolé. Je vous livre plus que ma vie, m'a dit en me les confiant la compagne dévouée qui le pleure. C'est avec une vive émotion que nous avons lu ces feuilles toutes mouillées de ses larmes.

A la date du 12 mai 1855, on lit ces simples mots : « Il aurait aujourd'hui dix-neuf ans !... » Deux mois plus tard : « Nouveau sujet de larmes, Valleix que tu aimais, Valleix qui t'a pleuré si amèrement, Valleix vient de nous quitter ; son corps reposera auprès du tien... » Le 15 juillet de la même année : « Il y a un an ! ce terrible moment est toujours présent à ma pensée. Oh! mon fils ! oh ! mon Dieu !... » 12 mai 1866 : « Il aurait aujourd'hui vingt ans !... » Plus loin : « Mourir, à la bonne heure, nous sommes nés pour mourir, mais survivre à son enfant !... Plus j'avance, plus ma douleur est amère, et je n'aime que ma douleur. »

Durant ce long recueillement, sa belle âme s'élevait aussi dans des sphères plus hautes. Son esprit s'arrêtait sur les grands problèmes de la destinée humaine. Parfois, pénétrant dans le domaine de la conscience, il traduisait sa pensée dans des maximes où respire la plus pure morale.

Cependant les années se succédaient. Depuis quelque temps sa santé commençait à s'altérer. Une sourde affection s'était montrée, dont les crises devenaient plus rapprochées et plus alarmantes. Au commencement de juin 1872, des accidents graves apparurent, et, le 22 août, il expirait à l'âge de quatre-vingt-cinq ans, après deux mois et demi de cruelles souffrances supportées avec une sereine résignation. Entrevoyant au-delà de ces dernières épreuves l'accomplissement longtemps attendu de ses plus chères espérances, il aurait pu dire comme Hunter à son lit de mort : « Je voudrais qu'il me fût possible de tenir une plume, j'écrirais combien il est facile de mourir. »

M. Louis restera comme l'une des plus grandes figures médicales de notre âge. Il n'a pas seulement honoré la science française par ses travaux; par la dignité de sa vie, il s'est élevé, et il nous a élevés avec lui dans l'estime publique.

Un demi-siècle s'est écoulé depuis le jour où parut l'ouvrage qui a illustré son nom. Emporté par la marche rapide du temps, le présent sera bientôt devenu le passé, mais l'œuvre de M. Louis, aussi vraie aujourd'hui qu'elle l'était hier, le sera demain encore. De combien de livres de médecine qui ont fait du bruit dans le monde en peut-on dire autant ?

Dominé par la passion du devoir, épris du culte de la vérité, il ap-

porta dans la science la scrupuleuse probité qui fut la règle inflexible de toutes ses actions. Son âme loyale, si ferme et si tendre à la fois, ne fut jamais ouverte qu'aux sentiments les plus nobles et les plus délicats. La devise de Boerhaave : *Simplex veri sigillum*, était aussi la sienne. Il méprisa toujours cette ambition vulgaire qui souffle tout bas à la renommée ce qu'elle espère lui entendre répéter tout haut, et quand vint la célébrité, qu'il ne cherchait pas, il n'eut d'autre pensée, d'autre souci que de la partager avec les disciples qui s'étaient formés autour de lui.

Formés à son exemple, animés de son souffle, ses nombreux élèves, partout répandus, ont transporté par delà de la vieille Europe et jusqu'aux rives de la jeune Amérique ces habitudes sévères de l'esprit de recherche, en dehors desquelles la médecine mérite à peine le nom de science. Dans leurs mains fidèles et diligentes, l'héritage du maître ne périra pas.

(La fin de ce discours, plusieurs fois interrompu par des applaudissements, est accueillie par des bravos unanimes.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Académie des sciences. — L'Académie des sciences a procédé lundi, 16 mars 1874, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine, en remplacement de M. Nélaton.

La liste de présentation portait :

En première ligne, M. Gosselin. — En deuxième ligne (*ex æquo*), MM. Broca, Demarquay, Richet. — En troisième ligne (*ex æquo*), MM. Marey, Vulpian.

Le nombre des votants est de 60, majorité 31.

Au premier tour : M. Gosselin obtient 25 suffrages. — M. Marey, 18. — M. Vulpian, 13. — M. Broca, 3. — M. Piorry, 1.

Au deuxième tour : M. Gosselin, 28. — M. Marey, 19. — M. Vulpian, 13.

Au troisième tour : M. Gosselin, 38. — M. Marey, 21. — M. Vulpian, 1.

M. Gosselin ayant obtenu la majorité est proclamé élu.

— Par décret en date du 1er mars 1874, M. le docteur Moutier, médecin de l'hospice de Montargis, a été nommé maire de cette ville.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Joulin, rédacteur en chef du journal obstétrical qui porte son nom. Notre très-regretté confrère a succombé hier soir à une congestion cérébrale.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Guéniot, suppléant M. le professeur Pajot, commencera son cours, samedi 21 mars, à midi.

— A céder, à quatre heures de Paris, bonne clientèle d'un produit net de 6 à 7,000 francs, susceptible d'augmentation. — Traitement fixe : 1,000 francs. — S'adresser au bureaux du journal.

Tribut à la chirurgie pratique du vétéran de l'école Bretonneau, par Jean-Félix MIQUEL (de Tours). — 1 vol. gr. in-8°, de 348 pages avec planches lithographiques. — Tours, 1870. — Cet ouvrage se vend au profit de la souscription en faveur de la veuve et des quatre enfants d'un confrère. **5** *francs* pris au bureau du journal et **6** *fr.* **25** expédié *franco* par la poste.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De quelques altérations du sang communes aux varioleux, aux blessés et aux femmes en couche.

Pendant la grande épidémie de variole, en 1870, M. Brouardel avait déjà signalé à ses collègues de la Société médicale des hôpitaux, ce fait que, si l'on examine chaque jour le sang des varioleux depuis leur entrée jusqu'à la fin des phénomènes de suppuration, on trouve des modifications très-notables et très-journalières dans le nombre des globules blancs. Dès le cinquième jour de la maladie, en général, par conséquent avant le début de la fièvre de suppuration, ils se trouvaient déjà en très-grand nombre et avec de certains caractères d'altération (granulations); leur proportion augmentait le sixième et le septième jour, c'est-à-dire pendant la période presque apyrétique qui sépare la fièvre d'éruption de la fièvre de suppuration. Cette quantité insolite de globules blancs lui avait semblé diminuer, au contraire, au moment de la fièvre de suppuration; et lorsqu'on voyait augmenter de nouveau les globules blancs pendant la fièvre de suppuration ou la période de dessiccation, cette augmentation pouvait être considérée comme l'indice à peu près certain de suppurations ultérieures, abcès, furoncles, pleurésies, etc.

On saisit tout de suite l'intérêt de cette constatation qui permet de prévoir des accidents aussi importants. Mais ces premières recherches manquaient de précision par suite du procédé défectueux de numération qui avait été mis en usage. Ayant à sa disposition le procédé beaucoup plus précis de MM. Potain et Malassez, M. Brouardel a repris récemment ses recherches sur les leucocytes du sang, mais dans des affections autres que la variole, qui fait défaut en ce moment. Il les a fait porter sur des malades récemment opérés, dans les deux services de chirurgie de la Charité et choisis de préférence parmi ceux qui n'avaient aucune suppuration antérieure.

D'après les résultats que M. Brouardel a communiqués à la Société de biologie, et qui, vu leur petit nombre, ne peuvent encore être considérés que comme provisoires, il semblerait que, pendant les jours qui suivent une opération, le nombre des globules blancs augmente dans le sang dans une proportion telle que le rapport du nombre des globules blancs à celui des globules rouges peut être de 1 pour 8; que dès que la suppuration par la plaie commence à s'établir, le nombre des globules blancs diminue considérablement; que si, pendant la suppuration, le nombre des globules blancs s'élève de nouveau, on peut annoncer la formation d'abcès nouveaux, — tout comme cela avait été constaté pour la variole.

M. Brouardel est trop prudent pour avoir voulu tirer dès à présent des conclusions formelles de ces deux séries d'observations parallèles; mais il a pensé qu'il y avait intérêt et utilité à appeler sur elles l'attention et le contrôle de ses confrères, et c'est pour donner la plus grande publicité possible à cet appel que nous le répétons ici avec lui. Si de nouvelles observations multipliées et répétées sur divers points et dans des conditions semblables ou analogues venaient à concorder avec les siennes, il en ressortirait certainement, au point de vue pratique, d'utiles renseignements pour le pronostic, et, au point de vue scientifique, des lumières nouvelles sur la formation du pus et sur la théorie de l'infection purulente.

Endartérite dans l'infection purulente et la variole.

Dans la même séance, M. Brouardel a fait à la même société une autre communication qui a aussi pour résultat d'établir un point de connexité de plus entre l'infection purulente et la variole. Il avait eu l'occasion de constater un grand nombre de fois, pendant la même épidémie de variole, à l'autopsie de malades qui avaient succombé à cette infection, l'existence d'endartérites aiguës. Il a montré, dans cette séance, à ses collègues, des préparations démontrant l'existence d'une endartérite aiguë de l'aorte chez un homme mort d'infection purulente.

Il s'agit d'un homme de trente-trois ans, atteint d'un abcès ganglionnaire de la partie latérale du cou du côté droit. Cet abcès est ouvert en ville. Trois jours après, le malade est pris de douleurs articulaires subaiguës et entre à l'hôpital. M. Brouardel constate, outre ces douleurs articulaires, une tumeur fluctuante peu douloureuse, du volume d'un œuf de pigeon à l'avant-bras, avec fièvre, congestion des poumons, sueurs; puis, les jours suivants, persistance de la fièvre, diarrhée, *subdelirium*. Le malade meurt le neuvième jour de son entrée à l'hôpital, le vingt-deuxième du début de l'adénite.

A l'autopsie, on trouve des abcès métastatiques dans les poumons et à la surface interne de l'aorte, à 2 centimètres environ au-dessus du bord libre des valvules aortiques, un

groupe d'élevures hémisphériques appliquées directement par leur base sur la membrane moyenne et confondues avec la membrane interne dont elles étaient comme une sorte de bourgeonnement. C'était une lésion tout à fait semblable à celles qu'avaient présentées les varioleux dont il a été parlé plus haut.

Myome utérin. — Question de la dégénérescence cancéreuse des tumeurs fibreuses.

On a discuté longtemps la question de savoir si les tissus morbides étaient, comme les tissus normaux, susceptibles de subir la dégénérescence cancéreuse, si une tumeur fibreuse, par exemple, pouvait devenir un cancer. La question n'a jamais reçu de solution absolue et définitive; mais faute de fait précis et authentique, jusqu'à présent, qui démontre cette transformation, on est fondé à la nier.

Un fait qui s'est présenté dernièrement, dans le service de M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, et qui, au premier abord, pouvait inspirer des doutes à cet égard, a confirmé une fois de plus la négative.

Une femme de quarante-neuf ans est entrée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Richet, à qui elle avait été adressée comme ayant un cancer utérin. Elle avait, en effet, le teint plombé, subictérique, le liquide qui s'écoulait par le vagin avait une odeur fétide. L'aspect du ventre de cette femme était celui d'une grossesse de trois mois ; on sentait, à travers les parois abdominales, une tumeur arrondie, du volume environ d'une tête d'enfant. Au toucher, on était immédiatement arrêté par une tumeur volumineuse qui remplissait le cul-de-sac du vagin. On avait d'abord beaucoup de peine à trouver le col de l'utérus. Mais, par une exploration attentive, on finissait par reconnaître que la tumeur était comme bilobée, une partie remplissant la cavité utérine distendue et l'autre le vagin ; on sentait la lèvre antérieure du col amincie et comme étalée sur le point où la tumeur émergeait de l'utérus dans le vagin. Cette portion extérieure de la tumeur était ramollie, friable, le doigt y pénétrait aisément.

On comprenait qu'en présence de quelques-uns de ces caractères on eût hésité entre le diagnostic d'un cancer et celui d'une tumeur fibreuse ou d'un myome. L'intégrité du col utérin étalé sur la tumeur ne laissa pas un instant de doute dans l'esprit de M. Richet, il se prononça immédiatement pour un myome et se détermina à l'opérer.

L'opération fut pratiquée sans trop de difficulté, malgré le volume de la tumeur, et sans beaucoup de perte de sang. Elle ne présenta rien de particulier à signaler. Malheureusement, il régnait en ce moment une mauvaise influence épidémique dans les salles de l'Hôtel-Dieu, et, sans que l'utérus ait été le siége d'aucune lésion grave, ni même d'aucune inflammation consécutive, il se déclara une péritonite qui enleva rapidement la malade.

La tumeur, examinée d'abord à l'œil nu, a été examinée ensuite au microscope. Elle ne présentait aucun des caractères du cancer, et l'on y a trouvé, au microscope, les fibres lisses et les cellules à noyaux allongés du myome. C'était un myome, non pas dégénéré en cancer, mais en partie gangréné.

Injection intra-veineuse de chloral dans un cas de tétanos.

Dans l'une des séances de la Société de chirurgie de 1872, M. Léon Labbé présentait un travail de M. Oré (de Bordeaux), relatif à des expériences tendant à démontrer l'efficacité du chloral injecté dans les veines pour combattre les accidents tétaniques (il s'agissait des phénomènes tétaniques produits artificiellement par la strychnine sur des animaux).

Une occasion s'est présentée de faire l'essai de cette méthode sur l'homme. Sur un malade du service de M. Lasègue, à la Pitié, atteint de tétanos, M. Léon Labbé a pratiqué une injection intra-veineuse de chloral. Bien que le résultat définitif de cette tentative n'ait pas été heureux, la sédation momentanément produite par cette injection a été si remarquable qu'il nous a semblé qu'il ne serait pas sans utilité de faire connaître ce fait. Nous en publierons les détails dans notre prochaine revue.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES

M. DE SAINT-GERMAIN

Opération de laryngo-trachéotomie, à l'aide du cautère actuel (1).

Lorsque l'année dernière je présentai à la société un nouveau procédé de laryngo-trachéotomie par le cautère actuel, je répondis aux objections qui me furent faites, que je me proposais de continuer mes expériences sur le sujet, et d'informer la société de leur résultat. Je me trouve aujourd'hui en position non-seulement d'exposer ce résultat, mais encore d'apporter l'observation d'une laryngo-trachéotomie pratiquée dans mon service sur un enfant de trois ans, à l'aide du cautère actuel. On s'en souvient peut-être; le procédé que j'avais expérimenté sur un certain nombre de chiens consistait dans l'introduction d'un petit cautère dans le larynx au niveau de la membrane crico-thyroïdienne et dans la divulsion brusque de ce petit orifice par le dilatateur de Laborde. Considérant, d'une part, que le larynx de ces animaux sacrifiés au bout de douze jours présentait à la nécropsie des traces non équivoques de la cautérisation, d'autre part que le larynx, la trachée et par suite la membrane crico-thyroïdienne ont chez le chien même de taille exiguë des propositions beaucoup plus considérables que chez l'enfant, je résolus de diminuer notablement les proportions de mon cautère et de borner mes expériences à des cadavres d'enfants de différents âges. Je ne tardai pas à me convaincre de la sorte que la ponction, suivie de la divulsion, permettrait difficilement sur le vivant l'introduction d'une canule ordinaire, et combinant la laryngo-trachéotomie par ignipuncture avec le procédé décrit dans ces derniers temps par MM. De Ranse et Muron, je m'arrêtai au programme suivant :

1° Introduction dans le larynx par la membrane crico-thyroïdienne d'un bistouri mince et boutonné porté au rouge cerise ;

2° Section à l'aide du même bistouri resté dans la plaie, du cartilage cricoïde et d'un ou de deux anneaux de la trachée.

Convaincu de la possibilité d'une semblable opération, et persuadé de l'impossibilité de rester en route, puisque, le cas échéant, il devait être facile en cas d'insuccès de terminer par la méthode ordinaire, j'attendis patiemment que l'occasion se présentât d'expérimenter ce procédé sur un enfant vivant. Cette occasion se présenta le 24 février 1874, et c'est cette observation que j'ai l'honneur de vous communiquer.

Un jeune garçon âgé de trois ans entra dans mon service au mois de janvier dernier, pour un double pied bot *varus equin* du second degré. Cet enfant, d'une constitution moyenne, ne présentait comme antécédents rien de particulier à signaler.

Sachant par expérience l'intérêt considérable qu'ont les malades à être opérés en deux temps lorsque, dans le *varus equin*, il y a rétraction de l'aponévrose plantaire, je consacrai une première séance à la section sous-cutanée de l'aponévrose de chaque côté; je pus ainsi dérouler les pieds avec une assez grande facilité, et je remis à huitaine la section des deux tendons d'Achille.

Quatre jours après cette première ténotomie, l'enfant eut la rou-

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 4 mars 1874.

geole ; cette affection fut suivie d'une bronchite très-intense ; il était à peu près remis, et nous nous disposions à en finir avec cette ténotomie définitive, lorsqu'il présenta les signes non équivoques d'une angine diphthéritique.

Des plaques grisâtres pseudo-membraneuses se montrèrent d'abord sur l'amygdale droite, puis sur l'amygdale gauche, et enfin, le 23 février au soir, la voix se perdit presque complétement, et la toux devint manifestement croupale. Le 24 au matin je constatai chez lui un tirage très-accentué, mais point de cyanose, et je pensai que l'intervention chirurgicale serait indiquée dans la journée. Je n'ai pas besoin de dire que depuis le début de l'angine le traitement ordinaire (vomitifs, collutoires, etc.) avait été employé : je revins voir l'enfant à quatre heures du soir ; le tirage était beaucoup plus considérable ; les dépressions sus-claviculaire et sous-costale bien plus accentuées à chaque inspiration ; les lèvres étaient légèrement cyanosées ; toute temporisation devenait dangereuse ; je pratiquai donc séance tenante la trachéotomie, assisté de MM. Dulac et Hirtz, mes deux internes, et de plusieurs de leurs collègues de l'hôpital des Enfants. Voici comment je procédai :

L'enfant fut placé sur une table recouverte d'un petit matelas, les épaules appuyées sur une sorte de traversin que, sur les conseils de mon collègue le docteur Archambaud, j'avais construit à l'aide d'un oreiller ordinaire fortement ficelé sur une bouteille vide placée à son centre. Les bras et les jambes solidement maintenus, un aide renversa fortement la tête du patient en arrière de façon à faire saillir le plus possible le larynx. Je me plaçai à la droite du malade, et après, avoir aussi exactement que possible, déterminé le point correspondant à la membrane crico-thyroïdienne, je saisis fortement le larynx de l'enfant entre le pouce et le médius et je l'appuyai vigoureusement sur les parties profondes. Cette manœuvre a pour avantages d'isoler absolument le larynx ; de l'immobiliser complétement, et de tendre la peau qui le recouvre. (Disons en passant que l'immobilisation du larynx pendant un temps relativement fort long n'a point les dangers qu'on lui a attribués. J'ai pu, dans les expériences que j'ai faites sur les enfants, immobiliser sans danger le larynx pendant un temps dix fois plus long que celui qui est nécessaire pour la trachéotomie). Le larynx une fois fixé, je saisis le petit bistouri boutonné ou plutôt mousse, qui se trouve dans toutes les boîtes à trachéotomie, porté au rouge cerise à l'aide de la lampe dite d'émailleur, et je l'enfonçai lentement, perpendiculairement, et le tranchant en bas, au point que j'avais déterminé, c'est-à-dire immédiatement au-dessous du cartilage thyroïde. La pénétration fut très-facile ; et une sensation très-nette de résistance vaincue m'apprit que j'avais traversé la membrane crico-thyroïdienne. Aussitôt, sans faire sortir mon bistouri, je divisai à l'aide de son tranchant, le cartilage cricoïde et un anneau de la trachée, puis je retirai ma lame. Nous pûmes alors constater l'existence d'une plaie parfaitement nette ne donnant point de sang et présentant dans sa partie la plus profonde un sillon noir qui n'était autre chose que la plaie laryngo-trachéale. Notons que le bruit caractéristique de l'entrée de l'air ne s'était pas fait entendre.

Le dilatateur à deux branches fut aussitôt introduit, et le sifflement se manifesta. L'enfant respirait facilement ; nous prîmes notre temps pour l'introduction de la canule, qui se fit avec la plus grande facilité. Ici un incident se présenta : la canule, quoique bien dans la trachée, ne fonctionnait pas ; nous la retirâmes, et aussitôt une énorme fausse membrane, qui bouchait l'orifice intérieur, fut expulsée. Nous réintroduisîmes la canule et la fixâmes par les procédés ordinaires. (Dans cette série de manœuvres, l'enfant a perdu en tout la valeur d'une demi-cuillerée à café de sang). L'enfant est reporté dans son lit, entouré de boules d'eau chaude et surveillé avec le plus grand soin.

Le 25 au matin. Je le trouve dans un état très-satisfaisant. Point de fièvre. Il a mangé avec appétit. Quelques fausses membranes ont été expulsées.

Le 26, même état. Je remarque cependant que la sécrétion par la canule est très-abondante et très-diffluente. La fièvre est nulle. L'appétit satisfaisant.

Le 27. Je retire la canule et l'enfant peut rester livré à lui-même durant cinq minutes environ. Nous profitons de ce moment pour examiner la plaie. Elle ressemble en tout point aux plaies de trachéotomie faite par les procédés ordinaires.

Malheureusement la diphthérie continue ; les bords sont grisâtres, et un œdème assez considérable règne tout autour de l'orifice. La canule est replacée.

Le 28. Je trouve l'enfant plus mal. La nuit a été agitée. Les inspirations sont devenues beaucoup plus fréquentes. Le pouls s'est notablement accéléré. La sécrétion bronchique est considérable. Je retire la canule. La plaie est toujours grise, mais l'œdème a diminué.

Pensant que le calibre (double zéro) de la canule est un peu faible pour donner issue à tant de mucosités, j'introduis la canule (zéro) et comme l'on constate à l'auscultation des deux côtés de la poitrine, des signes de bronchite et de congestion pulmonaire, je fais appliquer un vésicatoire. L'appétit de l'enfant est à peu près nul.

La journée du 28 est mauvaise. L'agitation augmente, les inspirations deviennent extrêmement fréquentes. L'enfant succombe à sept heures du soir.

L'autopsie faite avec le plus grand soin, le 2 mars au matin, nous a permis de constater une congestion pulmonaire considérable avec emphysème. Une quantité considérable de fausses membranes obstruaient la trachée et lui constituaient, comme il est encore facile de le constater sur la pièce, une sorte de gaîne. Quant à la pièce elle-même, je l'ai détachée avec précaution et en totalité, afin de la présenter dans toute son intégrité à la société. Il est facile de constater sur la pièce, maintenant fendue par sa partie postérieure, que le larynx, pas plus que la trachée, n'ont été intéressés en aucun point par mon bistouri rougi, en dehors de la plaie pratiquée par lui, et que cette plaie ne diffère point par ses caractères d'une plaie de trachéotomie ordinaire, si ce n'est par cette particularité que ses deux lèvres parfaitement continues avec elles-mêmes s'étendent sans la moindre interruption de la peau à la surface interne de la trachée.

DE L'EMPLOI ET DU ROLE DE LA FARINE D'AVOINE

DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS

Par M. le docteur Dassein.

A propos du récent congrès de l'enfance, tenu à Marseille, on lit dans les comptes rendus de l'Académie de médecine (*Gazette des Hôpitaux*, numéro du 17 février), qu'aucun des nombreux produits alimentaires destinés à l'enfant que le congrès avait fait analyser, n'était propre à cet usage. C'est là un fait très-grave qui, rapproché des préoccupations que soulèvent de toute part, en ce moment, l'alimentation et l'hygiène des jeunes enfants, nous engage à parler des résultats que MM. Dujardin-Beaumetz et Hardy ont obtenu par l'emploi de la farine d'avoine.

Voici les points principaux sur lesquels ces médecins ont appelé l'attention, dans leur mémoire à la Société médicale des hôpitaux.

De tous les aliments, y compris le lait de vache, c'est la farine d'avoine qui se rapproche le plus du lait de femme, comme éléments plastiques et respiratoires.

C'est un de ceux, également, qui contiennent le plus de fer et de sels, notamment de phosphate de chaux, si nécessaires à l'enfant.

La farine d'avoine possède, en outre, cette propriété remarquable de prévenir et d'arrêter la diarrhée, même chez les enfants débilités où elle est souvent si tenace. — Or pour nous qui savons à quel point la diarrhée est fréquente et meurtrière chez les jeunes enfants, c'est là une propriété d'une importance considérable.

Des nombreuses expériences faites par ces médecins et par le docteur Marie, à l'hospice de Versailles, il ressort que des enfants de quatre à onze mois, exclusivement nourris avec du lait de vache et de la farine d'avoine, ont gagné en moyenne, à peu près exactement, ce que gagnent les enfants du même âge qui prennent le sein d'une bonne nourrice, et le fait a été constaté, non point d'une façon générale, mais par des pesées quotidiennes.

En Angleterre et dans ses colonies, la farine d'avoine est d'ailleurs presque exclusivement employée dans l'alimentation des jeunes en-

fants, et c'est à son usage que le professeur Payen attribue la beauté et la vigueur des enfants de l'Écosse et des comtés.

Dans quelques parties de la France, en Bretagne et en Normandie notamment, on connaît bien les propriétés de l'avoine, mais on ne l'emploie qu'à l'état de gruau (grain décortiqué), entier ou grossièrement concassé, ce qui ne saurait être comparé à la farine, car une partie reste indigérée. Cependant ce serait encore le meilleur des aliments s'il se conservait, et il est bien préférable en tous cas à ces produits artificiels dont on ne connaît pas, ou dont on connaît trop, la composition, et que les jeunes mères adoptent trop souvent d'après des conseillers incompétents.

MM. Beaumetz, Hardy et Marie insistent toutefois, d'une façon particulière sur la fabrication de la farine d'avoine qui demande de grands soins et des manipulations toutes spéciales, récolte, torréfaction, décortication, mouture, etc. Si l'on voulait moudre, en effet, l'avoine dans les conditions ordinaires des autres céréales, on n'obtiendrait qu'une masse pâteuse et noirâtre, remplie de paille, comme on l'a vu à la fin du siége de Paris, où de grandes quantités d'avoine ont été ainsi consommées. — Et le produit ne serait pas susceptible de conservation.

Mais aujourd'hui qu'on peut trouver à peu près partout de la farine d'Écosse (importation de M. Morton), on est sûr d'avoir un bon produit. — C'est, en effet, avec de la farine d'Écosse, que lui avait envoyé M. James Long, président de la société des Quakers, que M. Beaumetz a fait ses expériences.

Cette farine donne, avec l'eau ou le lait, en deux minutes de cuisson, une gelée qui a un léger parfum de vanille et un goût très-agréable; aussi les enfants la mangent-ils avec avidité, et l'on doit en proportionner la quantité à leur âge et à leur force, — soit pour venir en aide à l'allaitement insuffisant de la mère ou à l'allaitement par le biberon, soit à l'époque du sevrage.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 février 1874. — Présidence de M. Perrin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : *La Gazette des Hôpitaux.* — *L'Union médicale.* — *La Gazette hebdomadaire.* — *La France médicale.* — *Le Mouvement médical.* — *Le Progrès médical.* — *La Tribune médicale.* — *Les Archives générales de médecine.* — *Le Bulletin général de thérapeutique.* — *Le Recueil d'opthalmologie*, de M. Xavier Galezowki, nos d'octobre 1873 et de janvier 1874. — *La Gazette de Joulin.* — *Le Bordeaux médical.* — *La Revue médicale de Toulouse.* — *Le Marseille médical.* — *Le Lyon médical.*

M. Depaul offre le premier numéro des *Archives de tocologie*, maladies des femmes et des enfants nouveau-nés. Ce recueil mensuel est publié sous la direction du professeur Depaul.

M. Larrey offre, de la part de M. Huguier, un travail posthume d'Huguier, intitulé : *Considérations anatomiques et physiologiques pour servir à la chirurgie du pouce.* Un livre de M. Bérenger Féraud, membre correspondant intitulé : *De la fièvre bilieuse mélanurique des pays chauds.*

M. Verneuil offre la thèse inaugurale de M. Paul Denucé, intitulée : *Des fistules ossifluentes de la région anale.*

M. Panas offre la thèse inaugurale de M. Léon Brière intitulée : *Du sarcome de la choroïde.*

M. Costanzo Mazzoni offre un ouvrage imprimé en italien intitulé : *Cinq mois de clinique chirurgicale à l'université de Rome.*

M. le Président annonce à la société que M. Delore, membre correspondant assiste à la séance.

LECTURES

M. le docteur Vidal, médecin des hôpitaux, lit une note intitulée : *Fracture de la rotule et du condyle externe du fémur par coup de feu traversant l'articulation. Sortie de la balle dans la région poplitée en dehors de la ligne médiane. Résection du genou. Suture osseuse. Guérison.*

L'examen de ce travail est confié à une commission composée de MM. Tillaux, Panas, Desprez, rapporteur.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Fracture de cuisse guérie à l'aide d'un appareil spécial en gutta-percha. — M. Guéniot. La société se souvient peut-être qu'en janvier 1872, j'ai eu l'honneur de lui présenter un enfant de cinq semaines, récemment guéri d'une fracture de cuisse à l'aide d'un appareil nouveau formé d'une double gouttière en gutta-percha. Je fis alors ressortir les avantages de cet appareil, sous le triple rapport de sa simplicité, de son mode d'action de la facilité qu'il donne pour l'administration des soins de propreté. La fracture, quoique siégeant près de l'extrémité supérieure du fémur, s'était consolidée sans difformité, ni raccourcissement. J'ai d'ailleurs exposé autre part les particularités propres à la thérapeutique de ces fractures dans la première enfance (1).

Aujourd'hui, je désire revenir brièvement sur l'utilité de cet appareil à l'occasion d'un nouveau cas qui s'est offert à mon observation.

Le 30 novembre dernier, on apporta dans mon service une petite fille de onze mois qui avait la cuisse droite fracturée. Celle-ci était raccourcie, comme ramassée sur elle-même; elle offrait une grande tuméfaction, de la chaleur et une rougeur superficielle, qui dénotaient un certain degré de phlegmasie. La fracture bien constatée, je m'abstins d'en rechercher avec rigueur le siége précis; elle me parut intéresser le milieu ou le tiers inférieur du fémur.

L'enfant se présentait dans un état misérable : maigreur extrême, peau terne, ridée, orbites creux, tête disproportionnément volumineuse; en un mot, aspect cachectique prononcé, indiquant que la nutrition avait profondément souffert.

Avec une plaque de gutta-percha ramollie dans l'eau chaude, je modelai, sur les parties mêmes de l'enfant, l'appareil que vous voyez ici et qui se compose de deux gouttières, l'une ventrale et l'autre crurale, réunies angulairement au niveau du pli de l'aine. Cet appareil resta en place jusqu'au 26 décembre, c'est-à-dire pendant vingt-cinq jours, au bout desquels la guérison me parut être complète. Le cal, en effet, était solide et non exubérant; la cuisse avait recouvré sa longueur et sa direction normales; elle conservait seulement un faible excès de volume, ce qui était dû à la présence du cal. Malgré l'application prolongée de l'appareil, la peau était restée saine, sans excoriation, ni rougeur. Dès le cinquième jour du traitement, les symptômes phlegmasiques constatés au moment de l'entrée avaient entièrement disparu.

Quant à l'état général, sans s'être notablement modifié, il paraissait plutôt amélioré qu'aggravé. Cependant, trois jours à peine après la guérison de la fracture, les forces déclinèrent, et la cachexie se prononça de plus en plus sans que je pusse en découvrir la cause. Enfin, le 3 janvier dernier, l'enfant succomba dans l'affaissement, aux progrès de sa débilité.

A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion viscérale qui permît d'expliquer la mort. Celle-ci semble donc avoir été le résultat d'une *misère physiologique* profonde et ancienne. Quant au fémur fracturé, voici comment il se présente. Il a conservé sa direction normale; sa longueur est moindre de 8 millimètres que celle du fémur gauche. La moitié inférieure de l'os est le siége d'un renflement régulier et fusiforme, qui augmente d'un tiers environ le diamètre de la diaphyse. Ce renflement est produit par les dépôts osseux du cal. Sur une section longitudinale, on reconnaît que ce dernier forme une sorte de gaîne solide, qui enveloppe comme un étui les fragments de la fracture. Celle-ci siége sur le tiers inférieur de l'os, à 12 millimètres seulement au-dessus des condyles, par conséquent plus bas que je ne l'avais supposé. Le fragment inférieur a légèrement basculé en arrière et forme, avec le supérieur, un angle très-faible ouvert en avant. Enfin la solidité de l'os est bien rétablie, quoique les bouts fracturés ne soient pas encore soudés *directement* l'un à l'autre.

(1) Guéniot. *Du traitement des fractures de cuisse chez les enfants nouveau-nés.* (*Bull. gén. de thérapeut.*, numéro du 30 janvier 1872.)

Ainsi, malgré l'état profondément cachectique de la petite malade et les complications phlegmasiques dont la fracture était menacée, la consolidation a pu être obtenue avec facilité à l'aide de la double gouttière en gutta-percha. Les seules précautions spéciales que j'aie dû prendre, en raison de l'âge du sujet et surtout du siége de la fracture sur la moitié inférieure de l'os, ont consisté, d'une part, dans l'allongement de la gouttière crurale et, d'autre part, dans la fixation de celle-ci à la cuisse, au moyen d'une bandelette de sparadrap. L'appareil dont je parle me semble donc susceptible de rendre d'utiles services, même quand il s'agit d'enfants du second âge. En prenant son point d'appui sur l'abdomen, il assure au fémur fracturé une contention suffisante, tout en permettant d'administrer avec facilité les soins les plus complets de propreté. A ce double titre, j'ai crû devoir appeler de nouveau votre attention sur son emploi.

Avant de terminer, permettez-moi encore une remarque. J'ai dit que le membre fracturé avait été guéri sans raccourcissement notable. C'est déjà ce que j'avais observé chez le petit malade que j'ai eu l'honneur de vous présenter il y a deux ans. Dans ce dernier cas, on eût même dit que le membre lésé, loin d'avoir perdu de sa longueur, était plutôt le siége d'un léger allongement. Et cependant vous voyez par la comparaison des deux fémurs de mon second malade que l'os fracturé s'est consolidé avec un raccourcissement réel d'environ 8 millimètres. D'où vient cette contradiction des faits? Celle-ci assurément n'est qu'apparente. Si l'on songe, en effet, qu'un membre fracturé, après sa sortie de l'appareil, conserve pendant quelque temps une certaine sensibilité, peut-être un léger degré de roideur articulaire et, en tout cas, une susceptibilité plus ou moins grande, on comprendra comment, lorsqu'on l'étend de force pour le comparer à son congénère, l'enfant, inclinant instinctivement son bassin du côté correspondant, détermine ainsi un rétablissement artificiel et passager de la longueur du membre. D'après cette explication, que je crois plausible, on voit que pour apprécier le degré vrai de raccourcissement du fémur, il est nécessaire de considérer celui-ci, non-seulement après l'enlèvement de l'appareil, mais surtout plusieurs semaines ou même quelques mois après la guérison de la fracture.

DISCUSSION

M. DEMARQUAY. La difficulté de contention des fractures de cuisses chez les enfants est, comme le dit M. Guéniot, des plus grandes. J'ai eu occasion d'observer avec MM. Jacquemier et Labbé un enfant de quatre-vingt-dix-neuf jours dont la fracture n'était nullement contenue par les appareils ordinaires. J'ai conseillé l'appareil de Bonnet convenablement matelassé, et cet appareil a donné un résultat d'autant meilleur qu'il permettait à la nourrice de porter l'enfant sans difficulté, ni déplacement possible. J'avais perdu de vue cet enfant durant quelques années, lorsque j'ai eu occasion de le revoir il y a peu de temps. Il marchait sans boiter, et la cuisse ne présentait aucune difformité. Aussi est-ce à l'appareil de Bonnet que je donnerais la préférence dans l'espèce.

M. LE FORT. Je demanderai à M. Guéniot, si l'appareil qu'il nous présente a été appliqué tel quel? Si cela est, je trouve la gouttière crurale trop courte, et je suis convaincu que la fracture qui siége au tiers inférieur eût été mieux maintenue par une attelle antérieure. Quant au résultat, il ne me semble pas mauvais, bien que l'on puisse constater au niveau du cal un ramollissement que M. Guéniot attribue à l'effet d'une macération prolongée. En principe, je donnerais aux appareils en gutta-percha une supériorité marquée sur l'appareil de Bonnet, en ce qui touche les fractures de cuisse chez les enfants.

M. DELORE. J'ai pu observer un certain nombre de fractures de cuisse chez les enfants nouveau-nés, notamment à la suite de l'accouchement lorsqu'il y avait présentation du siége. Je considère, dans ces cas, comme des difficultés très-grandes apportées au maintien de l'appareil : d'une part, les souillures constantes dues à l'urine et aux matières fécales ; d'autre part, la tendance continuelle du fragment supérieur à la flexion sur le bassin. Aussi ai-je pour habitude de placer la cuisse fléchie à angle droit sur le tronc et de la maintenir ainsi à l'aide d'un bandage spécial embrassant tout le membre inférieur et le bassin. Je garnis cet appareil de bandelettes de diachylon au niveau des orifices naturels, et je crois que la propreté que l'on obtient ainsi rend ce système préférable à l'appareil Bonnet.

M. DUBRUEIL. La communication de M. Delore rend la mienne presque inutile. Je tiens pourtant à ajouter que j'ai pu guérir en vingt-cinq jours une fracture de cuisse que j'ai immobilisée à l'aide d'un bandage silicaté dans la flexion à angle droit sur le bassin.

M. SÉE. Je reprocherais volontiers à l'appareil de M. Guéniot de permettre, faute de longueur de la gouttière crurale, la rotation en dehors du fragment inférieur.

Le résultat presque satisfaisant qu'a obtenu M. Guéniot ne prouverait pas, en effet, que son appareil fût irréprochable ; car on sait que, chez les enfants, il suffit de diriger la consolidation, et qu'il n'y a point de déplacement à redouter.

M. TILLAUX. Je tiens à faire observer que, chez l'enfant, le périoste est beaucoup plus épais et bien moins adhérent que chez l'adulte. Aussi n'hésité-je pas à déclarer que, dans le résultat de M. Guéniot, le périoste a joué un rôle aussi important que l'appareil.

M. GUÉNIOT. Je conviens que la gouttière crurale que j'ai employée était trop courte, et je l'aurais certes faite plus longue si je n'avais point cru à l'existence d'une fracture située beaucoup plus haut. Si la gouttière crurale était, en effet, destinée à empêcher la rotation en dehors, il faudrait lui donner des dimensions beaucoup plus considérables ; mais elle a surtout pour but de déprimer le fragment supérieur et d'obvier à sa tendance perpétuelle à la flexion sur le bassin. J'ajouterai que, dans le cas présent, tous les appareils auraient réussi. Aussi me bornerais-je à faire respecter l'extrême simplicité de celui que j'ai employé.

M. DEPAUL. Je n'ai pas entendu le commencement de la communication de M. Guéniot, et je pensais qu'il s'agissait des fractures de cuisse chez les enfants nouveau-nés, fractures fréquentes, ainsi qu'on le sait, à la suite des manœuvres parfois trop brusques pratiquées pour l'extraction de l'enfant dans la présentation de l'épaule. J'ai vu, pour ma part, au moins quatre fractures de cuisse dans ces conditions, et je les ai toutes vues guérir à l'aide d'un appareil des plus simples, consistant en une série d'attelles de carton présentant une résistance demi-molle, se moulant sur le membre et l'enveloppant tout en laissant quelques intervalles entre elles, le tout maintenu dans une bonne direction à l'aide d'une bande entourant tout le membre inférieur et le bassin. Cette simplicité de contention suffit amplement à cause de l'épaisseur du périoste, ainsi que j'ai pu m'en convaincre dans quelques autopsies.

Dans les cas de guérion que j'ai observés, la claudication n'était pas appréciable. Et quant à ce qui a trait au maintien de la propreté de l'appareil, j'ajouterai qu'il est facile de constituer, à l'aide du taffetas gommé, une sorte de rempart de gouttière protectrice autour des parties génitales et de l'anus, gouttière qui empêche les matières et l'urine de souiller l'appareil.

M. GUÉNIOT. Je n'ai adopté l'appareil en gutta-percha qu'après avoir épuisé tous les autres moyens; et je suis convaincu que, dans un cas bien net de fracture sous-trochantérienne, l'appareil décrit par M. Depaul serait absolument insuffisant.

LECTURE

M. KRISHABER lit un mémoire intitule : **Observation de polype de la trachée.**

Le mémoire de M. Krishaber est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Chassaignac, Marjolin et de Saint-Germain, rapporteur.

COMMUNICATION

De l'uréthroplastie par la suture à étages, par M. Delore. (Voir les numéros des 26 et 28 février.)

Le travail de M. Delore est renvoyé au comité de publication pour l'insertion dans les *Bulletins* de la société.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner les récompenses ci-après désignées :

Aux médecins qui se sont le plus distingués par leurs services, en matière d'épidémies, pendant l'année 1872.

1° *Médailles d'or*. — MM. Béranger-Féraud, médecin en chef de la marine, au Sénégal. — F. M. Costa (de Bastelica), médecin-major de première classe.

2° *Médailles d'argent*. — MM. Balley (François), médecin-major des hôpitaux de la division de Constantine. — Benoît (Hégésippe), de Giromagny. — Évrard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Beauvais. — Feuvrier, médecin-major de première classe, au 4e régiment de cuirassiers. — Ed. Forsin, d'Évreux. — Picard, de Selles-sur-Cher. — Pilat, de Lille. — Remilly, de Versailles.

3° *Médailles de bronze*. — MM. Barbrau, de Rochefort. — Barré, de Thouars. — Blanchard, de Maffliers. — Bec, de Mézel. — Chavernac, chef interne à l'hôpital d'Aix. — Debeausseaux, médecin-major au 8e de dragons. — Diard, de Rambouillet. — Ducaux, de Condom. — Flamarion. — Malichecq, de Mont-de-Marsan. — Mantel, de Saint-Omer. — Perrotte, d'Avranches. — Pontoire, médecin de la maison centrale d'Auberive. — Robert, de Châteauroux. — Scelles de Montdésert, de Carentan.

Aux médecins-inspecteurs qui se sont le plus distingués dans le service médical des eaux minérales de la France, pendant l'année 1871 :

1° *Médaille d'or*. — M. François (Jules), inspecteur général des mines.

Médailles d'argent. — MM. Jaubert, médecin inspecteur des eaux de Gréoulx. — Logerais, médecin inspecteur des eaux de Pougues.

Aux personnes qui ont été signalées comme ayant fait le plus de vaccinations et comme ayant le plus contribué à la propagation de la vaccine en 1871 :

1° *Médailles d'or*. — M. Crouigneau, docteur en médecine, à Dijon. — M. Monot, docteur en médecine, à Montsauche. — M. le docteur Ricque, médecin-major au train des équipages, à l'armée. — Mme Trotignon, sage-femme, à Châteauroux.

2° *Médailles d'argent*. — Mme Alaime, sage-femme, à Gespunsart. — M. Artance, docteur en médecine, à Clermont-Ferrand. — Mme Bachelier, sage-femme, à Châtellerault. — M. Baley, docteur en médecine, à Châteaulin. — Mme Barreau, sage-femme, à Albi. — Mme Barrio, sage-femme, à Luz. — M. Beaupoil, docteur en médecine, à Ingrandes. — M. Bédoin, médecin aide-major au 3e régiment de hussards. — M. Bergerat, officier de santé, à Neuilly. — M. Bernard, médecin-vaccinateur, à Bourg-de-Péage. — Mme Blanc, sage-emme, à Lavaur. — M. de Bottini, docteur en médecine, à Menton. — M. Bourguet, médecin, à Rodez. — M. Bourmond, officier de santé, à Purgerot. — Mme Carmentran, sage-femme, à Sorc. — M. Chebrou, docteur en médecine, à Niort. — M. Ciais, docteur en médecine, à Levens. — M. Colin, docteur en médecine, à Vagney. — Mme veuve Crévenet, sage-femme, à Champagnolé.

M. Dalidan, docteur en médecine, à Cherbourg. — M. Defaucamberge, docteur en médecine, à Gien. — Mme Delavaud, sage-femme, à Vallier. — M. Depautaine, docteur en médecine, à Gondrecourt. — M. Develle, docteur en médecine, à Beaune. — M. Drouhin, docteur en médecine, à Saint-Bris. — Mme Dubois, sage-femme, à Calais. — M. Dugat, docteur en médecine, à Orange. — M. Dumas, docteur en médecine, à Villebois-Lavalette. — Mme Dumazet, sage-femme, à Mainsat. — M. Eysseric, docteur en médecine, à Pernes. — M. Fabre, docteur en médecine, à Gignac. — Mlle Faichaud, sage-femme, au Blanc. — M. Faraud, docteur-médecin, à Nice. — M. Fauconnet, officier de santé, à Précy. — M. Foriat, docteur en médecine, à Charlieu. — M. Fouasnon, docteur en médecine, à Harcourt. — Mme Gallé, sage-femme, à Saumur. — M. Galtier, docteur en médecine, à Castelnaudary. — M. Galzain, docteur en médecine, à Concarneau. — M. Gantheret, docteur en médecine, à Seurre. — M. Geoffroy, docteur en médecine, à Thonon. — M. Giraud, médecin, à Lasalle. — M. Godefroy (Auguste), docteur en médecine, à Rennes. — Mlle Goubart, sage-femme, à Corrèze. — Mme veuve Grégoire, sage-femme, à Saint-Rémy. — Mme Guerrand, sage-femme, à Cherbourg. — M. Guihal, docteur en médecine, à la Chapelle-Basse-Mer, — M. Guillo, officier de santé, à Prades.

Mme veuve Hélin, sage-femme, à Châtellerault. — Mme veuve Hély, sage-femme, à Montereau. — M. Jalabert, docteur en médecine, à Carcassonne. — M. Jeanbernat, docteur en médecine, à Toulouse. — Mme Jérôme, sage-femme, à Landreville. — M. Labesqne, docteur en médecine, à Agen. — Mlle Lacave, sage-femme, à Bernos. — M. de Lacroussille, docteur en médecine, à Périgueux. — M. Laissus, médecin, à Moutiers. — M. Lallour, docteur-médecin, à Quimper. — M. Larguier, docteur-médecin, à Allais. — Mme Lebassé, supérieure des sœurs de la communauté d'Évron, à Juvigné. — Mme Lebrun, sage-femme, à Saint-Quentin. — M. Leca, officier de santé, à Coggia. — Mme Leclair, sage-femme, à St-Paul. — M. Lecler fils, docteur en médecine, à Rouillac. — M. Lejeune, docteur-médecin, à Meursault, — M. Lenoir, docteur-médecin, à Nuits. — Mme Lozier, sage-femme, à Pacy-sur-Eure. — M. Mangin, docteur en médecine, à Baccarat. — M. Marsal, docteur en médecine, à Massiac. — M. Mauret, docteur en médecine, à Lacanau-Médoc. — M. Mercier, officier de santé, à Gamaches. — M. Monnot, officier de santé, à Besançon. — Mme Morin, sage-femme, à Verdun. — M. Nier, docteur en médecine, à Privas. — M. Nogaret, docteur en médecine, à Salies.

M. Ollivier, docteur en médecine, à Paris. — Mme Pansier, sage-femme, à Langogne. — M. Perrimond, docteur en médecine, à Montauroux. — M. Piales d'Astrez, docteur en médecine, à Sousceyrac. — M. Piégu, docteur en médecine, à Paris. — Mme Pisserre, sage-femme, à Clamecy. — M. Plonquet, docteur en médecine, à Ay. — Mme Rambert, sage-femme, à Saint-Martin-du-Fresne. — M. Rebory, docteur en médecine, à Digne. — M. Rey, docteur en médecine, à Lille. — M. Rivairol, docteur en médecine, à Montauban. — M. Rives, docteur en médecine, à Mirepoix. — M. Saint-Denis, officier de santé, à Vittefleur. — Mme Saulnier, sage-femme, à Melleray. — M. Savidan, docteur en médecine, à Lannion. — M. Sottas, docteur en médecine, à Paris. — M. Stugoski, docteur en médecine, à la Sauve. — Mlle Templer, sage-femme, à Vannes. — Mme Thibaud, sage-femme, à Saint-Germain-Laval. — Mme Tourneur, sage-femme, à Essonnes. — M. Truchetet, docteur en médecine, à Gevrey. — M. Tuefferd, docteur en médecine, à Montbéliard. — Mme Vachez, sage-femme, au Creusot. — M. Verdier, docteur en médecine, à Grenoble. — M. Virlet, docteur en médecine, à Blâmont.

— *Faculté de médecine de Nancy*. — M. Robert, docteur en médecine, est nommé conservateur des collections de ladite faculté.

M. Talrich (Jules-Victor) est nommé modeleur d'anatomie en cire à ladite faculté.

— *Faculté des sciences de Grenoble*. — M. Martel est nommé préparateur de chimie.

— *École de médecine d'Amiens*. — M. le docteur Josse, professeur titulaire de clinique externe, est admis à faire valoir ses droits à la retraite pour ancienneté de services.

M. le docteur Herbet, professeur de pathologie externe, est nommé professeur titulaire de clinique externe, en remplacement de M. Josse.

M. le docteur Peulevé, suppléant pour les chaires de pathologie et de clinique médicale, est nommé professeur adjoint de pathologie externe, en remplacement de M. Herbet.

M. le docteur Coulon, professeur adjoint d'histoire naturelle, est nommé professeur titulaire.

— *École de médecine de Reims*. — M. le docteur Harman (Léon) est nommé suppléant d'anatomie, en remplacement de M. Henrot, appelé à d'autres fonctions.

— La Société de chirurgie tiendra sa prochaine séance le 25 mars 1874.

Ordre du jour : M. Cazin. Luxation graduelle de l'extrémité sternale de la clavicule. — M. Noizet. Lecture sur l'emploi de nouvelles gouttières articulées en zinc, pour le traitement des fractures compliquées.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le médecin-major de deuxième classe Folquet, et de M. le médecin aide-major de première classe Pauvert.

Clinique de la Faculté. — Hôtel-Dieu (Deuxième semestre de 1874). — M. le professeur Béhier fera ses leçons cliniques à l'amphithéâtre numéro 1, à partir de lundi 23 mars, les lundis et vendredis à neuf heures et demie.

Les démonstrations au laboratoire (chimie médicale, par M. Ernest Hardy; et histologie pathologique appliquée, par M. Liouville) auront lieu le mercredi à dix heures. — Visites et interrogations par les élèves tous les jours à huit heures du matin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 35. — MARDI 24 MARS 1874. 47e ANNÉE. MARDI 24 MARS 1874. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, 23 mars 1874.

LES SIGNES DE LA MORT

ET LE PRIX D'OURCHES

Le prix d'Ourches, chacun le sait, avait été destiné par son fondateur à provoquer la découverte d'un signe de la mort, non équivoque et facile au plus grand nombre. La malignité pourrait voir dans cette proposition une sorte de défi ironique. Telle n'était pas évidemment la pensée de M. le marquis d'Ourches. Mais, en croyant devoir s'abstenir de distribuer l'intégralité des récompenses (25,000 francs) accordées par le noble défunt, l'Académie n'a-t-elle pas fait cause commune avec la malignité ?

Comment ! en plein dix-neuvième siècle, l'Académie de médecine de Paris avoue qu'elle ne connaît pas un signe certain vulgaire de l'état de mort ! Les physiologistes cependant ne manquent pas dans l'illustre aréopage, et quelle plus belle occasion avaient-ils de rallier à leur science un sujet si digne de l'intérêt universel ?

Sans doute, nous sommes loin du temps où Pline le jeune consacrait tout un chapitre de son histoire naturelle *à ceux qui ressuscitèrent*, tant était grand le nombre de malheureux qui recevaient, à Rome, les derniers honneurs funèbres avant d'être descendus chez les morts (1).

Aujourd'hui des soins plus attentifs, plus éclairés, secondés par l'institution des médecins de l'état civil sont autant de garanties sérieuses. Mais quand on songe que Winslow, un médecin qui plus tard écrivit sur ce même sujet, a été enterré deux fois vivant (2); quand on songe que dans les campagnes on ne trouve pas toujours des secours médicaux à sa portée, on ne peut s'empêcher de donner quelque foi à la possibilité d'un enterrement prématuré, et cette considération seule vaut bien qu'en s'occupe.

Pour aborder cette question des signes de la mort, il faut d'abord essayer de dire, comme le voulait Fodéré, ce que c'est que la vie et ce que c'est que la mort.

(1) Fodéré, *Médecine légale*, tome II, page 337.
(2) Orfila, *Traité de médecine légale*, t. II, p. 180.

I.

Bichat définissait la vie : *l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort.* Majestueuse par la juste proportion des termes et des idées, cette définition n'en est pas moins incomplète. La vie existe dans les tissus avant que les fonctions s'accomplissent, et la plupart de celles-ci, la digestion, par exemple, ne s'exerce que pour aider les tissus à se maintenir en l'état de vie.

Les histologistes, plus éclairés sur l'activité des premiers éléments, ont donné, à leur tour leur définition. Pour Virchow, la vie est représentée par une cellule (*omnis cellula a cellula*) jouissant d'une indépendance absolue, et possédant la faculté merveilleuse de fonctionner sans le secours de la nutrition (1). Corps étrange que cette cellule qui vit de rien, qui marche toute seule et qui dépense sans réparer. Virchow est l'auteur d'une *Pathologie cellulaire*, presque un roman, dont les idées essentielles ont été *empruntées* : le *fonctionnement des cellules*, à Henle (*Anatomie générale*, 1843, t. I, p. 206); l'*irritation*, à Broussais ; et les fameux *territoires cellulaires*, à John Goodsir, professeur à Édimbourg (2); mais personne n'avait inventé jusqu'ici la *cellule angélique*.

M. Robin, dans sa définition de la vie, vise moins haut, mais il voit un peu plus loin que Virchow. La vie, selon lui, est une expression abréviative destinée à représenter les divers attributs de la substance organisée. Ces attributs sont : la *nutrivité*, l'*évolutilité*, la *natalité*, la *contractilité*, la *névrilité* (3). Tout ceci veut dire, en *langage vulgaire* : la vie est un peu de matière organisée, qui jouit de la propriété de se nourrir, d'évoluer, de naître et de se reproduire, de se contracter et d'être nerveuse. Mais M. Robin voit mieux et plus loin que Virchow, lorsqu'il professe avec Bennet (4) et autres que les cellules ne sont pas les éléments ultimes de l'organisation ; qu'il est d'autres corps élémentaires désignés sous le nom d'éléments histogénétiques qui possèdent la vie et qui peuvent, par leur association, donner naissance à des formes plus élevées.

On voit clairement, d'après ce qui précède, que si l'histologie a fait faire un grand pas à la science par ses découvertes dans un monde nouveau, elle n'est guère plus avan-

(1) Virchow, *Gazette hebdomadaire de Paris*, 1868, page 535.
(2) Taylor Goodsir a revendiqué publiquement, et en termes plus que sévères, les droits de John Goodsir contre Virchow dans un mémoire intitulé : *Objections à la nomination du professeur Virchow comme membre honoraire de la société royale d'Édimbourg.* — Édimbourg, 1868. — Voir aussi sur le même sujet Robin, *Anatomie et physiologie cellulaires*, pages 573 et suivantes.
(3) Robin, *Anat. et phys. cellulaires*, p. 162.
(4) *Lectures on melocular. Physiology* (*the Lancet*, London, 1863).

cée que Bichat en ce qui concerne les principes mêmes de la physiologie. Qu'est-ce que la vie? demanderons-nous encore.

La vie, dans ce qu'elle a d'appréciable à nos sens, est un certain mouvement de la matière dont les caractères essentiels sont déterminés par la biologie. Si nous voulions imiter la manière de M. Robin, nous compléterions notre définition par la nomenclature des mouvements spéciaux de la matière vivante : à la *nutrivité*, à la *natalité*, à l'*évolutilité*, *etc.*, nous nous ajouterions, en invoquant les mêmes motifs légitimes, la *bilivité*, la *spermaticité*, la *salivité*, la *stomachicité*, *etc.* En vérité ce serait trop et pour traiter le sujet comme il le mérite, de haut, nous croyons devoir synthétiser ces mouvements, les comparer, les étudier, les diviser enfin en deux groupes dont il nous sera facile de déterminer les caractères.

Quel que soit l'élément histologique qui prédomine dans un organe; cellules, fibres, noyaux, peu importe, nous constatons, dans tous les organes sans exception, un certain mouvement appréciable avec le microscope. Ce mouvement a pour effet, avec le concours de la circulation sanguine, de maintenir l'élément histologique en état, c'est-à-dire tel qu'il doit être. A la faveur de ce mouvement, le muscle se maintient à l'état de fibre contractile; le foie conserve son aptitude à retirer du sang les éléments de la bile; le cerveau conserve son pouvoir perceptif et moteur. Ce mouvement général commun à tous les organes est plus complexe qu'on ne pourrait le supposer au premier abord.

Par le seul fait du phénomène endosmotique qui préside à la nutrition des éléments, ces derniers sont le siége d'un travail qui aboutit à trois résultats différents : 1° la réparation de l'élément; 2° l'expulsion des particules inutiles; 3° la formation d'un produit utile. Les deux premiers résultats sont faciles à comprendre : c'est le travail d'assimilation et de désassimilation. Il n'en est pas de même du troisième dont on n'avait jamais parlé.

Nous disons qu'en se nourrissant, l'élément histologique fournit en même temps un produit. Ce produit est destiné à fournir à la dépense incessante de l'élément. Expliquons-nous.

Les cellules biliaires se nourrissent et fournissent un produit qui est la *bile;* les muscles se nourrissent et fournissent un produit qui est une possibilité : la *contraction ;* les cellules cérébrales se nourrissent et fournissent un produit qui est une aptitude à donner naissance à la *perception* et à provoquer des *mouvements, etc.* Or tous ces produits, différents par leur nature, mais parfaitement homologues, en tant que phénomènes biologiques, sont, à tout instant, dépensés par la fonction, c'est-à-dire par la bile en mouvement vers l'intestin, par la contraction musculaire, par les perceptions actuelles ou de souvenir et par les actes cérébraux. Il faut donc qu'en même temps que les éléments histologiques se nourrissent, ils fassent une certaine épargne destinée à suppléer à la dépense fonctionnelle. C'est cette épargne, ce surplus de l'assimilation des sucs nutritifs par les éléments qui constitue le troisième résultat de la nutrition.

Le mouvement nutritif, décomposable en trois mouvements secondaires, est commun à tous les organes et son caractère essentiel est d'être *continu depuis la naissance jusqu'à la mort.* Nous sommes donc autorisés à former un premier groupe de mouvements que nous désignons sous le nom de mouvements de la vie organique.

Mais, diront MM. Robin et Virchow, que faites-vous du *fonctionnement* des cellules?

Les cellules *vivent*, mais ne *fonctionnent* pas. Le foie, qui vit en sécrétant de la bile, ne fonctionne que lorsqu'il expulse le produit de sa vie pour le mettre en rapport avec le résultat des autres fonctions. Le muscle, qui vit en maintenant les fibres à l'état contractile, ne fonctionne que lorsqu'il fournit une contraction. Le cerveau, qui vit en se maintenant apte à sentir et à vouloir, ne fonctionne que lorsqu'il manifeste au dehors de lui cette aptitude par un acte (la pensée est un acte comme nous l'avons démontré ailleurs).

La vie des éléments histologiques se complète par un autre ordre de mouvements que nous désignons sous le nom de *mouvements fonctionnels.* Ces derniers, plus appréciables à nos sens que les premiers, sont, en quelque sorte, le commencement et la fin des mouvements de la vie organique et forment avec eux un cercle non interrompu. La vie des éléments serait impossible sans les fonctions de relation qui cherchent et préparent l'aliment; sans les fonctions digestives qui préparent son assimilation; sans la fonction cardiaque qui le sert tout préparé à l'activité des éléments.

D'un autre côté, les fonctions ne s'accompliraient pas, si la vie des éléments ne leur en fournissait l'occasion. Inutile, croyons-nous, d'insister davantage sur les mouvements fonctionnels : nous nous bornerons à dire que leur caractère essentiel est d'être *intermittent* et de réclamer, pour entrer en activité, l'*intervention d'un excitant spécial.*

Les mouvements de la vie organique et de la vie fonctionnelle représentent tous les mouvements de la vie. Leur connaissance précise peut seule nous donner une idée scientifique des phénomènes biologiques. C'est pour avoir méconnu ces caractères si naturels et si vrais des mouvements de la vie que les histologistes sont tombés dans la plus grande confusion, dès qu'ils ont voulu systématiser les connaissances qu'ils avaient acquises.

Espérons que, dans l'avenir, leur langage gagnera en clarté et en précision, ce qui sera pour nous le gage de nouveaux progrès.

II.

Connaissant les mouvements spéciaux par lesquels la vie se manifeste à nos sens, nous sommes en mesure de trouver dans la cessation de ces mouvements les vrais signes de la mort. Cependant il y a un choix à faire.

Rechercherons-nous dans un corps, en apparence inanimé, les mouvements de la vie organique ou les mouvements de la vie fonctionnelle? Les mouvements de la vie organique sont par nature mystérieux et peu accessibles à nos sens. Sans doute on peut voir grandir sous ses yeux, avec le microscope, les cellules des épithéliums, les fibres musculaires de l'embryon. On peut voir se former les granulations graisseuses et autres. On peut voir, en un mot, la vie naître et mourir. Mais ces mouvements sont difficiles à saisir; ils exigent des préparations minutieuses; et, souvent, ils seraient d'un secours douteux, parce que les mouvements de la vie fonctionnelle peuvent être éteints d'une manière définitive avant la cessation des mouvements de la vie organique. Il est certain d'ailleurs que du moment où l'ensemble des mouvements de la vie fonctionnelle ne se produit plus, la vie n'est pas possible. C'est donc à la cessation de ces derniers mouvements qu'il faut demander les *signes de la mort.*

Le problème ainsi posé, il n'est pas de médecin qui, mis en demeure de se prononcer sur l'état de vie ou de mort d'un sujet, ne parvienne à formuler un jugement formel et motivé. Mais, pour répondre aux clauses du testament du marquis

d'Ourches, il s'agit de trouver un procédé sûr et susceptible de pouvoir être employé par des *villageois sans instruction*. Désireux de nous éclairer sur ce sujet, nous avons ouvert le *Traité des signes de la mort*, par M. le docteur Bouchut, et voici, en résumé, ce que nous y avons trouvé (1).

Pénétré de cette vérité physiologique que les mouvements fonctionnels de la circulation ne peuvent cesser pendant un certain temps sans entraîner la cessation de tous les autres et, par suite, les mouvements de la vie organique, M. Bouchut s'est appliqué à constater la cessation de ces mouvements par plusieurs procédés :

1° En recherchant la persistance des mouvements du cœur au moyen de l'auscultation et, dans le cas où le résultat est douteux, par la cardio-puncture. Ce dernier procédé consiste à introduire une aiguille capillaire dans le quatrième espace intercostal à 3 centimètres de profondeur ; si l'aiguille remue, le sujet peut n'être pas encore mort, si elle est immobile, la vie est éteinte. Très-simple et tout à fait inoffensif, ce procédé se distingue fort heureusement de celui de Foubert, qui faisait une incision entre deux côtes et portait un doigt sur le cœur pour s'assurer si ce muscle avait absolument perdu son mouvement (2).

2° En constatant, avec l'ophthalmoscope, la vacuité de l'artère centrale de la rétine, la disparition de la papille du nerf optique, la décoloration grise de la choroïde, et enfin la pneumatose des veines rétiniennes, caractérisée par les interruptions multiples de la colonne sanguine, interruptions que l'on pourrait comparer à la colonne interrompue d'un thermomètre à esprit de vin.

M. Bouchut ajoute à ces signes formels, qui découlent d'une brillante et nouvelle application de l'ophthalmoscope, d'autres signes moins précis et qui résultent également de la cessation de la circulation ; ce sont : les lividités cadavériques provenant de la transudation du sang fluide à travers les parois des capillaires et les rides de la cornée vues avec l'ophthalmoscope.

Les mouvements du cœur ne sont pas les seuls mouvements fonctionnels que M. Bouchut ait explorés : les organes des sens qui, par leur immobilité maladive, fournissent le plus souvent les signes de la mort apparente, ont été soigneusement étudiés par lui ; et il a eu l'heureuse inspiration de soumettre la pupille à l'action dilatante de l'atropine. Après s'être assuré que l'atropine, portée dans l'œil une à deux heures après la mort, n'a aucune action sur l'iris des cadavres, il a instillé cette substance (10 centigrammes pour 30 grammes d'eau) dans l'œil de plusieurs malades dont le coma profond simulait la mort. Dans ce dernier cas, la pupille s'est toujours dilatée. Ce signe est si sûr que M. Bouchut désigne l'atropine sous le nom de *réactif de la mort*.

Nous lui trouvons, de plus, l'avantage de pouvoir être employé par le premier venu.

Les moyens que nous venons d'énumérer peuvent paraître suffisants aux plus difficiles, M. Bouchut ne s'en est pas tenu là. Il a voulu être tout à fait de son temps et, voyant l'usage que l'on fait aujourd'hui du thermomètre dans l'étude des maladies (3), il a eu l'heureuse idée de faire de la *température thermométrique* des cadavres un nouveau signe de mort.

Ce signe ne ressort pas directement de la cessation des mouvements de la vie organique ou de la vie fonctionnelle, mais il est entièrement lié à la permanence ou à la cessation de ces deux ordres de mouvement. Par conséquent, il est tout aussi précieux, si non plus, que les signes tirés directement de l'état de la circulation.

Le travail que M. Bouchut a consacré à l'étude de ce signe est considérable ; il repose sur onze cents observations (1). Nous devons nous borner à dire ici que, après avoir étudié la température chez les morts et chez les vivants dans toutes les conditions utiles à la solution du problème, M. Bouchut donne le chiffre de + 20° comme équivalent de la mort.

Tout corps humain qui donne cette température de + 20° au thermomètre placé sous l'aisselle est mort et bien mort.

Cette formule scientifique, entièrement neuve, devait être mise à la portée de tous pour répondre aux volontés de M. d'Ourches. A cet effet, M. Bouchut a fait construire un thermomètre à alcool très-simple : une bande de papier colorée est placée sur un côté du tube et recouvre les graduations inférieures jusqu'à + 20°. Prenons la température d'un corps, et jetons un regard sur la bande colorée. Si la colonne d'alcool est invisible, c'est que la température ne s'élève pas au-dessus de + 20°, la mort est certaine. Si la colonne d'alcool est visible, c'est qu'elle dépasse la bande colorée, la température est donc supérieure à + 20°, la vie est encore probable. Ce thermomètre, que M. Bouchut désigne judicieusement sous le nom de *nécromètre*, peut dont être manié avec fruit par l'homme le plus ignorant, ne sachant pas même lire.

Les signes de la mort, dont on vient de lire l'énumération, présentent certainement les caractères scientifiques que le physiologiste le plus sévère pourrait désirer. D'un autre côté, il en est quelques-uns qui répondent de tout point aux conditions de la clause qui veut que ces signes soient reconnaissables pour le vulgaire (l'atropine dans l'œil, le degré de la température avec le nécromètre).

Pourquoi donc l'Académie n'a-t-elle pas accordé l'intégralité du prix ?

Quant à nous, nous sommes heureux de pouvoir offrir à notre éminent confrère l'expression de nos félicitations les plus cordiales. Son travail très-remarquable — complétant si dignement son mémoire couronné par l'Institut (prix Manni) — nous a permis, tout en rappelant quelques idées personnelles, de rattacher les signes de la mort aux lois de la physiologie générale.

Dr Édouard FOURNIÉ.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

De la suffocation par végétations de la trachée après la trachéotomie.

Quelquefois, après la trachéotomie faite dans le croup, il arrive que, l'enfant étant guéri, on ne peut enlever la canule sans qu'il survienne des accès de suffocation, et cela dure des semaines, des mois, des années. Dans quelques circonstances, lorsque la plaie est fermée ou à demi cicatrisée, cette suffocation a entraîné la mort. Cela dépend d'un rétrécissement du larynx par induration des cordes vocales ou d'une végétation de la muqueuse trachéale au niveau de l'incision faite dans la trachée. Toutefois, ces végétations polypiformes de la trachée peuvent exister sans produire de gêne respiratoire ni d'accident grave. J'en ai vu récemment la preuve.

Ainsi, l'an dernier j'ai eu, dans mon service, une petite fille

(1) *Traité des signes de la mort*, par Bouchut. — Deuxième édition, J. B. Baillière.
(2) Orfila, *Traité de médecine légale*.
(3) L'application du thermomètre aux études pathologiques fut inspirée d'abord par les travaux si remarquables d'Andral et Gavarret.

(1) C'est à ce travail, signé du pseudonyme de Pierre Durand, que l'Académie vient d'accorder une récompense de 1,000 francs.

amenée pour une rougeole compliquée de broncho-pneumonie qui fut assez grave pour entraîner la mort. Elle avait été guérie du croup six semaines avant par la trachéotomie. Je fis son autopsie, et je trouvai dans la trachée, non rétrécie au niveau de l'incision, à la partie inférieure de la cicatrice, une végétation conjonctive, flottante, pédiculée, rose, mollasse, du volume d'un grain de chènevis environ. Les parois du larynx et les cordes vocales étaient saines.

L'an dernier également, je vis un enfant qui devait avoir quelque chose de semblable. C'est un jeune garçon de treize ans, opéré à Lille par un de mes premiers maîtres, Parise. Depuis six ans que l'opération a été faite, on ne peut ôter la canule sans qu'il en résulte des accès de suffocation.

Cependant la canule ne sert à rien pour le passage de l'air. Elle est extrêmement petite et serait tout au plus celle d'un enfant d'un an. C'est la plus petite de nos canules. Elle est fermée par un bouchon de liége. L'enfant respire par la bouche, il parle clairement et distinctement, enfin il suit les cours du collége, où il récite ses leçons à haute voix, où il joue et court comme ses camarades. Cette canule n'est qu'un corps étranger mis dans la trachée, servant par sa courbure à déprimer quelque chose qui, sans cette compression, se relève et gêne le passage de l'air moins que la canule elle-même.

Avec cette petite canule qui est du volume d'une plume d'oie et bouchée pour fermer l'accès de l'air, l'enfant vit et parle régulièrement. Il est vrai qu'elle laisse autour d'elle, dans la trachée d'un garçon de treize ans, une large place à la colonne d'air inspiré. — Sans elle il étouffe et pourrait mourir. — Quatre fois on a essayé de l'ôter, et l'on a dû y renoncer.

J'ai recherché par l'ouverture de la plaie à sentir un corps étranger sans y réussir, et j'ai dû remettre promptement la canule. Il est probable qu'il y a là cependant une végétation pédiculée qui flotte quand rien ne la déprime, et, chose curieuse, la trachée supporte mieux une toute petite canule fermée qui ne gêne ni la respiration ni la parole qu'elle ne tolère cette végétation flottante.

J'ai vu semblable phénomène l'an dernier chez l'enfant d'un de nos confrères de Paris. Il avait été opéré par Peter, Krishaber et Saint-Germain. Après guérison, on fut trois mois sans pouvoir ôter la canule. Une fois enlevée, la plaie du cou, restant mal fermée, l'enfant avait de fréquents accès de suffocation. Un matin, il étouffait plus que de coutume, et il avait failli périr. On me demanda, et, comme il était soulagé quand je le vis, je me bornai à dire qu'il fallait rouvrir la trachée pour remettre la canule, laissant ce soin à ceux qui avaient fait l'opération. Quand mes confrères furent réunis, l'enfant suffoqua de nouveau, et il périt sans qu'on pût lui porter secours. A l'autopsie, on constata à l'angle inférieur de la cicatrice trachéale une petite végétation polypiforme, incapable de déterminer la suffocation et la mort, mais capable de rétrécir la trachée lors d'émotions violentes. C'était une végétation semblable à celle que j'ai observée l'an dernier et dont j'ai parlé un peu plus haut.

M. Bergeron a publié une observation très-analogue et a aussi constaté à l'autopsie une concrétion polypiforme de la trachée. Pendant la vie, l'enfant était soumis à de nombreux accès de suffocation ; la voix était même altérée ; d'où l'impossibilité absolue de retirer la canule.

M. Blachez a observé, en 1858, dans le service de Beau, un cas analogue, mais de cause différente. Il s'agissait d'un enfant âgé de deux ans et demi, atteint de croup, qui fut opéré par la trachéotomie ; l'opération réussit. Un mois après, à plusieurs reprises on avait essayé, sans succès, de retirer la canule. Au bout d'un certain temps, Blachez parvint un jour à l'enlever du larynx, la laissant dans la plaie des téguments, afin de tromper l'enfant. Une demi-heure après l'enfant, en jouant, s'était piqué le doigt, s'était mis en colère, et un accès de suffocation étant survenu avait produit mort subite. A l'autopsie, on constata un rétrécissement léger et une légère induration des cordes vocales. Dans ce cas, la mort est le résultat d'un spasme laryngien qui est venu se surajouter à une lésion anatomique, insuffisante par elle-même à causer la mort.

J'ai vu, il y a une dizaine d'années, un cas qui ressemble beaucoup à celui de M. Blachez. Il est inutile de citer les noms, mais voici le fait : Au boulevard de Sébastopol, un enfant atteint d'une angine couenneuse était soigné par un médecin qui voulut cautériser les amygdales avec un pinceau chargé d'acide chlorhydrique. Il avait pris trop d'acide et, en cautérisant, une goutte tomba dans le larynx, ce qui produisit un accès de suffocation terrible et la nécessité de faire la trachéotomie. Au bout de huit jours, on essaya de retirer la canule, et cela se passa bien pendant quarante-huit heures, mais quand la plaie se ferma, l'enfant faillit périr.

Je fus appelé en consultation et, en présence d'une anoxémie menaçante, on fit de nouveau la trachéotomie.

Quelques jours après, nouvelle tentative de retirer la canule et nouvel insuccès. Il fallut la laisser à demeure, et j'ai connu l'enfant pendant plusieurs années. Il avait un rétrécissement du larynx causé par une brûlure d'acide chlorhydrique. Beaucoup de chirurgiens de Paris ont vu cet enfant, lui ont passé des sondes de bas en haut, et tout cela sans résultat. Il fallut toujours conserver la canule. Qu'est devenu le malade ? Je l'ignore, car je l'ai perdu de vue. Je doute qu'il ait pu guérir.

D'après ces exemples, on voit qu'après la trachéotomie il y a des cas où l'on ne peut retirer la canule, qui doit rester en place des mois, des semaines et même des années ; que la nécessité de laisser la canule dépend d'un rétrécissement du larynx ou de végétations polypiformes de la trachée au niveau de la cicatrice trachéale.

CLINIQUE DE L'ÉTRANGER

De l'avenir de la chirurgie appliquée au traitement des calculs vésicaux (1)

par Sir Henry Thompson
professeur de clinique chirurgicale à « University Hospital ».

Le titre même de cette leçon vous porte peut-être, messieurs, à la considérer comme devant être plutôt théorique que pratique. Repoussez cette pensée, car je désire, au contraire, être essentiellement pratique, et vous le reconnaîtrez, j'espère, par les considérations que je vous présenterai. Aborder une question chirurgicale par son avenir est, il est vrai, chose inaccoutumée. Généralement, vous le savez, on expose tout d'abord l'historique de la question. Remontant jusqu'à Galien et Hippocrate, qu'on ne manque pas de citer, on promène le lecteur à travers l'expérience des siècles en lui parlant tour à tour de la pratique des Arabes, de l'expérience d'Ambroise Paré, de Richard Wiseman, etc... pour terminer enfin par des faits actuels. Quelque instructive, quelque intéressante que soit cette manière de faire, ce n'est pas elle que je me propose de mettre en pratique aujourd'hui.

(1) Cette leçon ne figure pas dans la dernière édition anglaise des « Clinical Lectures ». Prononcée en novembre 1873 devant la « Midland medical Society » par sir Henry Thompson, elle a été traduite par M. Victor Campenon, interne à la Charité, et accompagne le *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, qui paraîtra prochainement à la librairie J. B. Baillière et fils.

Non, messieurs, ce n'est pas le passé, mais l'avenir que je veux envisager, je le déclare nettement. Si j'agis ainsi, c'est que, dans mon sentiment, nous sommes arrivés à un moment du traitement chirurgical de la pierre qui nous autorise à tourner nos regards vers cet avenir. Prévoir et prédire (mot un peu trop ambitieux cependant) devient toujours possible, dans une certaine mesure, lorsqu'on connaît à fond tout ce qui touche de près ou de loin au sujet en question. Or il n'est certes aucune opération, aucun traitement chirurgical à qui puisse mieux s'appliquer cet axiome que le sujet même de cette conférence.

Je pose donc hardiment, comme prémisses, que l'affection calculeuse vésicale peut, comme d'autres maladies, être guérie par le chirurgien. Oui, cette dangereuse maladie qui, pendant deux mille ans, a mis à l'épreuve l'habileté des opérateurs, qui a inspiré tant d'œuvres instructives, qui, redoutée au-delà de tout fléau de l'humanité, a été de tout temps la source d'indicibles souffrances; cette maladie, dis-je, est aujourd'hui parfaitement guérissable tout aussi bien que toute autre affection pénible ou dangereuse.

Le véritable triomphe de la médecine a été, dans tous les temps, non seulement de guérir, mais surtout de s'opposer à l'apparition des maladies et d'en amener ainsi la disparition progressive. Je puis citer comme fléaux des plus graves telles affections qui, grâce aux efforts d'une médecine intelligente, ont cessé de se montrer à notre époque. La peste n'est plus en Europe, à fort peu d'exceptions près, que du domaine de l'histoire, et cela depuis longues années déjà. Nous pouvons en dire autant de la petite vérole, qui n'est, de nos jours, qu'un véritable « anachronisme ». Car si elle se montre encore, c'est parce qu'il existe des sots et des ignorants. J'irai plus loin même, n'hésitant pas à proclamer que fièvre typhoïde, que fièvres éruptives tendent à disparaître, grâce aux progrès de l'intelligence humaine. Vous m'accorderez bien aussi, j'en suis sûr, que nous pouvons intervenir dans la marche du choléra. Nulle objection, que je sache, ne peut être élevée contre ces propositions. Toutes ces conquêtes glorieuses appartiennent à la « médecine », pour me servir du mot consacré, mais je me hâte de protester contre cette division entre les deux grandes branches de l'art de guérir. Jamais, comme j'aurai l'occasion de vous le montrer incidemment, on ne peut les séparer complétement. Quant à la « chirurgie » proprement dite, si elle peut guérir et soulager, elle n'a pas fait disparaître de maladies. C'est en sa faveur, cependant, que j'élève la voix aujourd'hui, pour réclamer comme de son fait et de lui seul l'accomplissement de cet avenir que je me hasarde à exposer devant vous.

Toutefois, avant de porter nos regards en avant, jetons un coup d'œil sur ce qui se passe de nos jours; esquissons rapidement quelle est, dans ce siècle, la pratique chirurgicale relative à la pierre.

Je vous rappellerai tout d'abord qu'il y a cinquante ans on ne connaissait qu'un seul traitement de la pierre, la taille; opération universellement reconnue comme périlleuse chez l'adulte et des plus hasardeuses chez le vieillard. Vers cette époque, c'est-à-dire en 1822, Civiale, en présence d'une commission de l'Académie de médecine de Paris, débarrassait deux malades de leur pierre par un procédé de broiement et d'écrasement, au moyen d'instruments conduits dans la vessie à travers l'urèthre. Depuis lors, cette méthode, généralement connue sous le nom de *lithotritie*, a subi de nombreuses modifications et des progrès multiples pour devenir l'opération que vous voyez pratiquer actuellement. Durant les vingt premières années de son évolution, elle contribua probablement à augmenter le chiffre de la mortalité parmi les calculeux, résultat inévitable du changement de méthode opératoire. Ce n'était pas en vain, en effet, qu'on pouvait quitter une opération exécutée et tracée par des maîtres pendant plusieurs siècles pour en adopter une autre entièrement différente et à laquelle la main n'était pas faite. Les tentatives n'en continuèrent pas moins: on avait foi en l'avenir de la nouvelle opération. On peut considérer, il est vrai, comme barbares (car il serait barbare aujourd'hui de revenir à ce passé), et les premiers instruments et les premières manières de s'en servir, mais ils répondirent à cette phase de transition qui devait conduire au progrès. C'est ainsi que, peu à peu, par une suite de tâtonnements et après de longues années d'expérience, on arrivait à remplacer par un instrument parfait, par le lithotriteur, tout à la fois léger et puissant que nous avons aujourd'hui, ces instruments pesants et grossiers d'autrefois qu'on faisait pénétrer dans la vessie, un peu par la douceur, mais surtout par la violence. Parallèlement au perfectionnement des instruments on voyait s'élever de plus en plus le chiffre du succès.

A cette même époque, ceux que la nouvelle méthode ne satisfaisait pas cherchaient quelque nouveau procédé de taille capable de rivaliser, pour les petites pierres, avec les résultats donnés par la lithotritie entre des mains prudentes. C'est alors que prirent naissance les tailles bilatérale, médiane, et son dérivé, la taille prérectale et enfin d'autres procédés ne différant que peu des méthodes ordinaires. Toutefois, comme les données anatomiques demeurent immuables, on conçoit que nous ayons peu à attendre des progrès de la taille; le chirurgien n'a que deux voies fatales pour arriver à la vessie avec l'instrument tranchant: le périnée et la région sus-pubienne. Quel est l'opérateur qui n'a médité sur ce grand problème dans le silence des nuits ou qui ne l'a étudié le jour dans ses dissections sur le cadavre? Qu'elle serait longue la liste de ces hommes dévoués à notre art qui ont consacré leur temps et leurs efforts à apporter un perfectionnement, quelque léger qu'il fût, à la taille; celui-ci cherchant la voie la plus courte vers le canal uréthral, celui-là le meilleur moyen d'éviter tel ou tel vaisseau, ce troisième l'incision la plus favorable à la prostate? Quelle est, en réalité, la valeur de ces diverses modifications comparées à la classique taille latérale? Je ne saurais mieux répondre à cette question qu'en vous priant d'écouter les paroles de mon ami le docteur Cadge, de Norwich, qui, après une soigneuse et complète analyse des résultats de la taille médiane à Norwich, conclut en ces termes: « Il résulte de mon expérience actuelle qu'elle n'est avantageuse et profitable que pour les malades dont la pierre est de petit volume... S'il en est autrement, elle devient hasardeuse et même dangereuse (1). » Ce jugement est le même que celui que je portais dans mes conférences sur ce sujet; il a pour lui l'assentiment de tout chirurgien qui a étudié la question, et j'ai en vue ici non-seulement les opérateurs anglais, mais aussi des médecins étrangers de valeur avec qui j'ai eu récemment l'avantage de discuter sur ce point.

Permettez-moi encore une digression avant d'aborder le sujet même de notre entretien; mais je ne saurais passer sous silence la relation qui existe entre le nombre des calculeux opérés et celui des décès. Il est encore des auteurs qui, à cet égard, persistent à présenter des statistiques où figurent pêle-mêle et les adultes et les enfants. Or c'est là, je le déclare, une pratique éminemment trompeuse qui, si elle n'est le fait d'une inattention coupable, ne peut être expliquée que par un des deux mobiles suivants: ou une ignorance grossière des chances si différentes présentées aux divers âges, ou une intention arrêtée de confondre tous les cas pour n'avoir qu'une très-faible mortalité à signaler au total final. Or au point de vue de la vérité, comme aussi pour éviter toute erreur, il faut distinguer nettement les cas de pierre survenant avant la puberté de ceux qui se montrent plus tard (2). Il est de fait notoire qu'avant la puberté la taille est une opération relativement sans danger, suivie de mort à peine une fois sur seize. Chez les adultes, il y a toujours péril et, si nous consultons les statistiques des meilleurs lithotomistes (je n'entends parler ici que de ceux faisant toujours la taille et jamais la lithotritie), nous trouvons que de la puberté à cinquante-huit ans (3), la proportion de la mort est de 1/6 et qu'elle devient de 1/3,5 de cinquante-huit à quatre-vingts ans (4). Ce qui crée la grande différence entre l'adulte et l'enfant, c'est que, chez ce dernier, les organes sexuels sont encore rudimentaires, et qu'on n'y rencontre pas ces sympathies étroites de tout l'organisme avec le système génito-urinaire, sympathie si puissante, au contraire, chez l'adulte, où elle se traduit par ces symptômes

(1) *Median Lithotomy*, note lue à la réunion annuelle de Bristish Medical Association. Londres, 1873.

(2) Cheselden insiste sur la nécessité absolue de préciser toujours l'âge du patient. Lui-même en donne l'exemple dans sa statistique de 213 cas, dont 167 avaient moins de vingt ans; 14 opérés seulement avaient plus de cinquante ans, parmi lesquels il y eut 6 morts (Cheselden's *Anatomy*, 5e édit., p. 322-323, 1740). La pratique si justement célèbre de Martineau qui n'eut que 2 morts sur 84 taillés comprenait 34 cas au-dessous de quatorze ans, 5 femmes et seulement 11 calculeux de plus de soixante ans.

(3) Série de 528 opérations de taille.

(4) Série de 271 opérations. (V. Henry Thompson, *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, part. III, p. 638).

morbides, quelquefois graves, que nous désignons sous le nom générique de « fièvre uréthrale », et que nous n'observons jamais, ou seulement à titre exceptionnel chez la femme et chez l'enfant. Mais c'est assez, pour ne pas dire trop, déjà sur ce point. Rappelons-nous seulement qu'il nous faut laisser de côté toute statistique qui ne divise pas nettement les faits en deux grands groupes naturels.

Ce que je veux aujourd'hui, c'est me borner à l'étude du *calcul chez l'adulte* (aussi bien est-là le point le plus vaste et le plus important de notre sujet) et à l'examen de ce que la lithotritie peut nous donner à cet âge, bien qu'elle ne soit pas, disons-le en passant, inapplicable chez l'enfant si le corps étranger est très-petit. Qu'il soit donc bien entendu, messieurs, que tout ce qui va suivre s'adresse au calculeux adulte et aussi, naturellement, aux pierres de moyen volume chez le vieillard. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 août (1). — Présidence de M. PETER, vice-président.

RAPPORT

Opération de la cataracte par le procédé français. — M. DE SAINT-GERMAIN. Vous avez entendu, dans la séance du 24 mai dernier, la lecture du travail de M. Camuset. J'ai suivi cette lecture avec le plus vif intérêt, et j'ai cru remarquer, chez la plupart de nos collègues, l'attention soutenue que l'on prête toujours aux travaux consciencieusement faits, clairement exposés, et spirituellement lus. Aussi ai-je été très-heureux de m'entendre nommé rapporteur de ce mémoire, entraîné que j'étais par la verve toute française que l'auteur mettait à défendre une cause toute française. J'eusse été cependant, il y a deux mois, fort embarrassé de la tâche qui m'est aujourd'hui confiée; et j'aurais même probablement alors décliné ma compétence; mais tout est bien changé depuis ce temps. Le samedi 12 avril, une discussion s'est engagée, à la Société de chirurgie, sur le traitement de la cataracte. J'ai suivi cette discussion avec tout l'intérêt que commandaient un pareil sujet et la valeur des divers orateurs qui ont successivement pris la parole; j'ai vécu durant deux mois de discussion d'extraction linéaire, de méthode à grand lambeau, à petit lambeau, etc., et si je ne suis pas aujourd'hui complétement édifié sur le sujet, ce n'est certes pas ma faute, ni celle des chirurgiens mes collègues. C'est donc en m'appuyant sur leurs différents mémoires et non point sur mes idées personnelles, que je demanderai, à M. Camuset, la permission de l'argumenter, et s'il m'arrive de temps à autre de laisser échapper une appréciation de mon cru, que cela ne tire point à conséquence, je ne l'aurai pas fait exprès.

Et maintenant, messieurs, je commence, et je donne la parole à M. Giraud-Teulon, le premier en date des orateurs inscrits, si j'ai bonne mémoire.

Ah, je dois le dire, messieurs, voilà un ophthalmologiste qui n'est pas de l'avis de M. Camuset. Il compare la méthode de Daviel, la méthode française, la méthode classique à lambeau, avec l'extraction linéaire simple ou modifiée, avec ou sans iridectomie, et il reproche à la première de compter *entre les meilleures et les plus habiles mains* (soulignons cela, s'il vous plaît) au moins 10 pour 100 de désastres complets et 10 pour 100 encore de demi-succès. Il approuve du reste grandement l'iridectomie, contre laquelle s'élève si vigoureusement M. Camuset, et paraît convaincu que la perturbation visuelle qui en est la conséquence (je veux parler de l'éblouissement, de l'accroissement et des cercles de diffusion) est bien inférieure aux troubles produits par l'astigmatisme cornéal, conséquence directe et fréquente des cicatrisations vicieuses qui suivent l'extraction à lambeau, et déforment la membrane. En somme, d'après la méthode de de Graefe, de 3 à 5 pour 100 d'insuccès complets au lieu de 10.

M. Panas succède à M. Giraud-Teulon. Reportant à Saint-Yves l'honneur de l'extraction linéaire, et rendant toute justice à l'opération de Daviel, qu'il qualifie d'opération admirable et fort difficile à détrôner, il penche cependant du côté de l'opération de de Graefe, et considère l'iridectomie comme un perfectionnement des plus importants. L'objection qui consiste dans la fréquence plus grande des cataractes secondaires n'aurait, pour M. Panas, qu'une valeur très-relative, car on est en droit, dit-il, de se demander si au temps où l'éclairage oblique et l'ophthalmoscope étaient inconnus ou peu pratiques, la kératotomie à lambeau était réellement plus exempte que sa rivale des accidents qu'on lui reproche. Jusqu'ici, vous pouvez le voir, messieurs; les partisans de la méthode de de Graefe sont en majorité; mais voici venir M. Maurice Perrin qui va prêter à la méthode de Daviel, l'appui de sa parole éloquente et persuasive. Après un historique des plus complets et un exposé succinct des diverses méthodes, M. Perrin déclare et cherche à démontrer que les incisions exiguës, de quelque nom qu'on les décore, de même que les incisions périphériques sont toutes irrationnelles et plus dangereuses que les incisions plus grandes et plus centrales à petit lambeau.

Sans douter de la sincérité de personne, M. Perrin a les chiffres en grande défiance et croit, avec Daviel, que ce ne sont pas les succès proclamés qui prouvent l'excellence d'une méthode; mais les principes sur lesquels elle est fondée. Quant à l'iridectomie, il la juge absolument inoffensive, surtout lorsqu'elle est limitée à la partie située audessous d'une incision passant à 1 ou 2 millimètres du bord de la cornée, et tout en reconnaissant qu'elle amène le plus souvent une légère ascension de la pupille, il déclare que cette décentralisation ne nuit pas à la vision et n'est que très-peu apparente.

M. Duplay réduisant la question à ces termes très-précis, quel est le meilleur procédé d'extraction de la cataracte? relève la statistique attaquée par M. Perrin et déclare que, pour lui, la valeur d'une opération se juge surtout par les résultats qu'elle fournit. Or toutes les statistiques sont unanimes pour démontrer que l'opération de de Graefe donne des résultats notablement plus brillants que l'opération de Daviel (10 à 15 pour 100 de succès en plus). Comparant ensuite les deux méthodes, au point de vue de la difficulté d'exécution, il ne pense pas que l'on doive repousser une opération qui donne de meilleurs résultats qu'une autre, sous le prétexte que la première est plus difficile que la seconde. Aussi opte-t-il franchement pour l'opération de de Graefe, se basant sur les avantages considérables et pour ainsi dire capitaux qu'elle présente, à savoir : la fréquence beaucoup moins grande du phlegmon et, par conséquent, de la fonte purulente de l'œil; — la réunion par première intention beaucoup plus rapide; — le nettoyage plus complet du champ pupillaire; — enfin, et surtout, la possibilité d'attaquer les cataractes compliquées avec beaucoup plus de chances de succès que par l'ancien procédé.

J'avoue, messieurs, que si j'avais pu conserver un doute, si j'avais pu hésiter encore avant le discours de M. Duplay, je dus cette fois me rendre absolument aux raisons donnés par lui et me ranger parmi les partisans de la méthode de de Graefe. J'ajouterai que, si je fais appel à mes souvenirs anciens ou récents, je me trouve absolument confirmé dans cette appréciation.

Sans parler, en effet, de ces exécutions, je n'ose dire de ces opérations solennelles par lesquelles la plupart de nos maîtres illustres convertissaient en ténèbres palpables le crépuscule dont jouissaient encore les malheureux cataractés, j'ai vu très-fréquemment le phlegmon de l'œil et, par suite, la fonte purulente survenir à la suite de l'extraction (extraction correctement, sagement pratiquée) par la méthode de Daviel et s'il m'était permis de recourir à l'expérience personnelle d'une microscopique statistique, je dirais qu'à l'hôpital des Ménages sur trois cas de cataracte opérés par ce procédé, j'ai eu à déplorer un cas de fonte de l'œil, sans qu'au moment de l'opération aucun accident ait pu faire prévoir un aussi déplorable résultat. Ce redoutable accident n'a jamais été observé par moi chez les malades opérés par la méthode de de Graefe, et si j'ai pu enregistrer des demi-succès ou mieux des trois quarts de succès, je n'ai jamais vu de résultat absolument négatif à la suite de son application.

Quelle que soit, messieurs, la divergence d'opinion qui existe entre M. Camuset et votre rapporteur, je me plais à rendre hommage à ses grandes qualités d'observation, de saine critique et de discussion serrée qui règnent dans ce travail remarquable à tous égards, et par le fond et par la forme.

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 mars 1874.

Après une série d'observations fort bien prises de cataractes opérées avec succès par la méthode de Daviel, notamment chez des alcooliques. M. Camuset, convaincu de la grande supériorité du procédé français avoue cependant que s'il rend beaucoup à l'opérateur, il exige beaucoup de lui.

La lecture de ce travail démontre surabondamment qu'on est en droit d'exiger beaucoup de l'auteur et qu'il lui sera certainement beaucoup rendu.

Aussi proposerai-je, au nom de la commission composée de MM. Reliquet, Leudet et de Saint-Germain :

1° De publier dans nos bulletins le travail de M. Camuset;

2° De l'inscrire au nombre des candidats à la place vacante de membre titulaire. (*A suivre.*)

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

DRAGÉES DOMINIQUE

Les sels arsenico-ferriques *naturels* de la Dominique offrent aux praticiens une innocuité toute particulière dans la médication arsenicale.

Chaque **Dragée Dominique** contient un demi-milligramme d'arséniate de fer, 5 centigrammes de composés ferrugineux.

Les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance dans les formes les plus variées de l'anémie, les névralgies, les maladies de la peau, les fièvres intermittentes, etc., etc.

Les **Dragées Dominique** sont fort agréables au goût.

Emploi : de deux à quatre dragées quelques instants avant les deux principaux repas.

Entrepôt général : Pharmacie Centrale de France, 7, rue de Jouy, à Paris.

Détail : Les principaux Pharmaciens.

LIENTERIE et DYSPEPSIE — GASTRALGIE et ANOREXIE

PANCRÉATINE DEFRESNE

HUILE DE FOIE DE MORUE DEFRESNE ÉMULSIONNÉE PAR LA PANCRÉATINE

PILULES, VIN, ÉLIXIR, ÉMULSION PANCRÉATIQUE DEFRESNE

EMPLOYÉS DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

(Voir les Mémoires présentés à l'Académie de médecine et à l'Institut.)

La **Pancréatine Defresne** perd un tiers de sa force dans l'estomac, mais continue son action dans le duodénum en présence de la bile alcaline. Elle rend assimilable, 15 fois son poids de corps gras; elle digère 50 fois son poids de fibrine, 140 g. d'empois ou 8,90 d'amidon.

Pharmacie DEFRESNE, rue des Lombards, 2 et 4, et dans toutes les autres pharmacies.

PILULES HÉMATIQUES DUROY

(Extrait complet du sang frais de bœuf)

TOUS LES MATÉRIAUX DE L'ORGANISME. — RECONSTITUANT GÉNÉRAL.

Renfermant le *fer* retiré *des globules*, les phosphates, *tous les sels*, sans exception; *tous les extractifs azotés du sang*. — Dose moyenne : 4 pilules par jour. — 4 francs le flacon de 100 pilules dragéifiées inaltérables. — Dans toutes les pharmacies.

J. L. P. DUROY, LAURÉAT DE L'INSTITUT, 10, rue du Faubourg-Montmartre, Paris.

VIN DE QUINQUINA AU MALAGA D'ABBADIE

RUE SAINTE-APOLLINE, 21 (Porte Saint-Denis), PARIS

Ce vin qui, depuis 1814, est préparé avec le plus grand soin, **avec des quinquinas choisis et d'excellent vin,** se recommande à MM. les médecins qui veulent prescrire l'emploi d'une préparation sûre et toujours identique.

Ce vin, d'une saveur agréable, est parfaitement pris par les enfants, les vieillards les convalescents, et par toutes les personnes dont l'estomac est délicat. — *Dépôts dans toute la France.*

EAU FERRUGINEUSE D'AUTEUIL (Paris)

25 centimes 10 c. en plus p^r la bout. — APÉRITIVE, TONIQUE ET RECONSTITUANTE — 25 centimes 10 c. en plus p^r la bout.

Établissement ouvert toute l'année

Prescrite avec le plus grand succès contre les engorgements de l'estomac, appauvrissement du sang, anémie, aménorrhée, pâles couleurs, engorgements du foie, de la rate, hydropisies au début. D'une efficacité certaine dans les convalescences des maladies graves, lymphatisme, accidents de la croissance et de la grossesse, et dans tous les cas où il faut relever l'organisme.

Elle contient des quantités notables de Sulfate de Protoxyde de Fer, d'Alumine, de Soude et de Magnésie, du Manganèse et de l'Arsenic.

La SOURCE D'AUTEUIL est située *rue de la Cure, n° 4*, à cinq minutes de la *gare de Passy*. — S'adresser à M. D'ESEBECK, propriétaire, ou à son Entrepôt de toutes les Eaux minérales françaises et étrangères, 62, rue J.-J. Rousseau.

VIN DE CHASSAING

A LA PEPSINE et A LA DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 mars 1864.

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la PEPSINE, qui n'a d'action que sur les aliments azotés, à son auxiliaire naturel la DIASTASE, qui transforme en Glycose les aliments féculents et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats

contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES	MAUX D'ESTOMAC
LIENTERIE, DIARRHÉE	DYSPEPSIES, GASTRALGIES
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES	CONVALESCENCES LENTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION	PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES...

PARIS, 2, rue de la Coutellerie (ci-devant, 2, avenue Victoria), et la plupart des Pharmacies

---

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

EAU ANTI-HÉMORRHAGIQUE

DE TISSERANT!

Expérimentée avec succès par plusieurs célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par MM. FRÉMY et MONOD, médecins des hôpitaux; par MM. les docteurs PORTALÈS, RIÉGÉ, etc., etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (notamment les *hémoptysies*, les *métrorrhagies*, les *ménorrhagies*, etc.), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, etc.

MM. les médecins qui n'auraient pas encore expérimenté ce médicament, sont priés d'en faire prendre un flacon, qui leur sera délivré gratuitement à la PHARMACIE SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, à Paris.

HYPOPHOSPHITES

Du Docteur **CHURCHILL**

(Auteur de la découverte)

On prescrit : l'**Hypophosphite de Soude** ou celui de **Chaux**, sous forme de **Sirop**, à la dose de deux ou trois cuillerées par jour dans la **Phthisie**;

L'**Hypophosphite de Quinine** sous forme de **Pilules**, à la dose de deux, trois ou quatre par jour, comme **tonique** ou **fébrifuge**;

L'**Hypophosphite de Fer** sous forme de **Sirop**, à la dose de deux ou trois cuillerées par jour, contre la **Chlorose**, l'**Anémie**, etc.;

L'**Hypophosphite de Manganèse** sous forme de **Pilules**, à la dose de deux ou trois par jour, dans les cas de **Chlorose** ou **Anémie** *où le fer n'est pas supporté*;

L'**Hypophosphite d'Ammoniaque** sous forme de **Tablettes**, contre la **Toux**, à la dose de six ou huit par jour.

Prix : **Sirops** et **Pilules : 4** fr. le flacon.

Tablettes pectorales : 2 fr. la boîte.

Exiger, *comme garantie de pureté*, sur toutes les préparations *la signature du Dr Churchill* et l'étiquette marque de fabrique de la Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

VIN ET SIROP DE CHENNEVIÈRE

au chlorhydro-phosphate de chaux

ANÉMIE, NÉVROSE, GASTRALGIE, CHLOROSE (2 fr. 50) av. Wagram, 50 (p^r la vente en gros, ph^ie centrale).

AULUS (Ariége)

Eau minérale laxative, diurétique, dépurative, antisyphilitique, combat très-avantageusement les **maladies de l'estomac, des intestins, des reins et de la vessie, la gravelle, la goutte, la constipation, la diarrhée chronique.** Par son action dépurative, elle agit merveilleusement contre les **maladies de la peau et toutes les manifestations de la syphilis.**

S'adresser à AULUS (Ariége), à l'administrateur général; pour le détail, chez tous les marchands d'eaux minérales et chez les pharmaciens.

PILULES DE PEPSINE

Digestion difficile, dyspepsie, vomissements, etc.

PIL. DE PEPSINE au fer réduit dans toutes les maladies où le fer est nécessaire.

PIL. DE PEPSINE au proto-iodure de fer. Maladies scrofuleuses, syphilitiques, etc.

Chez **HOGG**, pharmacien-chimiste, 2, rue Castiglione, Paris. Pharmacies de province; on envoie *franco* par la poste.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a repris hier le cours ordinaire de ses travaux, momentanément interrompu par la séance publique annuelle. M. Devergie est descendu du fauteuil de la présidence à la tribune pour présenter quelques objections, ou plutôt quelques doutes, à l'égard de la doctrine de la fermentation de M. Pasteur appliquée à l'explication des phénomènes de la putréfaction.

M. Devergie, qui a eu de si fréquentes occasions, comme chacun le sait, d'étudier ces questions dans ses nombreux rapports judiciaires, a soulevé quelques difficultés sérieuses. Nous n'oserions pas affirmer qu'elles aient été résolues par la réponse qu'a faite immédiatement M. Pasteur. De part et d'autre, la question nous paraît avoir été élargie. M. Devergie, de son côté, a montré que la question était loin d'être simple, et que, sous le nom commun de putréfaction, il y avait des phénomènes de divers ordres à considérer. M. Pasteur, à cette occasion, a proposé un programme nouveau d'expériences qui remettrait en quelque sorte la question entière à l'étude. Il se pourrait bien que ce fût là l'unique moyen de sortir de ce débat. Toujours est-il que, quelle qu'en dût être l'issue, nous ne serions nullement effrayés, comme a paru l'être M. Devergie, des conséquences qu'elle pourrait avoir sur la manière d'envisager l'ancienne pyrétologie, surtout si celle-ci devait y puiser des notions pathogéniques nouvelles. Faire de nos notions pyrétologiques actuelles une objection contre une théorie qui aurait précisément pour résultat de lui donner une interprétation rationnelle, c'est s'enfermer volontairement dans un cercle infranchissable.

Au commencement de la séance, M. Marc Sée a donné lecture d'une note sur un point d'anatomie et de physiologie du cœur, la disposition de ses piliers et le mode de fonctionnement de ses valvules, dont il s'est engagé à nous montrer plus tard les conséquences au point de vue pathologique. Nous prenons acte de cet engagement.

L'Académie s'est formée à quatre heures et demie en comité secret pour entendre le rapport de la section de pathologie médicale sur les titres des candidats à la place vacante dans cette section, et à laquelle il devra être pourvu mardi prochain. Nous ne connaissons pas l'ordre exact de présentation, mais, si nous en croyons quelques-uns des bruits qui ont transpiré, la commission aurait présenté deux candidats *ex æquo* en première ligne, M. Jaccoud et M. Villemin. Nous ne donnons le fait que sous toutes réserves.

Dr BROCHIN.

HOPITAL LARIBOISIERE. — M. TILLAUX

Trachéotomie chez un adulte avec le galvano-cautère (1).

Messieurs, je vous demande la permission de vous entretenir d'un sujet qui est doublement à l'ordre du jour de vos séances, en ce sens qu'il s'agit de l'emploi du galvano-cautère en général et de son application à l'opération de la trachéotomie en particulier.

Les faits pouvant servir à fixer la véritable valeur de ce procédé opératoire sont encore si peu nombreux que j'ai cru utile de vous communiquer le suivant :

Il s'agit du nommé É..., Gustave, âgée de cinquante-neuf ans. Ce malade souffrait, depuis quelque temps d'accès de suffocation si intenses qu'il avait plusieurs fois failli étouffer. C'est pour cela qu'il entra dans notre service à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Louis, n° 25. Nous reconnûmes que ces accès étaient dus à l'existence d'une tumeur épithéliale occupant la base de la langue, accessible seulement au doigt et partant inopérable.

Nous proposâmes à ce malheureux, comme moyen palliatif, la trachéotomie, qu'il accepta avec empressement.

Cette opération fut pratiquée, le 14 janvier dernier, avec l'aide de M. Mathieu fils, qui voulut bien mettre à ma disposition son appareil.

Quoique le malade fût très-amaigri, la trachée était néanmoins profondément située, vu la forme en carène du thorax.

Je fis usage, non du couteau galvanique ordinaire, mais d'un fil de platine de 1 millimètre de diamètre environ, recourbé en anse, suivant en cela le conseil donné par notre collègue M. Verneuil. Les incisions furent pratiquées avec l'extrémité mousse de cette anse.

Ces incisions portèrent sur le lieu classique, c'est-à-dire immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde.

Nous fîmes en sorte que l'anse de platine restât au rouge sombre durant tout le cours de l'opération. Les incisions furent successivement pratiquées de haut en bas, jusqu'à ce que nous fussions arrivés à une certaine profondeur. Nous employons à dessein ce terme vague, car nous éprouvâmes une certaine difficulté à nous orienter chemin faisant. S'il est en effet possible de savoir avec le bistouri où l'on se trouve exactement, il n'en est plus de même dans les opérations au galvano-cautère : les interstices celluleux, la graisse, les muscles même prennent alors une teinte uniforme, et tous les points de ralliement disparaissent. Il en résulte à mon avis que, si le

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 11 mars 1871.

galvano-cautère est un bon moyen de diérèse quand il s'agit de couper droit devant soi, il ne saurait convenir aux opérations qui exigent des points de repère, comme les ligature d'artère, par exemple.

Je dus donc explorer plusieurs fois la plaie des yeux, du doigt et même avec le stylet, pour reconnaître les anneaux de la trachée. Celle-ci étant enfin découverte dans une longueur égale à celle de la plaie cutanée, fut largement incisée à partir du premier anneau.

Je fus surpris de ne pas entendre, à ce moment, le bruit caractéristique qui prévient le chirurgien de l'ouverture de la trachée, et je craignis de m'être trompé, mais la vue et le toucher ne me laissèrent pas de doutes. La canule fut alors introduite très-aisément.

Imaginez une opération de trachéotomie faite sur un cadavre, et vous aurez rigoureusement le tableau de ce qui se passa dans le cas actuel, c'est vous dire qu'il n'y *eut pas trace de sang*. Il est vrai que le malade, homme courageux, ne bougea pas, mais le rhythme des mouvements respiratoires ne varia pas un instant.

Je crois dès lors pouvoir affirmer, que le bruit qui se produit au moment de l'ouverture de la trachée est dû à la chute du sang dans ce conduit. C'est un phénomène analogue à ce qui se passe lorsque, suivant l'expression vulgaire, on avale de travers. Le sang détermine une série de violentes expirations de nature réflexe destinées à chasser le corps étranger.

Mon ami le docteur Mitivier, assistant à l'opération, me fit part d'une observation curieuse. Quoiqu'il n'eût entendu aucun bruit lui révélant l'ouverture de la trachée, il supposa cependant que ce dernier résultat était obtenu en voyant de la fumée sortir par la bouche et le nez du malade.

Le désidératum exprimé par M. Verneuil a donc été rempli complétement, puisqué pas un globule de sang n'est sorti des vaisseaux durant le cours de cette opération. Je répète que les incisions furent pratiquées lentement, avec la convexité d'une anse de platine chauffée au rouge sombre, ne coupant qu'à la suite d'une certaine pression destinée à accoler préalablement l'une à l'autre les parois vasculaires, condition indispensable à la production de l'hémostase signalée par notre collègue M. Bœckel. L'opération dura sept minutes.

Les suites immédiates furent très-heureuses, mais il survint des complications à partir du troisième jour. Une escarre assez profonde avait été produite par le cautère, et le rayonnement de la chaleur avait produit au-devant du sternum une rougeur intense. Le travail de l'élimination des escarres détermina la chute dans la trachée, le long de la canule, de quelques gouttes de sang et de pus. Survinrent alors les quintes de toux incessantes.

Le 20, c'est-à-dire le sixième jour de l'opération, le malade éprouva, vers quatre heures de l'après-midi, un véritable accès de suffocation, et la plaie s'étendait toujours. J'en étais arrivé, à regretter l'emploi du galvano-cautère, puisque j'observais consécutivement les accidents que j'avais pu éviter d'abord. Mais tout se calma peu à peu. Les quintes de toux furent moins fréquentes et cessèrent bientôt tout à fait. La plaie se rétrécit, et le malade ne tarda pas à jouir d'un calme complet.

De ce fait, je ne veux actuellement tirer qu'une conclusion, n'ayant pas de conviction suffisante pour tenter le moindre parallèle entre les différentes méthodes opératoires : la trachéotomie peut être pratiquée chez l'adulte avec le couteau galvano-cautique sans écoulement de sang. C'est donc un cas à ajouter à ceux qu'a signalés notre collègue M. Verneuil.

HOPITAL DE MÉDÉAH. — M. SPILLMANN.

Observation de névrome du nerf médian (1).

Le 10 octobre 1873, V..., soldat au 50e régiment de ligne, âgé de vingt-quatre ans, entre à l'hôpital de Médéah pour se faire opérer d'une tumeur siégeant au poignet gauche.

Cet homme nous apprend qu'il a été opéré l'année précédente, par M. Bachon, médecin-major des spahis, d'une tumeur qui occupait la paume de la main gauche.

Notre collègue a publié, à son sujet, un intéressant travail (*Étude sur le diagnostic des tumeurs de la paume de la main, à propos d'un névrome de cette région*, — in *Recueil de mémoires de médecine militaire*, tome XXIX) travail contenant la première partie de l'observation de V..., observation que nous reproduisons textuellement :

V..., soldat au 50e de ligne, âgé de vingt-trois ans, entré à l'hôpital de Médéah, le 27 septembre 1872, pour une tumeur de la paume de la main.

Antécédents : constitution bonne; pas de scrofule ni de syphilis. Il y a un an, le malade éprouve quelques légères douleurs dans le bras gauche, surtout vers la région située immédiatement au-dessus du coude. Tout d'abord, il ne prête pas grande attention à ces douleurs, parce qu'il croit que c'est un rhumatisme qu'il a eu en 1868, qui menace de reparaître.

Quelque temps après, il s'aperçoit qu'il a une petite tumeur au centre de la main. Cette grosseur, qui était tout à fait indolente d'habitude, s'est révélée tout à coup, un jour que V... se servait d'une pioche et qu'il a reçu un contre-coup dans la main.

A dater de ce moment, la tumeur s'accroît lentement, pour arriver au développement qu'elle a aujourd'hui. Depuis six mois, dit cet homme, la grosseur est restée stationnaire.

V... entre à l'hôpital de Boghar le 15 août, et il y reste jusqu'au 17 septembre, confié aux soins de M. le médecin-major Chabert. La compression directe avec une plaquette de bois est essayée sans succès; V... ne peut la supporter plus de dix jours, à cause des douleurs qu'elle détermine. Après la compression on essaye, sans plus de succès, les applications de la teinture d'iode.

La compagnie de V... se rendant à Médéah, il sort de l'hôpital de pour venir ici, où nous le recevons dans notre service.

Au centre de la main, entre la région thénar et l'hypothénar, nous trouvons une tumeur assez régulièrement arrondie; mais dont l'axe vertical est un peu plus étendu que le diamètre transverse, située immédiatement au-dessus du pli moyen de l'M, et empiétant légèrement sur le pli demi-circulaire de la base de la région thénar. Elle a environ 3 centimètres et demi d'étendue dans son plus grand diamètre; elle est lisse et régulière, non adhérente à la peau, qui a sa couleur normale, et au-dessous de laquelle elle paraît siéger au premier abord. En effet, les mouvements des doigts du sujet n'impriment aucun ébranlement à la tumeur, et ceux de l'observateur constatent que leurs tendons fléchisseurs se meuvent au-dessous de la base de la tumeur.

Elle paraît assez molle, rénitente, sans fluctuation appréciable. Le soulèvement des doigts, lorsqu'on presse sur un point de la tumeur, semble tenir à un déplacement en masse, plutôt qu'à la présence d'un liquide.

Le volume de la tumeur n'est modifié ni par la pression directe, ni par la compression des artères du bras ou de l'avant-bras. Elle n'est le siége d'aucune pulsation ni d'aucun bruit.

Le malade n'accuse aucune douleur spontanée dans la tumeur. Par la pression, surtout vers le bord externe, on détermine une douleur assez vive qui irradie dans le pouce et l'index.

Le bras, au-dessus du coude, est, comme au début de l'affection, le siége de douleurs permanentes, mais peu prononcées.

La peau de la face interne de la main est constamment baignée de sueur; cette hypersécrétion n'existe pas dans l'autre côté, et ne s'est montrée à la main gauche qu'en même temps que la tumeur.

Les mouvements des doigts se font librement; mais les fonctions de la main n'en sont pas moins gênées par la présence de cette tumeur et par la douleur que détermine la compression.

Le 8 octobre, nous faisons l'opération avec l'aide et les conseils de M. le médecin principal Jacquemin, médecin en chef. M. Eude, médecin aide-major, se charge du chloroforme.

Une incision de 4 centimètres, parallèle à l'axe de la main et comprenant l'épaisseur de la peau, nous fait arriver sous l'aponévrose palmaire, et nous permet de constater que la tumeur est sous-aponévrotique. Le ligament palmaire est incisé sur la sonde cannelée, et

(1) Lu à la société de chirurgie, séance du 4 mars 1874.

dès lors nous apercevons, vers l'extrémité inférieure de l'incision, l'arcade palmaire superficielle que nous ne perdrons pas de vue pendant tout le temps que durera l'opération.

La tumeur étant à découvert, nous faisons encore une ponction exploratrive, pour nous assurer encore une fois de sa nature avant de l'extirper. Cette ponction nous ayant démontré que la tumeur était décidément solide, nous continuons l'opération, avec les plus grandes précautions pour ménager les vaisseaux, les tendons et les nerfs. Mais nous nous apercevons bientôt que les filets du nerf médian sont englobés dans la tumeur, et que nous avons affaire à un névrome. Après une dissection longue et délicate, nous détachons la tumeur par la section du nerf médian, au-dessous du ligament antérieur du carpe. Quoique le malade soit endormi, cette section ne se fait pas sans qu'il témoigne, par son agitation, qu'il ressent une vive douleur.

Après l'application d'un pansement simple et l'immobilisation de la main sur une attelle, le malade est rapporté dans son lit.

La tumeur a une forme ovoïde; son plus grand diamètre est de 4 centimètres et demi et sa circonférence de 4 centimètres. Elle est constituée par un tissu blanchâtre, d'aspect lardacé, qui se délimite parfaitement des tissus environnants.

A la partie supérieure de la tumeur, au point où elle est séparée du nerf, on voit des filets nerveux au nombre de vingt, isolés les uns des autres, dissociés, qui pénètrent dans la tumeur. Ces filets nerveux sont beaucoup plus gros qu'à l'état normal, ce qui est dû évidemment à l'hypertrophie de leur névrilème; on peut les suivre jusque dans la masse morbide, où ils restent parfaitement distincts.

L'examen microscopique nous donne les résultats suivants: la grande masse de la tumeur est composée de fibres connectives et de cellules fusiformes. Les tubes nerveux se rencontrent dans presque tous les points de la tumeur, et enfin des cellules graisseuses se montrent en assez grande abondance.

Les suites de l'opération ont été aussi simples qu'on pouvait le désirer.

Le 9 octobre. Le malade n'a pas dormi; il se plaint de violentes douleurs dans la main et dans l'avant-bras. Fièvre interne, 100 pulsations.

Le 10. La nuit a été bonne. Les douleurs paraissent aussi vives, mais la fièvre est moins forte; 94 pulsations.

Le 11. La tuméfaction inflammatoire occupe toute la paume de la main et une partie de l'avant-bras. Le malade accuse de vives douleurs. Pouls à 90. Cataplasme, position élevée du membre, une potion opiacée.

Le 12. Nuit bonne; 85 pulsations. La tuméfaction a beaucoup diminuée. Les douleurs sont moins vives.

Le 13. Le malade va très-bien et n'a plus de fièvre. La tuméfaction a encore diminué. Les faces palmaires du pouce, de l'index et du médius sont insensibles.

Le 18. La sensibilité commence à reparaître à la pulpe du médius, mais c'est une sensibilité particulière, que le malade compare à des coups d'aiguille.

Le 20. La sensibilité est presque normale à la face antérieure du pouce et du médius. Elle n'a plus le caractère douloureux que le malade accusait au début. L'index est complétement insensible dans toute sa face palmaire.

Le 24. La plaie est complétement cicatrisée. La face antérieure de la main et du carpe est encore un peu tuméfiée et douloureuse à la pression. Les doigts sont dans la demi-flexion, et le malade ne peut guère les écarter de cette position par les mouvements volontaires. Les mouvements communiqués sont très-restreints et très-douloureux, surtout dans le sens de l'extension.

A dater de ce jour, nous imprimons tous les matins des mouvements de plus en plus prononcés aux doigts du malade, et nous lui recommandons de s'exercer fréquemment à des mouvements volontaires.

Le 29. Toute trace de tuméfaction a disparu; il ne reste plus qu'un point douloureux immédiatement au-dessus du ligament antérieur du carpe. Les mouvements des doigts se font dans une étendue considérable; l'extension est presque complète; la flexion est moins avancée. Le malade ne peut encore saisir dans sa main le globe d'une bande roulée. La sensibilité n'a pas encore reparu au doigt indicateur.

Le 2 novembre. Les mouvements des doigts sont beaucoup plus étendus. La flexion est plus prononcée, mais encore incomplète.

Le 8. L'opéré peut être considéré comme guéri, et il sortira bientôt de l'hôpital.

Les mouvements des doigts sont encore un peu roides, et la flexion ne se fait pas d'une manière complète; mais cet état s'améliore tous les jours, et dans peu de temps, la main jouira de toutes ses fonctions, quoique la face palmaire de l'index reste presque insensible.

Notre malade est donc définitivement débarrassé de sa tumeur, à moins qu'elle ne se reproduise dans l'extrémité centrale du nerf, ce qui, hélas! n'est que trop à craindre. (*A suivre.*)

CLINIQUE DE L'ÉTRANGER

De l'avenir de la chirurgie appliquée au traitement des calculs vésicaux (1)

par Sir Henry Thompson
professeur de clinique chirurgicale à « University Hospital ».

Je mets ici sous vos yeux quatre plateaux tirés de ma collection et contenant environ deux cents calculs extraits par lithotritie. L'âge moyen de mes deux cents opérés dépasse soixante ans; je n'en compte que très-peu au-dessous de quarante ans, mais plusieurs entre soixante et quatre-vingts. Si nous voulons préciser, je vous dirai que ce premier plateau contient soixante-trois pierres petites, ces deux autres quatre-vingt-dix-neuf calculs de moyen volume, et qu'enfin ce quatrième en renferme trente-cinq dépassant un peu la moyenne; en tout cent-quatre-vingt-dix-sept productions calculeuses. J'aurais pu vous apporter des échantillons en beaucoup plus grande quantité, mais ceux-ci suffisent pour ce que j'ai à vous dire, car ils nous offrent plusieurs exemples des plus remarquables comme des plus intéressants.

Mais arrêtons-nous tout d'abord à cette simple question : — *Quel est le but que nous nous proposons d'atteindre par la lithotritie?* Ma réponse sera brève : réduire la pierre en débris assez fins pour qu'ils puissent traverser facilement le canal uréthral, et cela en ayant recours au moins de manœuvres instrumentales possible.

Nous devons nous appliquer à ce que le maniement de notre instrument ne lèse ni l'urèthre, qu'il faut traverser, ni la vessie, ce viscère irritable, où se tient la production nouvelle. Nous devons veiller aussi à ce que, à l'irritation mécanique, vienne s'adjoindre aussi peu que possible celle produite par le contact des fragments créés. En réalité, en effet, les dangers de la lithotritie reconnaissent pour point de départ les lésions d'organes délicats, que ce soit par le fait des instruments employés, que ce soit par l'action des fragments anguleux et pointus, produits par le broiement. Quand nous disposerons d'un appareil instrumental incapable de nuire, et quand nous aurons appris à faire des débris incapables de léser les tissus, ce jour-là nous aurons atteint la perfection dans l'art de la lithotritie. Guidé par ce principe, je me suis toujours efforcé d'opérer avec l'instrument le plus simple possible, de faire peu de manœuvres, ce qui m'a conduit à rejeter toute injection préliminaire, toute injection évacuatrice, à moins de conditions spéciales.

Jusqu'à quel point avons-nous résolu le problème en question? Complétement, puis-je répondre, pour les calculs d'un certain volume. Oui, en présence d'une pierre soit d'acide urique, soit de phosphates, soit d'oxalate de chaux, quand elle n'est pas plus grosse qu'une noix ordinaire, on peut arriver à un résultat parfait. J'appelle à ce propos votre attention sur ce plateau chargé de soixante-trois calculs provenant, permettez-moi de vous le rappeler, de malades dont l'âge moyen dépassait soixante ans. Je n'eus pas un seul décès parmi ces cas, dont la pierre ne dépassait pas le volume que je viens de vous indiquer. J'affirme n'avoir perdu aucun lithotritié dont la production calculeuse était dans ces dimensions. Vous n'avez donc, si vous avez

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 mars 1874.

soin d'opérer avec douceur, que le succès à espérer en face de tels calculs, dont le broiement ne vous demandera que une ou deux séances, trois au plus.

Ainsi donc ici le problème est résolu et d'une façon triomphante. Mais il en est autrement quand la pierre est supérieure à une noix, lorsqu'il faut non plus deux séances, mais cinq, pour obtenir sa disparition; à plus forte raison le danger va-t-il augmenter quand il faudra revenir au broiement à huit et dix reprises successives.

Dans ces deux autres plateaux sont environ 100 pierres de moyenne grosseur. Ici encore, en face d'un calcul dont le volume rappelle celui d'une amande enveloppée de sa coque, le résultat obtenu est excellent et bien supérieur à celui donné par la taille, mais toutefois le succès n'est plus aussi certain, aussi constant que dans notre première série. Nous avons quelques cas de mort à enregistrer, environ un sur douze ou treize opérés.

Dans ce dernier plateau, enfin, vous voyez de grosses pierres. Ici la mortalité est plus considérable, elle atteint peut-être le chiffre de un sur huit ou dix cas. Pour quelques-uns de ces calculs, la taille eût peut-être valu mieux. Mais nul n'est infaillible, et l'on peut pardonner des jugements erronés; celui-là est le plus sage qui se trompe le moins et qui, lorsqu'il commet une faute, cherche à en profiter pour sa conduite ultérieure. D'ailleurs il est toujours beaucoup plus facile de juger après coup de ce qu'il eût convenu de faire. Il existe donc fatalement un certain nombre de cas où le *choix de l'opération* n'est dicté et inspiré que par des circonstances des plus légères. Il y a là un terrain neutre, si vous voulez me passer cette expression, où se rencontrent les deux opérations. Nul ne peut alors, quelle que soit son expérience, tracer une ligne de démarcation précise et dire : « Ici il convient de recourir à la lithotritie; là, il faut pratiquer la taille. » Ce terrain neutre est beaucoup plus vaste que je ne le voudrais, et ils sont trop nombreux les malades chez qui il est impossible de prévoir ce qui réussira le mieux du couteau ou du brise-pierre. Soit, par exemple, une de ces pierres dont le volume autorise le broiement tout en étant cependant sur la limite extrême : tantôt le patient supportera sans trop de gêne les six ou sept séances nécessaires; tantôt, au contraire, son état plus ou moins débile, plus ou moins irritable, sera incapable de résister à ces manœuvres répétées. Pour moi, je le déclare, je ne connais aucun fait de ce genre. Je dis seulement que cela peut être. Car, après tout, le robuste et vigoureux montagnard qui n'a jamais été malade un seul jour, qui n'a jamais souffert jusqu'au moment où il a été atteint de la pierre, résiste souvent moins bien que tout autre patient aux influences d'une poussée irritative. Toute prévision à cet égard est souvent fort difficile, d'autant plus que nous voyons fréquemment, par contre, un malade pusillanime, tremblant pour les suites de l'opération, se rétablir et résister mieux que tout autre, et nous étonner par sa tendance vers la guérison. Vous le voyez donc, il n'est qu'un seul élément certain de succès, il n'est qu'un cas où l'on soit assuré de la réussite, c'est lorsqu'on s'attaque à une pierre de petite dimension. De ce fait même, que j'espère avoir mis hors de doute pour vous, découle cette conséquence fatale :

Valeur capitale du diagnostic de la pierre, au double point de de vue de son existence et de son volume.

Je n'hésite pas à affirmer qu'il y a autant de mérite à découvrir une pierre petite encore, et à préciser ses dimensions, qu'à conduire plus tard convenablement l'opération. Je puis même aller plus loin, car je pense que vous reconnaîtrez avec moi que le diagnostic est le fait capital. Je puis donc me hasarder à dire qu'au double point de vue de l'intérêt des patients en général et de l'avenir de la lithrotritie, j'aimerais mieux, si les deux qualités ne pouvaient se rencontrer ensemble, voir d'habiles praticiens rompus au diagnostic que d'adroits opérateurs. Tout progrès, en effet, dépend, comme nous le verrons, d'un diagnostic fait de bonne heure, car tant que la pierre est petite, il n'est chirurgien vraiment digne de ce nom et familiarisé avec la manœuvre des instruments, qui ne soit assuré d'opérer son broiement avec facilité et sans danger.

C'est en vue de la lithotritie que le diagnostic a pris de l'importance. Lorsqu'il n'existait qu'un seul mode de traitement de la pierre. quand on n'avait d'autre ressource que de traverser le périnée avec l'instrument tranchant, et cela quel que fût le volume de la pierre, qu'elle n'eût que quelques millimètres ou plusieurs centimètres de diamètre, il était fort inutile de préciser ses dimensions, il suffisait de constater son existence. Qu'importait alors que le calcul fût mural (d'acide urique) ou phosphatique, car le lithotomiste n'avait pas à compter avec sa fragilité plus au moins grande.

Or, ce diagnostic, sur lequel j'insiste avec soin, n'offre en réalité aucune difficulté sérieuse. Rien n'est plus simple même, comme j'aurai à vous le montrer, pourvu qu'on suive la voie convenable, qu'on procède avec méthode. Accordez-moi ce point, et étant déjà acquis que la lithotritie est pour les petites pierres une opération sans pareille, nous arrivons à cette proposition des plus logiques :

Dans l'avenir, l'opération de la taille ne sera plus pratiquée pour les calculs de volume modéré.

C'est là un fait des plus importants, et qui n'a pas, je pense, attiré suffisamment, jusqu'à ce jour, l'attention des chirurgiens. Nous voici, en effet, amenés à reconnaître que toutes les tentatives faites pendant ces cinquante dernières années, que tous les essais qui peuvent être tentés encore dans le but de perfectionner la taille dans les cas de petits calculs, deviennent chose inutile et surannée. Non, ce n'est pas au couteau que nous devons nous adresser en pareille occurrence. Je n'en veux d'autre preuve que les soixante-trois calculs réunis dans ce plateau. Tous mes opérés étaient déjà avancés, et cependant je n'y compte aucun décès. Or, je le déclare, il n'est procédé de taille qui ait donné ou qui donnera jamais pareil résultat.

Peut-être existe-t-il quelques cas particuliers où la lithotritie ne peut être appliquée à un petit calcul. Un rétrécissement de l'urèthre ne peut-il pas, par exemple, s'opposer au passage du lithotriteur? Ces suppositions sont permises, mais je dois avouer n'avoir pas encore rencontré de ces faits dans ma pratique. Je dirai même plus : dans ces dernières années, j'ai, malgré l'existence d'un rétrécissement uréthral, lithotritié plusieurs petites concrétions. Rien n'est plus facile que de dilater momentanément un canal; il suffit, pour cela, de mettre à demeure, pendant plusieurs jours, une bougie de gomme. Telle est, du moins, ma pratique à « University College Hospital », pratique qui m'a toujours donné les meilleurs résultats. Je fixe tout d'abord une très-petite bougie, puis quand, au bout de quelques jours, je suis arrivé à passer le n° 9 (17 de la filière française), le malade étant chloroformé, je retire la bougie, puis je procède au broiement de la pierre et à l'extraction des fragments, en faisant deux ou trois introductions successives d'un lithotriteur de petit calibre. Je replace alors la bougie. Trois jours en moyenne après cette première tentative, nouvelle séance, et ainsi de suite, jusqu'à guérison complète. En agissant de la sorte, on n'éprouve aucune difficulté à triompher du rétrécissement, quelle que soit sa résistance, et à débarrasser la vessie d'une petite pierre. Ces cas sont heureusement rares, d'ailleurs; mais, lorsqu'ils se rencontrent, la lithotritie pratiquée comme je viens de vous l'indiquer, est préférable à la taille, pourvu, je tiens à vous le répéter, que le corps étranger ne soit pas volumineux.

Eh bien, si une fois il est acquis et indubitable que la lithotritie nous assure du succès toutes les fois que le calcul n'a que des dimensions modérées, il ne nous reste plus, pour arriver à la solution parfaite du grand problème que nous étudions, que deux desiderata, et deux seulement :

1° Quelle sera la meilleure opération à appliquer à une grosse pierre ?

2° Quelle est la meilleure méthode diagnostique pour découvrir de petites pierres au sein de la cavité vésicale ? (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 mars 1874. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de la guerre transmet un exemplaire de la 35e livraison de la carte de France.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les

comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, pendant 1873, dans les départements de l'Ariége et de la Vendée ; 2° le compte rendu négatif des maladies épidémiques pour le département de la Drôme (comm. des épidémies); 3° le modèle d'un instrument de chirurgie auquel son inventeur, M. Petitot, a donné le nom de diffuseur endorganique et qui est destiné à porter des poudres médicamenteuses dans les cavités naturelles.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une lettre de M. Quetelet, directeur de l'observatoire de Bruxelles, qui annonce la mort de son père, membre correspondant. — 2° Une lettre de M. le docteur Blin, annonçant la mort de M. Bourbier, membre correspondant, à Saint-Quentin. — 3° Une lettre de M. le docteur Bardinet (de Limoges) accompagnant l'envoi du discours qu'il a prononcé sur la tombe de Cruveilhier. — 4° Une lettre de M. le docteur Cazenave de Laroche (de Pau) qui sollicite le titre de membre correspondant (comm. des membres correspondants nationaux). — 5° Une lettre accompagnant l'envoi d'une brochure sur les eaux minérales de Saint-Boës, par M. le docteur Thore. — 6° Des lettres de remercîments de divers lauréats de l'Académie.

PRÉSENTATIONS

M. GOSSELIN présente au nom de M. le docteur Camuset un travail sur une affection particulière de la conjonctive bulbaire (comm. : MM. Giraldès et Dolbeau).

M. GIRALDÈS, au nom de M. le docteur Léon Gros, médecin inspecteur du service médical du chemin de fer du Nord, le rapport annuel sur ce service.

M. CHATIN, au nom de M. Planchon, le 1er fascicule du tome Ier d'un ouvrage ayant pour titre : *Traité pratique de la détermination des drogues simples.*

M. VULPIAN, au nom de M. le docteur Alison, une étude sur une épidémie de choléra qui a sévi à Merviller (Meurthe-et-Moselle).

LECTURE

M. MARC SÉE lit une note sur les piliers du cœur et sur le mode de fonctionnement des valvules auriculo-ventriculaires. Voici les conclusions de ce travail :

1° On peut considérer à la cavité du ventricule gauche trois parois, une interne ou droite, lisse et unie, ne fournissant aucun trabécule aux piliers du cœur, aucun cordage tendineux à la valvule mitrale, une antérieure et une postérieure se réunissant au bord gauche du cœur, pour former un angle que M. M. Sée désigne sous le nom d'angle gauche du ventricule. Ces deux parois donnent naissance chacune à un des piliers du ventricule gauche.

2° De ces deux piliers, l'un est antérieur et l'autre postérieur. Chacun d'eux présente une face tournée vers la cavité et une face qui regarde la paroi. La première est lisse et ne présente que des dépressions longitudinales disposées de façon que les convexités de l'un des piliers répondent exactement aux concavités de l'autre, de telle sorte que ces deux piliers s'emboitent l'un dans l'autre sans laisser aucun intervalle entre leurs faces correspondantes. La face pariétale reçoit une multitude de trabécules musculaires qui l'unissent à la paroi ventriculaire et dont la contraction a pour effet d'appliquer les piliers contre cette paroi, au niveau de l'angle gauche du ventricule. Il s'ensuit qu'au moment de la systole ventriculaire toute la portion gauche de la cavité est occupée et comblée par les piliers, faisant corps pour ainsi dire avec les parois, tandis qu'entre les piliers et la cloison il reste une cavité parfaitement libre, que ne traverse aucune cloison et à la partie supérieure de laquelle se voit l'orifice aortique.

3° La valvule mitrale est formée d'une valve droite et d'une valve gauche; la première de beaucoup la plus grande sépare l'orifice auriculo-ventriculaire gauche de l'orifice aortique. Chacune de ces valves offre deux faces, l'une interne tournée vers l'axe de l'orifice, l'autre externe regardant la paroi. La première est lisse sur les deux valves et se continue directement en haut avec la surface interne de l'oreillette gauche. La seconde ne présente point le même aspect sur la valve droite et sur la valve gauche. Sur la valve droite, cette face externe est lisse comme la face interne, libre d'adhérences et n'offre que près de son bord libre des arcades fibreuses, à peine saillantes, résultant de l'anastomose des cordages tendineux fixés à ce bord; elle se continue sans démarcation précise avec la surface interne de l'aorte sur la valve gauche; la face externe, peu étendue, est inégale et parcourue tout entière par les saillies anastomosées des cordages tendineux qui lui donnent un certain degré de rigidité.

4° Les deux valves donnant insertion, par leur bord libre, à de nombreux cordages tendineux fixés eux-mêmes aux sommets des deux piliers, il est évident qu'au moment de la systole ventriculaire, elles sont attirées toutes vers le bord gauche du cœur, appliquées l'une sur l'autre et sur la paroi ventriculaire. Les cordages fibreux sont tendus, par suite du raccourcissement des piliers contractés, raccourcissement plus que suffisant pour compenser la diminution de hauteur du ventricule gauche. La pression considérable à laquelle le sang est soumis dans ce ventricule en systole s'ajoute à l'action des piliers et rend plus intime encore l'application des valves contre la paroi ventriculaire.

5° Les choses étant dans cet état, la valve droite de la valvule mitrale forme au-dessous de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, une sorte de rideau oblique fortement tendu qui le masque complétement et s'applique ensuite directement contre la paroi du ventricule.

6° Le mécanisme qui s'applique également, avec quelques modifications, au ventricule droit et à la valvule tricuspide, est bien autrement efficace pour s'opposer à tout reflux du sang vers l'oreillette, que tous ceux qui ont été indiqués par les physiologistes. Les conséquences qui en découlent, soit au point de vue des fonctions du cœur, soit au point de vue de la pathologie, ne manquent point d'intérêt. M. M. Sée se propose de les développer ultérieurement.

(Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Bouillaud, Colin et Marey).

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FERMENTATION

M. DEVERGIE, en intervenant dans la discussion sur les causes de la fermentation, se propose d'élargir le champ de la discussion et de faire connaître les doutes qui règnent dans son esprit, lorsqu'il envisage ces grands phénomènes et qu'il cherche à leur appliquer une cause unique : l'influence des animalcules disséminés dans l'air sur la décomposition des tissus animaux.

La putréfaction, dit M. Devergie, est un phénomème naturel tendant à donner à la terre des matériaux de nutrition pour les végétaux et les animaux. Elle a ses formes, ses phases nettement accusées, toujours les mêmes lorsque le corps de l'homme est placé dans les mêmes conditions après l'extinction de la vie.

M. Devergie l'étudie sous ses quatre formes : 1° putréfaction putride ; 2° putréfaction gazeuse ; 3° putréfaction savonneuse ; 4° momification. Il montre ces quatre grandes formes toujours constantes, toujours les mêmes lorsque le corps humain est placé dans les mêmes conditions. Que ce soit à l'air libre, que ce soit dans l'eau, que ce soit dans la terre, on retrouve ces quatre formes à des degrés relatifs, variables suivant la température et l'état d'humidité du milieu ; mais leur succession est toujours la même.

Voici les doutes que fait naître dans son esprit la doctrine de M. Pasteur, appliquées aux phénomènes généraux de la putréfaction :

Puisqu'il existe des ferments dans l'air, on se rend compte de la putréfaction qui s'opère de l'extérieur à l'intérieur du corps, ainsi que dans les organes où l'air pénètre constamment.

Toutefois on peut se demander : 1° pourquoi cette sorte de putréfaction s'arrête-t-elle à un moment donné, malgré le contact continu de l'air, et pourquoi la matière putréfiée se transforme-t-elle en un autre produit putride ? — Les ferments de l'air ont-ils la double propriété d'agir comme ferments putrigineux d'abord, puis comme saponifiants ?

En second lieu on peut se demander comment, à l'extérieur, cet air fait naître la décomposition putrilagineuse et à l'intérieur, presque en même temps, la décomposition gazeuse.

Si la putréfaction gazeuse dans les organes soustraits à l'action de l'air est déterminée par les organismes ferments introduits dans le sang, ces organismes-ferments peuvent donc produire, non-seulement la putréfaction gazeuse, mais encore, à son défaut, le putréfaction savonneuse. Voilà ces organismes absorbés plus puissants que les organismes contenus dans l'atmosphère.

L'hypothèse de l'absorption des organismes-ferments conduit à une conséquence qui ne tend à rien moins qu'à bouleverser la médecine des siècles précédent. C'est, en effet, à ces organismes qu'il faudrait rattacher toutes les fièvres plus ou moins putrides, malignes et typhoïdes. Dès lors, il ne resterait qu'à rechercher un médicament capable de détruire dans le sang et dans nos organes ces organismes, qui y auraient déterminé une fermentation.

M. PASTEUR se déclare incompétent pour juger la question de la putréfaction au point de vue où s'est placé M. Devergie.

Il y a, suivant lui, une grande complexité dans les phénomènes de la putréfaction. Il faudrait, pour bien apprécier ces phénomènes, prendre isolément chacune des parties du corps, étudier isolément la fermentation dans chaque organe, dans chacune des parties solides ou liquides et voir si les phénomènes de la putréfaction s'accompagnent toujours ou non de la putréfaction d'organismes. Pour donner une idée des variétés que présentent ces phénomènes, M. Pasteur explique ce qu'on observe quand on examine au microscope une goutte d'eau putréfiée.

Parmi ces organismes, il y a deux espèces d'êtres, les uns ayant besoin de l'oxygène de l'air pour vivre, les autres pouvant s'en passer. Il en résulte de notables différences dans les phénomènes de la putréfaction.

Si, par exemple, dans un milieu minéral on fait fermenter de la glycérine pure, il en résulte la formation de produits anti-septiques qui arrêtent la fermentation, bien que nés par suite de la fermentation elle-même.

La fibrine seule fermente en exhalant une odeur infecte; si l'on mélange la fibrine et la glycérine et qu'on opère la fermentation, on constate que la fibrine reste intacte pendant que la glycérine fermente. Ce sont des produits anti-septiques résultant de la fermentation de cette dernière qui empêchent celle de la fibrine.

M. Pasteur rappelle qu'au début de sa carrière scientifique, il s'est occupé de l'étude des cristaux. Il a découvert l'existence d'un acide tartrique gauche et d'un acide tartrique droit, c'est-à-dire qu'un cristal d'acide tartrique, placé devant une glace, son image n'est pas superposable.

Cependant ces deux acides tartriques sont absolument identiques. La combinaison de ces deux acides donne l'acide paratartrique. Or, si l'on place dans des conditions convenables le paratartrate d'ammoniaque, par exemple, et qu'on opère la fermentation, on voit que l'acide tartrique droit fermente seul, tandis que l'acide tartrique gauche reste intact.

Enfin M. Pasteur rappelle les expériences portées à la connaissance de l'Académie, par M. Bouley, au nom de M. Chauveau, sur ce que ce dernier a appelé le bistournage, opération qui consiste à tordre le testicule d'un animal jusqu'à la rupture des vaisseaux et des nerfs qu'il reçoit. Deux béliers, par exemple, subissent une piqûre avec un instrument chargé d'un liquide pris sur certains abcès, l'un avant, l'autre après l'opération du bistournage; chez le premier dont le testicule a pu recevoir encore les ferments par la circulation, on observe une véritable putréfaction du testicule; chez le second, au contraire, le testicule subit une dégénérescence graisseuse, mais ne se putréfie pas, le bistournage ayant empêché l'arrivée dans le testicule des ferments.

En résumé, M. Pasteur conclut que, dans l'état actuel de la science, il est impossible de porter un jugement définitif sur cette question de la putréfaction, et il termine en disant, avec Buffon. « Rassemblons des faits pour avoir des idées. »

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section de pathologie médicale sur les candidats, à la place vacante dans cette section.

ADDITION A LA SÉANCE DU 17 MARS 1874.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture du programme des prix proposés pour l'année 1874 et pour l'année 1875.

PRIX POUR 1874.

Prix de l'Académie (1,000 francs). — Sera décerné au meilleur travail inédit sur la physiologie expérimentale.

Prix Portal (2,000 francs). — Au meilleur mémoire sur une question d'anatomie pathologique.

Prix Civrieux (900 francs). — Question : « Du rôle du système nerveux dans la production de la glycosurie. »

Prix Barbier (2,000 francs). — Sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (extrait du testament).

Prix Ernest Godard (1,000 francs). — Sera décerné au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Orfila. (2,000 francs). — « De l'aconitine et de l'aconit. »

Prix Rufz de Lavison (2,000 francs). — « Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. »

Prix Saint-Lager (1,500 francs). — Destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains des pays à endémie goîtreuse.

Prix Falret (1,000 francs). — « De la folie dans ses rapports avec l'épilepsie. »

PRIX POUR L'ANNÉE 1875.

Prix de l'Académie (1,000 francs). — « Du traitement des anévrysmes par les différents modes de compression. »

Prix Portal (2,000 francs). Sur un sujet quelconque d'anatomie pathologique.

Prix Civrieux (900 francs). — « De l'insomnie. »

Prix Capuron (3,000 francs). — Au meilleur travail inédit sur un sujet quelconque de la science obstétricale.

Prix Barbier (3,000 francs). (Voir ci-dessus.)

Prix Godard (1,000 francs). — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Amussat (1,000 francs). — A l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix Lefèvre (3,000 francs). — « De la mélancolie dans ses rapports avec la paralysie générale. »

Prix d'Argenteuil (8,000 francs). — A l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre pendant cette sixième période (1869 à 1875), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires.

Prix proposé par la commission de l'hygiène de l'enfance (1,200 francs). — « Déterminer les chiffres de la mortalité des enfants de zéro jour à un an.

« 1° Suivant les âges, c'est-à-dire de semaine en semaine pendant le premier mois; puis de un à trois mois, de trois à six, de six à neuf, de neuf à douze mois;

« 2° Suivant le sexe;

« 3° Suivant l'état civil;

« 4° Suivant les lieux, c'est-à-dire par département, et dans les plus grandes villes;

« 5° Suivant les mois de l'année. »

Prix Saint-Lager (voir ci-dessus).

Les mémoires pour les prix à décerner en 1874-1875 devront être envoyés, sans exception aucune, à l'Académie, avant le 1er mars de la même année. Ils devront être écrits en français ou en latin, et ac-

compagnés d'un pli cacheté, avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

N. B. — Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Godard, Barbier et Amussat, sont exceptés de cette dernière disposition. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — La séance de distribution des prix aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils, qui ont concouru en 1874, aura lieu le vendredi 27 mars 1874, à une heure de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, nº 3. — Dans cette même séance seront rendues publiques les nominations des élèves internes, admis à la suite du concours de 1874.

MM. les élèves actuellement en fonctions, et ceux qui ont été nommés à la suite du dernier concours, sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à la répartition dans les établissements de l'administration, pour l'année 1874.

En conséquence, MM. les élèves internes en pharmacie devront se présenter au secrétariat général de l'administration, avenue Victoria, nº 3, pour retirer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements.

Ces cartes seront délivrées : à MM. les élèves internes de deuxième, troisième et quatrième années, le mercredi 25 mars, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale ; avenue Victoria, nº 3. — A MM. les élèves internes de première année, le jeudi 26 mars, à une heure, dans le même amphithéâtre.

— *Hôpital des Enfants-Malades.* — M. le docteur Henri Roger, professeur agrégé de la Faculté, commencera le cours clinique des maladies des enfants le samedi 28 mars. — Visite des malades et exercices cliniques tous les jours à huit heures et demie. — Leçon à l'amphithéâtre le samedi.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 28 mars 1874, nº 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1º lecture du procès-verbal de la précédente séance ; 2º de l'herpès des diabétiques, par M. Dubuc ; 3º du traitement de la hernie de l'iris par les incisions répétées, par M. Camuset; 4º continuation de la discussion sur l'utilité des stations méditerranéennes dans le traitement de la phthisie.

— On demande un médecin pour la commune d'Étrepilly, arrondissement de Meaux (Seine-et-Marne). — Grands avantages. — S'adresser, pour les renseignements, à la mairie d'Étrepilly ou à Paris, chez M. Fichet, rue de Richelieu, 43.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

SAINT-RAPHAËL

VIN TANNIQUE DE BAGNOLS, prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. Pasteur, membre de l'Institut.

Le vin de Saint-Raphaël est le plus riche en principes tanniques, qui soit connu; c'est un vin de *quinquina naturel* fort agréable à boire.

Il n'en est pas qui contiennent plus de fer et de matières colorantes toniques.

Le vin de Bagnols est prescrit dans les hôpitaux de Paris lorsqu'il s'agit de relever le niveau des fonctions de nutrition, dans les cas d'anémie, d'appauvrissement général de l'économie avec alanguissement des fonctions digestives.

Magendie, Rostan, Chomel, Velpeau, Requin, Monneret, Trousseau, Grisolle, etc., le prescrivaient à la dose d'un petit verre après chaque repas.

Le vin de Saint-Raphaël se trouve dans les principales pharmacies.

PRIX MONTYON DE 2,000 FRANCS

VINS DE QUINQUINA TITRÉS DIASTASÉS
D'OSSIAN HENRY

Membre de l'Académie nationale de médecine, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ SIMPLE — VIN DE QUINQUINA TITRÉ IODÉ
VIN DE QUINQUINA TITRÉ FERRUGINEUX

d'après les analyses faites au laboratoire de l'Académie de médecine par le Dr HENRY fils

Ces Vins sont d'une richesse incomparable en principes actifs, d'une composition constante et chimiquement définie, d'une conservation illimitée; goût très-agréable du vin blanc d'Alicante.

E. FOURNIER ET Cie, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE

de Ad. CARPENTIER, pharmacien, à Paris

Ce vin ne produit jamais de constipation par un long usage. Agréable au goût, il convient dans tous les cas où le fer est indiqué. LE FLACON, 3 francs. 61, BOULEVARD MALESHERBES ET DANS TOUTES LES PHARMACIES. — DÉPÔT A SAINT-QUENTIN, *pharmacie Lebon*.

GOUDRON FREYSSINGE

LIQUEUR NORMALE CONCENTRÉE

(NON ALCALINE)

Concentration de l'Eau de goudron du Codex par distillation dans le vide et réunion des produits volatils avec les principes fixes. — Seule préparation qui permette d'obtenir l'**Eau de goudron véritable** au lieu d'une *imitation inefficace ou nuisible*.

Prix du flacon : 2 francs.

FREYSSINGE, pharmacien, 148, rue Saint-Dominique-Saint-Germain et toutes les principales pharmacies.

CACHETS MÉDICAMENTEUX LIMOUSIN

(PROCÉDÉ BREVETÉ POUR 15 ANNÉES S. G. D. G.)

PARIS, 2 *bis*, rue BLANCHE (place de la Trinité)

Exposition universelle de Vienne 1873. — *Médaille de mérite.*

Ces Cachets sont constitués par deux petites rondelles de pain azyme soudées ensemble et renfermant dans leur centre des poudres médicamenteuses. (Voir *Compte rendu de l'Académie de médecine*, séance du 20 mai 1873.) — Ce procédé supprime la manipulation délicate et ennuyeuse qui consiste à disposer le médicament sur le pain azyme ordinaire et à l'enrober de manière à le soustraire au contact direct de la muqueuse de la bouche.

Mode d'emploi. — Il suffit de mettre le Cachet dans une cuiller avec un peu d'eau, pour l'avaler dès qu'il est suffisamment humecté. On peut aussi l'ingurgiter après l'avoir ramolli en le plongeant dans un verre qui contient du vin, de l'eau ou un liquide quelconque.

On trouve, tout préparés sous cette forme, à la pharmacie LIMOUSIN, ainsi que dans toutes les Pharmacies, les poudres médicamenteuses les plus employées.

Toutes les poudres composées dont la dose ne dépasse pas 0,50 cent. peuvent être mises en cachets. (Voir la liste et le prix des médicaments préparés d'après ce procédé dans le numéro de jeudi dernier).

CHLORAL PERLÉ LIMOUSIN

HYDRATE DE CHLORAL EN CAPSULES DRAGÉIFIÉES. Sous cette forme, pas de constriction à la gorge, pas de mauvais goût. Contrôle facile de la pureté du produit. — Dragées de 0,25 centigr. le flacon : 3 fr. — SIROP DE CHORAL DE LIMOUSIN. (1 gr. d'hydr. de chloral par cuill.) 3 fr. la bouteille de 250 gr.

OXYGÈNE. Appareil pour INHALATIONS. Loc. p. Paris, 5 fr. par semaine. Prix du gaz, 0,10 c. le litre.

SULFOVINATE DE SOUDE. Purgatif nouveau sans amertume. — Le flac. de 30 gr. : 1 fr. 50.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

VIN TONIQUE RECONSTITUANT

DU DOCTEUR FORESTIER

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX à l'écorce d'oranges amères

Tous les organes de la presse médicale : *Gazette des Hôpitaux*, *Courrier médical*, *France médicale*, *etc.*, ont depuis dix ans, signalé l'excellence de cette préparation qui contient, dissous dans d'excellent vin de Malaga, les deux éléments formateurs des *os* et du *sang*, le *quinquina* et le *pyrophosphate de fer*.

La facilité avec laquelle l'économie s'assimile le vin de quinquina au pyrophosphate de fer, l'absence de toute saveur styptique, la double influence qu'en raison de ses deux éléments formateurs il semble devoir exercer, tant sur la composition du système osseux, que sur la reconstitution du sang, telles sont les qualités qui recommandent à priori *cette nouvelle préparation ferrugineuse* (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*).

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 41.

HUILE DE HOGG

(DE FOIES FRAIS DE MORUE)

Fabrique à Terre-Neuve

Cette huile ne se vend qu'en *flacons triangulaires*, à Paris chez **HOGG**, *pharmacien*, 2, rue *Castiglione*, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

CONSTIPATION

Guérie sans purger par les pilules de **PODOPHYLLE COIRRE**. 3 fr. — 24, rue du Regard, Paris, et principales pharmacies.

AULUS (Ariége)

Eau minérale laxative, diurétique, dépurative, antisyphilitique, combat très-avantageusement les **maladies de l'estomac, des intestins, des reins et de la vessie, la gravelle, la goutte, la constipation, la diarrhée chronique.** Par son action dépurative, elle agit merveilleusement contre les **maladies de la peau et toutes les manifestations de la syphilis.**

S'adresser à AULUS (Ariége), à l'administrateur général; pour le détail, chez tous les marchands d'eaux minérales et chez les pharmaciens.

CHOCOLAT

FERRUGINEUX-COLMET

à la limaille de fer porphyrisé chimiquement pure.

EFFICACITÉ CERTAINE : Son goût agréable permet aux personnes difficiles d'en continuer l'usage.

La boîte, 3 fr. — COLMET, 26, r. du Temple, *Paris*.

VIN MARIANI

à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques.

5 francs la bouteille.

MARIANI, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

N° 37. — SAMEDI 28 MARS 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 28 MARS 1874. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Angioleucite généralisée du poumon.

Velpeau, dans l'un des derniers et des meilleurs articles sortis de sa plume (l'article *Angioleucite* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*), signalait la question des angioleucites internes comme presque tout entière à élucider, et il prédisait à ceux qui voudraient en entreprendre l'étude qu'ils y trouveraient un champ aussi riche qu'intéressant à moissonner. — C'est sur ce champ, presque inexploré jusqu'à présent, que M. Maurice Raynaud a recueilli quelques intéressantes observations, dont il a fait tout récemment le sujet d'une communication à la Société médicale des hôpitaux.

Sur un sujet encore dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, et qui n'avait guère présenté pendant la vie autre chose que des vomissements, très-fréquents durant les dernières semaines, joints à une toux continuelle et expectoration simplement muqueuse, sans signes stéthoscopiques bien accusés, M. M. Raynaud a constaté l'existence d'une angioleucite généralisée des poumons. Voici quelques-unes des particularités principales de l'examen minutieux qui a été fait de cette lésion, que nous empruntons au mémoire de M. Raynaud.

La surface presque entière des deux poumons dont il s'agit était recouverte d'un réseau de lignes blanchâtres, tranchant par leur couleur sur le fond rosé de l'organe et dessinant des mailles nombreuses, principalement vers le bord postérieur des poumons. Les lymphatiques dilatés circonscrivaient très-nettement les lobules du poumon dans des mailles inégalement serrées. En certains endroits, des traînées blanches existaient sur les bords et sur la face externe des lobules.

Le calibre de ces lymphatiques variait depuis un trait linéaire jusqu'à plus de 2 millimètres de largeur. Sur leur trajet on trouvait de nombreuses varicosités. Cette même disposition se trouvait sur toutes les coupes de l'organe. Il ne s'agissait donc pas de simples traînées lymphatiques partielles, comme on en rencontre quelquefois au voisinage des foyers tuberculeux. Le parenchyme pulmonaire était envahi dans toute sa profondeur par des lymphatiques dilatés.

En pressant entre deux doigts un espace interlobulaire, on en faisait sortir un petit cylindre blanchâtre constitué par la lymphe épaissie. En effet, en examinant ces petits cylindres au microscope, on y découvrait deux sortes d'éléments : des leucocytes en quantité innombrable, dont quelques-uns étaient en voie de dégénérescence caséeuse, et des cellules plus volumineuses, de forme irrégulière, constituant des plaques à noyaux multiples (cellules de l'endothélium lymphatique en voie de prolifération).

Au voisinage et au pourtour de ces vaisseaux, le parenchyme pulmonaire présentait les lésions de la pneumonie catarrhale.

Les ganglions bronchiques, un seul excepté, qui offrait le volume d'une aveline, étaient en général normaux. La plèvre pariétale était saine et ne présentait pas de ces traînées lymphatiques. Le canal thoracique était gorgé de lymphe d'apparence normale; suivi jusqu'à son embouchure dans la veine sous-clavière, il ne présentait dans son trajet aucune tumeur, ni aucune trace de compression.

L'estomac, chez cet individu, était le siége d'une tumeur lisse, aplatie, non ulcérée, occupant environ le tiers de l'organe ; les ganglions de la petite courbure étaient notablement tuméfiés. Plusieurs coupes de cette tumeur, étudiées au microscope, n'ont fait reconnaître que de l'hypertrophie simple des différentes tuniques de l'estomac, principalement du tissu conjonctif sous-muqueux. Mais, sur d'autres coupes voisines de la face péritonéale de l'organe, existaient de petits foyers disséminés où l'on trouvait des alvéoles remplies de cellules carcinomateuses.

On avait donc affaire à un carcinome de l'estomac.

Au même moment où M. Raynaud recueillait cette observation, M. Féréol lui communiquait la relation d'un fait identiquement semblable, avec lésion toute pareille de l'estomac.

Rapprochant ces deux faits du petit nombre de faits analogues consignés dans les ouvrages de M. Andral, de Cruveilhier et de ceux qui ont été rapportés récemment par M. Wagner, de Leipzig, par M. Moxon, de Londres, et par M. Troisier, interne des hôpitaux de Paris, M. Raynaud a recherché à en tirer quelques déductions. Le résultat qui en ressort est celui-ci : c'est que, huit fois sur dix, la lésion dont il s'agit s'est rencontrée avec le cancer, soit du poumon lui-même, soit d'autres organes.

Voici, du reste, les conclusions par lesquelles M. Raynaud termine son mémoire, et qui peuvent être acceptées à titre provisoire :

Il existe une lésion du poumon jusqu'ici non décrite dans les traités classiques et caractérisée par la turgescence variqueuse de tous les vaisseaux lymphatiques, tant superficiels que profonds de cet organe, et qui mérite le nom d'angioleucite.

Quoique cette lésion paraisse avoir une relation certaine avec le cancer, en particulier avec le cancer de l'estomac, on n'est point autorisé à nier qu'elle ait pu se développer en dehors de toute influence cancéreuse.

Cette angioleucite constitue une complication grave et peut déterminer la mort, par le poumon, de malades atteints de lésions primitives d'autres organes.

Ceci n'est qu'un premier jalon planté sur un terrain presque inconnu et qui s'offre de lui-même à l'exploitation des travailleurs.

Intoxication saturnine locale.

L'intoxication saturnine peut-elle se faire par l'absorption cutanée? Les symptômes d'intoxication saturnine peuvent-ils se localiser en certains points d'élection? Telles sont les deux questions, la première contestée, la seconde à peine entrevue jusqu'ici, que M. le docteur Cl. Manouvriez s'est proposé de résoudre, ou tout au moins d'étudier, conduit qu'il y a été par des observations et des recherches antérieures sur les troubles de la sensibilité dans l'intoxication saturnine. Les observations qui ont servi à M. Manouvriez pour élucider les deux questions connexes sont nombreuses; elles ont été recueillies dans plusieurs services des hôpitaux de Paris, notamment dans les services de MM. Sée, Bernutz et Empis, à la Charité, et dans celui de M. Lorain, à l'hôpital de la Pitié.

Les résultats généraux auxquels M. Manouvriez a été conduit par l'analyse de ces observations, nous ont paru assez intéressants pour que nous ayons cru devoir les exposer ici :

Ces observations, au nombre de trente, portent toutes sur des ouvriers atteints d'intoxication saturnine locale et directe par absorption cutanée. De ces trente ouvriers, huit maniaient le plomb métallique, soit allié à d'autres métaux, dans le laiton, dans la soudure de cuivre, dans l'alliage des caractères d'imprimerie; vingt-deux maniaient la céruse et le minium, soit libre, soit sous forme de mastic ou de peinture.

Sur ces trente saturnins, trois ne présentaient aucun signe d'intoxication générale, ni coliques, ni constipation, ni liséré; deux n'avaient qu'un faible liséré partiel, sans jamais avoir ressenti de coliques, ni aucun trouble digestif. Dans un cas, il y avait un liséré, mais pas de coliques; dans un autre cas, on n'observait actuellement ni coliques, ni constipation, mais un liséré gingival et de l'inappétence avec sensibilité abdominale; chez trois, enfin, il y avait liséré et constipation sans coliques. Les vingt autres offraient un mélange d'accidents saturnins locaux et généraux en diverses proportions.

Dans les cas où l'intoxication générale fait absolument défaut, il est facile d'étudier, dans toute leur pureté, les symptômes locaux par absorption cutanée. Dans les autres observations, jamais les symptômes locaux n'ont été en rapport d'intensité avec les symptômes généraux; au contraire, leur indépendance réciproque trahit leur origine différente.

Enfin M. Manouvriez fait remarquer que toujours les accidents saturnins locaux ont prédominé au point le plus en contact avec les préparations de plomb. Ils siégeaient, en effet, uniquement ou prédominaient seulement aux avant-bras chez les peintres, atteignant toujours de préférence le côté droit, chez les droitiers; le côté gauche, chez les gauchers.

Sur neuf cérusiers, six étaient paralysés du côté droit, surtout au membre supérieur. L'un d'eux, qui piétinait sur la céruse, était surtout atteint aux membres inférieurs. Chez les deux autres, droitiers physiologiquement, mais gauchers par le fait du genre de travail auxquels ils étaient astreints, le siége d'élection des accidents saturnins se trouvait à l'avant-bras et à la partie inférieure du bras gauche, sur la face antérieure, à la main et à l'avant-bras gauche.

Les autres saturnins étaient droitiers, et tous étaient atteints du côté droit surtout. Mais chez quelques-uns la localisation était plus accentuée.

L'influence des vêtements comme obstacles à la pénétration des particules saturnines a été mise en évidence dans un cas.

Les symptômes d'intoxication qui ont siégé uniquement ou prédominé seulement au point de contact du plomb ont été : la paralysie motrice (22 fois), la paralysie des sensibilités à la douleur (27 fois), au tact et à la température (26 fois), au chatouillement (22 fois), à la région et celle d'activité musculaire (2 fois), le tremblement (7 fois), les crampes (8 fois), les douleurs (9 fois), les fourmillements (4 fois), la coloration par les bains sulfureux (8 fois).

Les troubles de la vue et de l'ouïe, lorsqu'ils ont existé, ont siégé uniquement et ont prédominé du côté paralysé, mais quand il y a eu croisement de la paralysie à la face et aux membres, la paralysie faciale semble avoir entraîné une altération de la vue du même côté, tandis que l'altération de l'ouïe siégeait du même côté que la paralysie des membres.

Deux conséquences pratiques découlent de ces faits, l'une au point de vue thérapeutique, c'est l'indication du traitement externe, qui, dans les observations citées, a donné de bons résultats ; l'autre, au point de vue hygiénique et prophylactique, la nécessité pour les ouvriers de se garantir contre les chances d'accidents en mettant, autant que possible, leur peau à l'abri de la contamination du plomb ou de ses préparations.

NOTE SUR L'EXAMEN OPHTHALMOSCOPIQUE

DU FOND DE L'ŒIL COMME SIGNE DE LA MORT RÉELLE

Plusieurs journaux de médecine ont reproduit dernièrement une note adressée à l'Institut par M. le docteur Bouchut, intitulée: *Sur un nouveau signe de mort tiré de la pneumatose des veines rétiniennes.*

« Au moment de la mort, dit M. Bouchut, il se dégage du sang veineux des gaz qui s'y trouvent normalement emprisonnés et qui forment une pneumatose des veines. La pneumatose des veines rétiniennes est facilement appréciable à l'ophthalmoscope, et elle constitue un signe immédiat et *certain* de la mort. Chez l'homme qui vient de mourir, la pneumatose des veines rétiniennes est indiquée par l'interruption de la colonne sanguine de ces veines, phénomène comparable à celui qu'on observe dans la colonne interrompue d'un thermomètre à alcool coloré. »

Comme on le voit d'après ce qui précède, M. Bouchut admet qu'aussitôt après la mort, les gaz maintenus en dissolution dans le sang deviennent libres, et donnent naissance à des bulles visibles à l'ophthalmoscope dans les vaisseaux rétiniens. Ce développement de gaz dans les veines, survenant spontanément et immédiatement après la mort, me semble hypothétique et n'a pas, que je sache, été démontré. Dans tous les cas, il est facile de s'assurer s'il a réellement lieu. Car devant se produire tout aussi bien dans les veines des autres parties du corps que dans celle de la rétine, il suffira d'ouvrir sous l'eau n'importe quelle veine superficielle (de la face dorsale de la main, par exemple) et de regarder si des bulles s'échappent. Ce moyen de constater la mort serait plus aisé que l'examen ophthalmoscopique et plus inoffensif qu'un autre analogue préconisé dans ces derniers temps et qui consiste à ouvrir une artère pour voir si elle est exsangue.

Mais, jusqu'à preuve du contraire, il est difficile d'admettre le développement spontané du gaz invoqué par M. Bouchut, et je crois que cette hypothèse découle d'une interprétation erronée de l'image ophthalmoscopique du fond de l'œil au moment de l'agonie.

Quand on sacrifie un animal vivant et qu'on l'examine à l'ophthalmoscope au moment de sa mort, voici ce qu'on observe. Au fur et à mesure que les battements du cœur s'affaiblissent, le mouvement de la translation de la colonne sanguine qui remplit les fins vaisseaux de la rétine se ralentit, pour cesser complétement dès que le cœur est arrêté et que la contractilité et l'élasticité artérielles sont épuisées. Dès lors l'impulsion connue sous le nom de *vis a tergo* n'existe plus, et la colonne sanguine renfermée dans les vaisseaux de petit calibre est soumise à l'action des forces capillaires qui la divisent et la fragmentent. On comprend qu'il est facile de prendre les intervalles de séparation de ces divers fragments pour des accumulations de bulles gazeuses.

Le symptôme sur lequel M. Bouchut appelle l'attention du public médical indique donc, non pas un commencement de décomposition cadavérique, mais bien un arrêt de la circulation, et, par suite, des mouvements du cœur. A ce titre il a encore une grande valeur comme moyen de diagnostic de la mort réelle.

Ch. Abadie.

Le fait de l'interruption de la colonne sanguine dans les veines rétiniennes, que j'ai signalé le premier comme étant un signe de mort, est incontestable et je l'ai fait observer bien des fois à ceux qui suivent ma clinique. Reste à l'expliquer. Comme après la mort, d'après les expériences que j'ai faites, dans les veines des méninges et dans les veines des membres, il y a quelquefois des gaz, je crois que ces gaz ne pouvant provenir de la putréfaction, doivent provenir du sang qui les renferme à l'état normal. Cette explication me paraît la meilleure, mais, ne l'acceptât-on pas, cela n'enlèverait rien à la réalité et à la signification du phénomène que j'ai fait connaître.

E. Bouchut.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 février 1874. — Présidence de M. Perrin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : *La Gazette des Hôpitaux. — L'Union médicale. — La Gazette hebdomadaire. — La Tribune médicale. — Le Journal de médecine et de chirurgie pratique. — Le Mouvement médical. — La Gazette obstétricale de Paris. — La France médicale. — Le Progrès médical. — Le Bordeaux médical.*

Un mémoire sur le développement pathologique de l'œil chez le cyprin dit *poisson télescope*, par M. le docteur Camuset.

Trois mémoires du docteur Féréol, médecin de la maison municipale de santé, intitulés :

1° Des perforations pleuro-bronchiques sans pneumothorax;

2° Note sur la communication anatomique existant entre les noyaux d'origine de la troisième et de la sixième paire;

3° Note sur une paralysie de la sixième paire gauche avec inaction conjuguée du muscle droit interne de l'œil droit causée par un tubercule développé dans l'épaisseur de la protubérance annulaire.

M. Trélat offre, de la part du docteur Clemente Romano, un travail sur le *Fungus bénin du testicule*. — L'auteur, en soumettant à une revue critique sévère les données de la littérature chirurgicale, et en reprenant l'étude histologique du fungus, arrive à établir que cette tumeur, qu'il propose d'appeler *granulome*, est constituée par un tissu semblable à celui des bourgeons charnus. Il démontre qu'on peut la confondre avec des sarcomes ou des myxomes qui, au début de leur évolution, revêtent parfois la forme extérieure de fungus ou de champignon, mais que l'examen microscopique tranchera toute difficulté. Aucune observation ne permet de croire que le fungus soit constitué par des tissus fibreux ou de la graisse. — En somme, le travail de M. Romano contribue à éclairer une question sur laquelle planent encore quelque obscurité.

Une observation de M. le docteur Putyap, relative à l'ablation d'un ostéome.

LECTURE

M. Delore a la parole pour la lecture suivante :

Du genou en dedans, de son mécanisme et de son traitement par le décollement des épiphyses. (Voir le numéro du 17 mars.)

DISCUSSION

M. Guéniot. Je n'ai à présenter qu'une très-courte observation. Il y a quatre ou cinq ans, j'ai eu l'occasion d'observer un enfant de quatre ans qui présentait une déviation du genou en dedans, déviation en apparence d'origine non rachitique; car l'état général du petit malade était excellent. Je fus frappé de ce fait que, dans la rectitude ou extension, la difformité était énorme, mais se corrigeait par la flexion. L'enfant mourut de la rougeole. A l'autopsie, je constatai une malformation du condyle interne qui descendait à un niveau inférieur à l'autre condyle, et se trouvait, en outre, un peu plus court d'avant en arrière, ce qui explique assez bien la correction de la déviation par la flexion. J'ai présenté la pièce à la Société anatomique, et je me trouvai, dans cette circonstance, en désaccord avec M. Lannelongue dont l'interprétation se trouva tout autre.

Les faits de M. Delore concordent, du reste, avec ceux que j'ai observés, à cette différence près que le rachitisme était la cause première des désordres cités par lui.

M. Verneuil. Il est absolument nécessaire d'admettre, pour le *genu valgum*, plus d'une étiologie. Aussi demanderai-je d'abord à M. Delore quelle est la limite d'âge pour les sujets observés par lui. Nul doute au sujet des pièces présentées. Il s'agit de l'affection connue sous le nom de rachitisme latéral. Mais il y a une autre variété de *genu valgum* qui débute de quinze à vingt ans, c'est-à-dire à la même époque que la scoliore et le pied plat; cette variété, de nature essentiellement musculaire, coïncide presque toujours avec un accroissement rapide, une flaccidité toute spéciale des chairs et n'a point de rapport avec le rachitisme. Chez tous ces grands adolescents, on voit la projection du genou en dedans s'accompagner de la supination, c'est-à-dire de la rotation en dehors du tibia sur son axe, et ne se point compliquer du développement inégal des deux condyles. Cette lésion d'ordre musculaire, tenant à la contracture du biceps, est applicable à un ordre tout spécial de *genu valgum*, et nécessite un traitement différent. Chez le demi-adulte, en effet, on pourrait peut-être décoller le périoste et l'épiphyse, mais au prix de violences énormes. Aussi, dans ces cas, n'ai-je jamais employé la force, mais bien des procédés de douceur tels que le repos, le redressement progressif à l'aide de bandes de caoutchouc appliquées durant huit ou dix jours sur les genoux préalablement séparés par un coussin, puis l'immobilisation durant trois ou quatre mois. Cette méthode qui, dans la dernière période, permet aux malades de marcher, m'a donné des succès remarquables, même dans des cas de déviations énormes. Je ne serais même pas surpris que cette déviation spéciale, due à la supination forcée de la jambe, n'existât aussi chez l'enfant, car je me rappelle avoir pu, chez un jeune sujet, redresser un genou à l'aide de deux pièces, l'une, jambière, l'autre, crurale, reliées entre elles par une attelle interne fixée solidement par des tours de bande. M. Delore proclame l'innocuité parfaite de ces manœuvres; il est cependant permis de craindre que ces violences exercées sur le cartilage interépiphysaire ne déterminent une ossification précoce et ne méritent le reproche que l'on

a adressé aux résections, à savoir : une atteinte considérable portée au développement ultérieur du membre.

Cet arrêt de développement, peu important quand les deux membres sont atteints, a sa valeur quand la déviation est unilatérale. Je prie, du reste, M. Delore de considérer ces remarques comme des demandes d'éclaircissement bien plus que comme des critiques.

M. LE FORT. Ce qui me frappe le plus dans la méthode de M. Delore, c'est l'innocuité de l'arrachement épiphysaire.

Je demanderai à notre collègue, d'une part, si la marche de ses opérés était irréprochable, car d'après la photographie du moule qu'il nous présente, le pied paraît reposer sur le bord externe ; d'autre part, si c'est l'expérience qui l'a amené à conserver le membre aussi longtemps dans l'immobilité. On sait, en effet, qu'on a souvent grand'peine à rétablir les mouvements dans une articulation tenue longtemps immobile. La méthode de M. Delore me paraît devoir être fort bonne dans l'enfance, car le *genu valgum* des demi-adultes et des adultes me semble mériter un traitement spécial.

M. DUBRUEIL. J'ai eu occasion de voir à la consultation d'orthopédie du bureau central un nombre considérable de genoux *valgus*. Ils m'ont paru appartenir à une autre cause que le rachitisme, se développer quand les enfants commencent à marcher, et tenir surtout à une faiblesse ligamenteuse ou musculaire. Dans tous les cas, j'ai vu le développement du condyle interne être non pas une cause, mais une conséquence forcée de la déviation du genou. Je demanderai à M. Delore son opinion sur l'efficacité des machines. J'ai vu, en effet, toujours dans le même établissement, des succès bien nets suivre l'application d'appareils mécaniques construits à bas prix, c'est-à-dire avec peu de soins et fort mal dirigés par des parents ignorants ou négligents.

M. SÉE. M. Delore a-t-il appliqué son traitement à l'incurvation du tibia en arrière ? J'ai eu, pour ma part, à traiter une petite fille présentant une flexion postérieure très-prononcée. J'ai essayé le traitement préconisé par notre collègue et cela sans le moindre résultat. Peut-être cet insuccès tient-il à un manque de persévérance et d'énergie dans la force déployée ?

M. LANNELONGUE. On doit considérer deux points dans la question qui nous occupe : l'étiologie et la thérapeutique.

Pour ce qui a trait à l'étiologie, on peut établir plusieurs variétés de cagneux. Nous avons déjà la déviation rachitique propre à l'enfance et facile à distinguer. Viennent ensuite deux variétés beaucoup moins aisées à définir : celle qui survient de quinze à vingt ans (cagnosité de l'adolescence), puis enfin la déviation pathologique consécutive à une arthite sèche (cagnosité des gens âgés).

A ce propos, je reviens au dissentiment signalé par M. Guéniot entre son interprétation et la mienne, dissentiment basé sur ce fait que, étant donné, comme il l'avançait, un condyle interne descendant plus bas que le condyle externe, je concluais que l'on devait avoir affaire à une déviation en dehors et non pas en dedans.

Au point de vue thérapeutique, la méthode de M. Delore me paraît devoir être bonne. Je ferai cependant remarquer que le sujet qui figure sur les photographies qu'il nous a présentées ne porte pas les attributs du rachitisme. Ce serait donc une cagnosité de l'adolescence. Or sur un cagneux de seize ans, j'ai tenté l'application de la méthode de M. Delore. J'ai pu redresser un genou en-dedans au prix d'efforts considérables suivis de nombreux craquements. Après l'opération, j'appliquai sur le membre un appareil inamovible ; mais les douleurs furent telles que je dus l'enlever, et nous assistâmes au développement d'une arthrite. Il n'y eut cependant pas d'autres accidents, et le résultat définitif fut satisfaisant. Je tire cependant de ce fait cette conclusion que le redressement par la méthode de M. Dulore n'est pas absolument sans danger.

M. TILLAUX. Mon impression relative aux cagneux adolescents est, d'après ce que j'ai pu observer, diamétralement opposée à celle qu'a exprimée M. Verneuil. J'ai, en effet, soigné tout à fait inutilement, durant une année, à l'aide des bandes de caoutchouc et des attelles, un jeune homme d'environ seize ans, non rachitique, et dont M. Duchenne, de Boulogne, à qui je le fis voir, classait la déviation très-marquée dans les cagnosités dites professionnelles (il tournait, en effet, une roue du matin au soir). Aussi suis-je convaincu que le traitement dn *genu valgum* des adolescents est extrêmement difficile par les moyens ordinaires.

M. LARREY. On a parlé des cagneux devant les conseils de révision. A ce propos, je diviserai les cagneux en trois variétés :

1° La déviation bilatérale rachitique ;

2° La déviation unilatérale congénitale, acquise ou professionnelle, (celles des joueurs d'orgue par exemple) ;

3° La déviation simulée.

La réforme suit nécessairement la première de ces divisions. La seconde peut céder à un traitement approprié, le massage, les appareils, etc., et dans ce cas, je dois le dire, j'aurais peu de foi dans le redressement brusque.

Quant à la déviation simulée, elle se distingue, tout d'abord, par une absence presque complète d'atrophie du membre. De plus, j'ai souvent employé, pour découvrir la fraude, un moyen qui consiste à placer, à l'improviste, sur un siége, le sujet que l'on veut convaincre et à imprimer à ses deux membres des mouvements similaires.

La volonté la plus tenace cède souvent à l'action simultanée des deux membres amenés au contact, comme si la volonté ne pouvait se diviser et agir sur l'un tout en délaissant l'autre.

M. CHASSAIGNAC. Je tenais à faire observer qu'on a été un peu trop absolu en niant que le rachitisme pût exercer son action sur un seul côté ; je suis, d'autre part, très-surpris de l'absence de crépitation osseuse dans les faits de redressement rapportés par M. Delore.

M. DEPAUL. Je ne parlerai pas des difformités de l'adulte, et je m'en tiendrai au rachitisme. Je ne crois pas la théorie de M. Delore exacte. Ce qu'il appelle, en effet, une courbure de l'extrémité inférieure du fémur n'est pas, à proprement parler, une courbure. La seule qui existe réellement se porte en avant et en dedans ; mais celle contre laquelle il lutte ne peut porter ce nom. Si nous prenons, en effet, l'axe du fémur, nous voyons que ce qu'il appelle courbure est purement et simplement constitué par une partie osseuse plus volumineuse, comme surajoutée. Ce n'est donc pas une courbure, c'en est tout au plus la simulation. Lutter contre cette malformation me paraît impossible. Aussi voyez ce qui arrive dans la pièce que nous présente M. Delore : la courbure latérale existe toujours ; on a bien décollé l'épiphyse, mais la courbure n'a pas été redressée. Quand on voit les os des rachitiques à courbure très-accentuée, qu'on compare la convexité avec la concavité de l'os, on trouve une énorme disproportion de surfaces. Que veut-on obtenir ? Une sorte d'élasticité. Il n'en est pas qui puisse redresser un os ainsi dévié : en un mot il est impossible de trouver, pour obtenir ce résultat, l'étoffe nécessaire. Aussi ne puis-je m'expliquer comment, dans plusieurs de ses opérations, M. Delore n'a pas eu à constater de fractures.

M. DELORE. Je vais essayer de répondre aux questions qui m'ont été posées et aux objections qui m'ont été faites. J'admets les catégories qui ont été établies, et je distingue la déviation rachitique, la déviation des adolescents et la déviation pathologique consécutive à une tumeur blanche, par exemple.

Je suis, en cela, de l'avis de tout le monde ; mais mon opinion personnelle diffère notablement de l'opinion générale quant au nombre des déviations d'origine rachitique. Ce nombre est considérable, selon moi. Dans les nombreux cas que j'ai eu l'occasion d'observer, je me suis souvent attaché à démontrer que le rachitisme avait passé par là sans qu'il eût pourtant laissé sur le squelette de traces sensibles, tout au plus une légère déformation du poignet, ou cette disposition que l'on désigne sous le nom de chapelet rachitique du thorax. Il est rare que, dans les antécédents, dans la parenté, l'on ne trouve rien à ce point de vue. J'estime donc que le genou cagneux est habituellement rachitique, et qu'il est rare de lui assigner une autre origine.

Dans le cas cependant où le rachitisme serait étranger à la déformation, le traitement serait identiquement le même. J'ai opéré d'après ma méthode, un jeune homme de vingt et un an, un autre de dix-huit ans, mais de taille colossale. Cette dernière opération fut très-laborieuse et nécessita l'intervention de six aides, mais le succès fut complet, si complet même que le jeune homme en question fit la campagne comme mobile. C'est donc une de mes plus belles observations.

Je répondrai à M. Verneuil que je n'ai jamais vu la croissance régulière se ressentir du redressement brusque, et j'attribue cet heu-

reux résultat à ce que, aussitôt après le redressement, qui n'est autre chose qu'une entorse à un haut degré, l'inflammation est à peu près nulle, ainsi que la douleur grâce à l'immobilisation immédiate que nous pratiquons.

Cette immobilisation prolongée n'a pas les inconvénients que paraît redouter M. Lefort et ne produit pas, dans tous les cas, de difformité analogue à celle que l'on pourrait croire exister sur les photographies que j'ai apportées. Cette difformité apparente tient à ce que pendant le moulage que je n'ai pu surveiller, on a laissé le pied dans l'extension. J'affirme, du reste, que le malade ne marche point sur le bord externe du pied.

L'immobilisation a d'ailleurs une durée variable ; on peut, au bout de deux mois, mobiliser le genou ; et je dois dire que dans l'immense majorité des cas, la rigidité est nulle. Je ferai observer à M. Larrey que la simulation du genou cagneux ne peut tromper que difficilement surtout si l'on part de ce principe, qu'étant donnée une jambe saine et étendue, la projection en dehors est absolument impossible ; il faut donc, pour produire cette projection, que l'imposteur fléchisse d'abord la jambe sur la cuisse, et il est facile de le confondre en le ramenant à l'extension.

M. Chassaignac s'étonne de l'absence de crépitation dans le redressement brusque. Cette crépitation existerait sans aucun doute si l'on produisait un arrachement complet de l'épiphyse; mais il n'en est rien, et il est facile de se convaincre sur la pièce que je mets sous les yeux de la société, que c'est une déhiscence incomplète, une sorte d'entre-bâillement que je produis. Quant à l'objection de M. Depaul, qui considère le genou cagneux comme une apparence de courbure, je répondrai qu'à cette apparence de courbure, je n'ai peut-être opposé qu'une apparence de redressement, mais que, dans tous les cas, le malade marchait droit après l'opération et que, par conséquent, je ne pouvais m'empêcher de le considérer comme redressé.

Pour obtenir le redressement de l'os lui-même, dont parle M. Depaul, il faudrait attaquer le centre même de la courbure et faire une sorte de résection, ce qui est absolument étranger à ma méthode. En terminant, je conclurai ainsi : j'ai redressé deux cent cinquante genoux cagneux, j'ai eu presque constamment des succès. Très-rarement j'ai eu besoin de faire des efforts considérables. Je me suis toujours astreint à certaines précautions, à celle qui consiste à ne pas trop éloigner le genou dévié du plan du lit, de manière à éviter une échappée possible; j'ai tenu également à obtenir séance tenante le redressement parfait, et j'ai toujours mis beaucoup de soin à l'application de l'appareil inamovible.

M. LE FORT. Je ne puis qu'applaudir aux remarquables résultats de la méthode de M. Delore, et je lui accorderai une préférence marquée; mais je reviens sur la question de l'immobilisation, et c'est un avis que je demande. M. Delore a-t-il été amené par des insuccès ou des accidents à pratiquer une immobilisation aussi prolongée ?

M. DELORE. Je n'ai jamais eu d'inquiétudes au sujet du rétablissement des mouvements, et je n'ai jamais vu de cas où la mobilisation ne fût pas facile.

Qu'il me soit permis, en terminant, de réparer deux omissions dans mes réponses aux questions et objections qui m'ont été faites. J'ai toujours échoué dans les cas de redressement du tibia en arrière dont parlait M. Sée. Tout au plus ai-je diminué la courbure de 3 centimètres. Quant à la difficulté de l'application des appareils et à leur peu d'efficacité, je suis absolument de l'avis de M. Tillaux, et c'est précisément l'impuissance des appareils qui m'a conduit à adopter la méthode que j'ai exposée devant vous.

La société se forme en comité secret à cinq heures vingt minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

Séance du 18 février 1874. — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : *La Gazette des Hôpitaux. — L'Union médicale. — La Gazette hebdomadaire. — La Tribune médicale. — La France médicale. — Le Progès médical. — Le Mouvement médical. — L'Abeille médicale. — Le Bulletin général de thérapeutique. — La Gazette de Joulin. — Le Bordeaux médical. — Le Montpellier médical. — Le Journal médical de la Mayenne. — Le Lyon médical.*

M. MAGITOT offre un travail qui lui est commun avec Ch. Legros, sur : *les Greffes de follicules dentaires et de leurs organes constitutifs isolément.*

M. DOLBEAU offre un travail sur *l'Emploi du chloroforme au point de vue de la perpétration des crimes et des délits.*

LECTURES

M. PERRIER lit un travail sur un cas de ligature de l'iliaque externe (Commission : MM. Verneuil, Tillaux, Ledentu).

M. TERRIER lit un travail sur un calcul de la glande sous-maxillaire (Commission : MM. Paulet, Panas, Forget).

M. PRAVAZ (de Lyon) lit un travail sur les déviations de la colonne vertébrale (Commission : MM. Desprez, Duplay, Dubrueil).

La séance est levée à cinq heures vingt minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

Séance du 25 février 1874 — Présidence de M. PERRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : *La Gazette des Hôpitaux. — L'Union médicale. — La Gazette hebdomadaire. — La Tribune médicale. — La France médicale. — Le Mouvement médical. — Le Progrès médical. — La Gazette obstétricale — L'Abeille médicale. — Le Bordeaux médical. — La Gazette médicale de Bordeaux. — Le Journal de médecine de l'Ouest. — La Revue médicale de Toulouse. — Le Bulletin de l'Académie royale de Belgique. — Des réformes dont nos institutions d'hygiène publique sont susceptibles*, par MM. Armaingaud et Levieux, de Bordeaux.

M. LARREY offre, de la part de l'auteur, un mémoire intitulé : *De l'ovotomie abdominale ou opération césarienne*, par le docteur Baudon.

M. LARREY dépose sur le bureau, au nom de Mme Huguier, l'acte de donation du legs Huguier.

COMMUNICATION

M. VERNEUIL fait la communication suivante :

Urano-staphyloraphie, insuccès partiel, remarques sur quelques temps de l'opération. (Voir le numéro du 10 mars.)

DISCUSSION

M. TRÉLAT. L'opération de M. Verneuil étant de date toute récente, il ne peut nous dire quels sont les résultats fonctionnels de son opération. J'ai déjà eu l'occasion de dire plusieurs fois que chaque fois que la voûte palatine est largement fendue, il n'y a pas lieu d'espérer la récupération de la voix.— Dans le cas contraire, on est en droit de compter sur un résultat. Je suis de plus en plus convaincu de la vérité de cette distinction. — Je fus consulté, il y a deux ans, pour un jeune garçon de neuf ans dont le voile du palais était incomplétement divisé. J'examinai sa voûte palatine et je conseilllai l'opération. Je la pratiquai en m'aidant du bâillon de Smith. Quinze jours après, grâce à un dévouement et à une sévérité maternels bien rares (car pendant ces quinze jours pas un mot pas une syllabe ne furent prononcés par le malade), je pus constater un résultat parfait. — A propos du procédé opératoire, chacun, il faut le dire, cherche pour cette opération un perfectionnement que j'appellerai relatif, c'est-à-dire un procédé de commodité individuelle. — Dans une communication analogue à

celle de M. Verneuil, faite il y a six ou sept ans, je défendais la cause de l'aiguille simple et ce procédé, soit employé seul, soit aidé de l'artifice de l'anse de Bérard, m'a toujours réussi. Je ne me sers pas des aiguilles tubulées chasse-fil ou porte-fil dont l'usage me semble incommode. — Je suis d'ailleurs de l'avis de M. Verneuil quant à l'utilité de passer les fils d'avant en arrière; alors seulement on voit bien ce que l'on fait et l'on entre où l'on veut. — Il y a également avantage à ne se point se servir des petites aiguilles mobiles et l'on se rappelle les moyens employés par Sédillot, tels que la plaque de caoutchouc destinée à éviter cette pénible recherche, cette sorte de pêche à l'aiguille dans l'arrière-bouche. — Je rappellerai enfin que pour l'uranoplastie, Follin avait communiqué la description d'une opération pratiquée avec M. Broca, opération dans laquelle il n'avait été possible d'en terminer que grâce à une aiguille non trempée à laquelle il fut possible de donner séance tenante la courbure considérable.

C'est vers cette époque que je conseillai l'usage d'une aiguille courbée en forme d'U, c'est-à-dire à courbure extrêmement étroite et qui, introduite par le nez, permet de passer de chaque côté le fil d'arrière en avant. Encore est-il nécessaire, pour l'accomplissement de ce temps que le lambeau à traverser ne présente aucune obliquité. Il y a là une sorte de tour de main destiné à triompher d'assez grandes difficultés, témoins les efforts faits dans ce sens par M. Hermann, de Mulhouse, et M. Rouge. — Je continue, pour ma part, à tordre les fils dans le fond de la bouche avec l'extrémité des doigts.

Je crois que si les tubes de Galli ou les boutons ont un certain avantage pour l'ablation facile des fils, ils présentent, d'autre part, un certain inconvénient pour l'alimentation, inconvénient avec lequel il faut compter.

M. Verneuil nous a décrit les incisions libératrices non perforantes. Je ferai remarquer que Sédillot les faisait perforantes ou totales, et que, lorsqu'on opère ainsi, il se produit presque aussitôt par les orifices créés un prolapsus, une protrusion des glandules du voile du palais qui ne tarde pas à obturer l'ouverture. Je n'ai pas d'expérience du du galvano-cautère pour éviter l'hémorrhagie qui se produit dans cette opération et qui peut être parfois gênante. Je me résumerai en disant que si l'on voulait passer en revue la liste des divers procédés familiers à chaque chirurgien dans la pratique de la staphyloraphie, on serait bien longtemps avant d'en avoir terminé.

M. LE FORT. J'ai renoncé depuis longtemps aux aiguilles chasse-fil, et je me sers d'une pince dont les mors chargés de plomb fixent les aiguilles très-solidement. Je me sers des aiguilles ordinaires, et je n'ai jamais éprouvé de difficultés. Souvent du reste pour la palatoplastie un seul point de suture suffit.

M. VERNEUIL. J'attache une plus grande importance que M. Trélat aux procédés qui facilitent l'ablation des fils. Cette ablation au fond des cavités comme le vagin, comme l'arrière-bouche présente souvent des difficultés considérable.

Je ne partage pas non plus la répugnance de mes collègues pour les aiguilles chasse-fils. Bien que je me serve également souvent des aiguilles ordinaires, j'attribue aux aiguilles tubulées une utilité incontestable dans certains cas. (*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

39. Du tabac.

40. Forestier. Étude sur quelques points de l'ataxie locomotrice progressive, arthropathies, fractures et luxations consécutives.

41. Hugues. Des oblitérations et des rétrécissements congénitaux de l'artère pulmonaire.

42. Brégi. Essai sur la topographie médicale de la ville de Sedan.

43. Denoix. Variété de fracture du col du fémur avec pénétration.

44. Chailly. Étude sur les ankyloses et leur traitement.

45. Chollet. Étude sur une épidémie de dysentérie.

46. Lelu. Du siége de la coqueluche et de son traitement.

47. Mouton. Du calibre de l'œsophage et du cathétérisme œsophagien.

48. Clec'h. Étude sur le symblépharon et les divers moyens d'y remédier.

49. Catrin. Quelques considérations sur les hémorrhagies et la rachialgie dans la dothiénentérie.

50. Fauny. De l'hydrate de chloral dans l'éclampsie purpérale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — MM. les docteurs en médecine qui ont obtenu de M. le ministre de l'instruction publique l'autorisation de faire un cours à l'école pratique de la faculté de médecine, sont prévenus que la distribution des amphithéâtres aura lieu lundi 30 mars, dans la salle du conseil de la faculté, à midi précis.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Estor, professeur de médecine légale et de toxicologie, est nommé professeur d'anatomie pathologique et histologique (chaire nouvelle).

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Riche est nommé professeur titulaire de chimie.

— *Hospice du Vésinet.* — M. le docteur Morgon, médecin-major de première classe, en retraite, est appelé à la direction sanitaire de cet hospice de convalescents.

Corps de santé militaire. — Sont proposés pour le grade de médecin principal de première classe : MM. Daga, Besançon, Armieux, Frison, Molard, Jacquemin, Lasserre, Pahier-Duplessy, Mouillac, Dufour, Bristol, Hémard, Levié, Bruy et Vauthier.

Sont proposés pour le grade de médecin principal de deuxième classe: MM. Contrejean, Morand, Chevassu, Vézien, Michel, Delcominète, Widal, Reeb (F. C.), Weber, Dauvé, Armand, Noguès, Bertrand (H.), Boulongne, Arnaud, Castex, Herbecq, Fleury (V), Allaire, Chaudel, Costa, Lavigne, Messager, Balansa et Raoult.

Sont proposés pour le grade de médecin-major de première classe : MM. Lafforgue, Coze, Sifflet, François, Durant, de la Porte, Paoli, Chabert, Combes, Thomas (G.), Vincent-Genod, Chevassu, Roux, Belay, Walterloot, Lévy, Cret-Duverger, Goguel, Thomas (E.), Bouland, Millet, Chambé, Avice, Buffé, de Courtois, Bernard, Crevaux, Guillemin, Guirard et Massaloup.

Sont proposés pour le grade de médecin-major de deuxième classe: MM. Lepage, Buez, Bouloumié, Czernicki, Letellier, Foulquier, Moret, Ducazal, Rapp, Bourgeois, Gass, Le Cadre, Cuq, Ramonet, Poignon, Accolas, Richard et Desmonceaux.

Sont proposés pour le grade de pharmacien principal de première classe : MM. Latour et Leprieur.

Sont proposés pour le grade de pharmacien principal de deuxième classe : MM. Beylier, Jaillard, Cauvet, Ollivier et Courant.

Sont proposés pour le grade de pharmacien-major de première classe : MM. Aveline, Commaille, Wahl, Privat, Mullet, Babeau, Puig, Péhéaa, Parant et Thomas (F.).

Sont proposés pour le grade de pharmacien-major de deuxième classe : MM. Balland, Perron, Letellier, Lacour, Barillé, Frizac et Vidal.

— Le corps médical de Paris vient de faire une perte des plus regrettables en la personne de M. le docteur A. N. Leriche, ancien médecin de l'armée d'Afrique et des ambulances de la presse, chevalier de la Légion d'honneur, médaillé de juillet 1830, mort subitement le 18 de ce mois. M. le docteur A. N. Leriche, laisse un fils qui exerce très-honorablement la médecine.

— *Cours clinique sur les maladies des enfants.* — M. le docteur Bouchut commencera ce cours le mardi 31 mars à l'hôpital des enfants malades, rue de Sèvres, 149, à huit heures du matin et le continuera les mardis suivants.

— La Société de chirurgie tiendra sa prochaine séance le 1er avril 1874.

Ordre du jour : M. Desprez. Rapport sur la résection du genou. — Giraud Teulon. Communication sur les modifications apportées à l'ophthalmoscope.

— La société de tempérance, association française contre l'abus des boissons alcooliques, tiendra sa séance annuelle sous la présidence de M. Renouard, membre de l'Institut, le dimanche 29 mars, à 4 heures précises du soir, dans l'une des salles de la Société d'encouragement, rue de l'Abbaye, nº 17.

Ordre du jour : 1º Rapport sommaire sur la situation de l'œuvre, par M. Lunier; — 2º Rapport sur les prix à décerner en 1874, par M. Edmond Bertrand; — 3º Rapport sur les récompenses à décerner en 1874, par M. le docteur Durand-Fardel.

— La société protectrice de l'enfance met au concours la question suivante : *Préjugés populaires sur les maladies de l'enfance*. — Le prix sera de 500 francs.

Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés francs de port, avant le 1er novembre 1874, au secrétaire général de la société, M. le docteur Léon Duchesne, rue des Saints-Pères, 85. Les travaux admis au concours ne seront pas rendus à leurs auteurs. Les membres du conseil d'administration sont seuls exclus du concours. Les concurrents joindront à leur envoi un pli *cacheté*, contenant leur nom et leur adresse, avec une devise répétée en tête de leur travail.

— On demande un médecin pour la commune d'Étrepilly, arrondissement de Meaux (Seine-et-Marne). — Grands avantages. — S'adresser, pour les renseignements, à la mairie d'Étrepilly ou à Paris, chez M. Fichet, rue de Richelieu, 43.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tribut à la chirurgie pratique du vétéran de l'école Bretonneau, par Jean-Félix MIQUEL (de Tours). — 1 vol. gr. in-8º, de 348 pages avec planches lithographiques. — Tours, 1870. — Cet ouvrage se vend au profit de la souscription en faveur de la veuve et des quatre enfants d'un confrère. **5** *francs* pris au bureau du journal et **6** *fr.* **25** expédié *franco* par la poste.

Thérapeutique des maladies de l'appareil urinaire, par le docteur MALLEZ ; avec la collaboration de M. E. DELPECH. — 1 volume in-8º. — Paris, Adrien Delahaye.

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, publié sous la direction de M. le docteur JACCOUD. Se composera d'environ 30 volumes grand in-8º cavalier de 843 pages, avec figures intercalées dans le texte. Prix de chaque volume : 10 fr. — Les tomes I à XVIII sont en vente. — Le tome XVIII comprend 800 pages avec 43 figures. — Table des principaux articles : Hydropisie, par I. Straus ; Hydrothérapie, par Beni-Barde ; Hypnotisme, par Mathias Duval ; Hypochondrie, par Foville ; Hystérie, par Bernutz ; Ictère, par Jules Simon ; Identité, par Tardieu ; Iliaque (fosse et région), par A. Després ; Impétigo, par A. Hardy ; Impuissance, par Siredey ; Inanition, par Lépine ; Infanticide, par A. Tardieu ; Inflammation, par Heurtaux. — Paris, J. B. Baillère et fils.

Clinique médicale de l'hôtel-Dieu de Rouen, par E. LEUDET, directeur de l'école de médecine de Rouen. — Paris, 1874. — 1 vol. in-8º de XXIII-606 pages. — 8 francs. — J.-B. Baillère et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

Ataxie locomotrice et sclérose des cordons postérieurs de la moelle chez les enfants. — Signes ophthalmoscopiques.

L'ataxie locomotrice est très-rare chez les enfants. Dans l'excellente monographie de notre confrère Topinard, sur cent quatre observations qu'il a rassemblées, il n'y en a pas au dessous de vingt-six ans. On n'y trouve qu'une simple mention de trois cas observés chez des jeunes sujets entre quinze et dix-huit ans, et publiées par Friedreich. Aujourd'hui deux cas d'ataxie se présentent dans mon service, l'un chez un enfant de onze ans, et l'autre chez un sujet de quatorze ans : c'est une excellente occasion d'étudier cette maladie dans l'enfance, pour rechercher en quoi elle ressemble et en quoi elle diffère de la maladie adulte, et je vous montrerai en même temps l'importance des signes ophthalmoscopiques que j'ai fait connaître en 1866, et par lesquels on diagnostique le début du mal.

Le premier de ces malades est un garçon âgé de onze ans, qui est malade depuis quinze jours et qui, sans aucune maladie antérieure, a été pris de faiblesse considérable dans les membres inférieurs et supérieurs. Il marche mal et qu'il ait les yeux ouverts ou fermés c'est la même chose. Il a eu quelques douleurs vagues dans les genoux et des picotements dans les pieds, qui disparaissent et reviennent tour à tour. Il a de la céphalalgie frontale, de l'affaiblissement visuel et des obnubilations, parfois de la diplopie avec strabisme convergent passager.

Pas de troubles d'audition, ni de la sensibilité générale. La sensibilité réflexe est entière. L'enfant a peu d'appétit, ne vomit pas et se plaint d'un peu de constipation. Son pouls est régulier.

A l'ophthalmoscope, les deux papilles sont d'un rose pâle, diffuses, semblent aplaties et sont voilées par l'état congestif. Les artères sont petites et les veines un peu dilatées. C'est le premier degré d'hyperémie produit par les affections spinales.

Quant à la seconde malade, c'est une fille de quatorze ans, petite, trapue, anciennement rachitique, n'ayant pas encore eu ses règles et offrant à peine quelques signes extérieurs de puberté.

Il y a deux ans qu'elle est malade. En revenant de la promenade, elle s'est sentie faible, et elle pouvait à peine marcher. Depuis lors elle ne s'est jamais remise. Elle n'a jamais eu de rhumatisme, et il n'y a dans son passé aucune circonstance étiologique de syphilis, d'alcoolisme, ou d'intoxication saturnine. La cause de son mal est entièrement inconnue.

Quoi qu'il en soit, cette enfant a eu et a encore mal à la tête de temps à autre; elle a eu quelquefois de l'embarras momentané de la parole, de la diplopie et un notable affaiblissement visuel.

Elle souffre dans le dos et dans les reins. Dans le dos, c'est une douleur spinale provoquée par la pression des apophyses de la dixième vertèbre dorsale et de la seconde lombaire. Dans les reins, au contraire, c'est une douleur permanente avec constriction latérale du thorax, et cette douleur gêne l'enfant pour se redresser lorsqu'elle s'est courbée en avant.

Elle a des fourmillements et des engourdissements dans les deux membres inférieurs, qui sont traversés par des douleurs profondes articulaires ou siégeant dans la continuité du membre. Ces douleurs n'ont rien de chaud ni de fulgurant, elles sont lancinantes, parfois très-vives et accompagnées de secousses qui font sauter le membre.

L'enfant marche lentement, difficilement, sans titubation et sans trouble évident de coordination musculaire, car si le pas est petit et incertain, il est régulier, et que les yeux soient ouverts ou fermés, la marche est la même.

Au lit, les yeux étant clos, l'enfant lève ses jambes au commandement de l'observateur; elle les porte à droite ou à gauche quand on l'ordonne, mais plus faiblement que si ses yeux sont ouverts, et avec un léger tremblement. De même pour les mains, elle les porte à son visage et dans toutes les directions. Ici, il n'y a pas le moindre tremblement. Toujours, les yeux étant fermés, elle peut soutenir un poids dans sa main ou le maintenir dans ses doigts. Donc elle a le *sens musculaire intact*, et il n'est tout au plus qu'un peu affaibli dans les jambes.

La sensibilité tactile ou le toucher est également intact, et il n'y a que les mouvements reflexes qui soient abolis, car on peut lui chatouiller de toute façon la plante des pieds sans la faire bouger. La contractilité électrique est conservée.

L'enfant a bon appétit, ne vomit pas, va presque régulièrement à la garde-robe et n'a aucun trouble des urines.

Elle ne tousse pas et n'offre rien d'anormal dans les poumons.

Au cœur seulement, il existe, à la base de cet organe, en

dedans du mamelon, au premier temps, un bruit de souffle assez fort, suivi du claquement valvulaire normal et qui indique un faible rétrécissement de l'orifice aortique.

Dans les yeux enfin, l'ophthalmoscope révèle une hyperémie excessive du nerf optique, dont la papille est confuse, et dont les bords, surtout à droite, offrent une légère infiltration grisâtre de la rétine. L'altération est plus marquée à droite qu'à gauche.

Dans ces symptômes, il est facile de reconnaître une maladie de la moelle épinière, maladie chronique puisqu'elle date de deux ans, et qui occupe les cordons sensitifs de préférence aux cordons moteurs. En effet, il n'y a pas de paralysie motrice, et il n'existe que des troubles de sensibilité.

C'est bien une maladie de la moelle, car elle a produit, au début, de l'embarras de la parole, de la diplopie passagère, et un affaiblissement visuel assez notable, ce qui s'explique par l'action du nerf grand sympathique dont les racines se perdent dans la moelle au commencement de la région dorsale. Toutes les maladies de la moelle épinière ainsi que je l'ai fait connaître dans mes recherches de *Cérébroscopie*, ont pour premier effet l'hyperémie de la papille, l'altération de nutrition du nerf et dans beaucoup de cas l'atrophie et l'amaurose.

Maintenant, quelle est cette maladie de la moelle épinière? Quel est son siége?

C'est une myélite chronique — non un ramollissement qui, détruisant tous les éléments nerveux, entraîne la paralysie motrice et sensitive, — mais une induration partielle, disséminée, qui, par sa nature, laisse intacte une partie des tubes nerveux. Cette *induration* s'appelle aujourd'hui *sclérose*. Jadis on qualifiait la lésion par un mot d'étymologie latine; aujourd'hui, pour changer un peu, on la qualifie par un mot d'origine grecque. — Si cela peut satisfaire les pathologistes, et si ce changement de langage les rend heureux, je leur en fais mes compliments. Il s'agit donc ici d'une induration ou sclérose de la moelle.

D'après l'examen de la malade qui n'est point paralysée; cette induration n'occupe pas les cordons antérieurs et, en raison des troubles sensitifs constatés chez elles, elle ne doit affecter que les cordons postérieurs. Est-ce une induration sclérotique rubanée ou en plaques disséminées? En raison même du peu de gravité des symptômes, on peut croire que la sclérose n'est pas très-étendue et n'est encore qu'à cette période où des parties assez considérables de tissu médullaire spinal sain séparent les parties malades. C'est évidemment une sclérose disséminée occupant les cordons postérieurs de la moelle et remontant assez haut, si l'on en juge par les troubles de la parole et de la vision.

La cause du mal est inconnue. Aucune diathèse, aucune intoxication n'en expliquent l'origine. En raison du souffle cardiaque aortique, on peut songer à une influence rhumatismale latente, mais c'est tout. En effet, l'enfant n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu, — et si elle a du rhumatisme spinal, c'est comme maladie primitive.

Sans m'arrêter davantage à la nature de cette sclérose des cordons postérieurs de la moelle, question insoluble, je n'ai à vous montrer, ou plutôt à vous faire connaître que les lésions qui existent chez l'enfant dont je vous parle. Ces lésions, vous pouvez vous en faire une idée d'après les faits antérieurs, — elles sont toutes les mêmes, sauf leur étendue; — on les découvre à l'œil nu et au microscope.

A l'œil nu, la moelle épinière étant dépouillée de la piemère, on voit, sur la subtance médullaire blanche, des taches jaunâtres, résistantes, plus ou moins larges et rapprochées. Mouillées avec une solution d'acide chromique ou une solution de carmin, et ensuite bien lavées à l'eau pure, ces taches se colorent en blanc dans le premier cas et en rose dans le second. Ces lésions s'élèvent à différentes hauteurs jusqu'au bulbe, aux pédoncules cérébraux, et même jusque sur les parois des ventricules. Les racines nerveuses, et, dans le crâne, les nerfs optiques ou la troisième paire, sont quelquefois jaunâtres et comme gélatineux.

Au microscope, on voit que les éléments nerveux, cellules et tubes ont en partie disparu. Les tubes sont vides de leur myéline, quelquefois granuleux et réduits à leur cylindre d'axe. Ils sont étouffés par une surabondance de névroglie, et de fibres de tissu conjonctif, rarement par des corpuscules amyloïdes, enfin par des granulations graisseuses selon l'âge de la maladie. Quand on examine la lésion sur des coupes transversales colorées au carmin, on voit très-distinctement son étendue, sa profondeur et le degré auquel elle est arrivée.

En somme, et pour bien vous faire comprendre ce que c'est que la sclérose spinale, c'est, dans les points affectés, une destruction des éléments nerveux de la moelle, par pression de tissu conjonctif nouvellement formé. S'il y a prolifération abondante de tissu conjonctif et disparition d'un grand nombre de tubes nerveux, l'ataxie est très-caractérisée; au contraire, si la sclérose est discrète, fort disséminée, il n'existe que des troubles sensitifs et peu d'incoordination des mouvements.

Chez cette enfant, la sclérose paraît devoir être d'une évolution très-lente, à en juger par le peu de progrès qu'elle a fait depuis deux ans, époque de son invasion. Elle durera de longues années, car les faits de ce genre peuvent se prolonger quinze ou vingt ans, avec une aggravation progressive qui conduit à la mort. — Peut-elle guérir? Oui, et l'on connaît quelques rares exemples de guérison, mais ces guérisons là sont difficiles à obtenir.

Pour y arriver, on peut avoir recours aux douches de vapeur, aux bains sulfureux naturels ou artificiels, aux révulsifs de la moelle tels que cautères, mouches de feu et vésicatoires sur le rachis, frictions aromatiques excitantes, à l'électrisation, aux préparations d'arsenic, d'iode, de fer et de nitrate d'argent.

Je n'attache pas une grande importance à l'emploi de l'électricité qui excite au lieu d'apaiser la douleur et qui ne convient que dans les paralysies spinales motrices. Je préfère les bains sulfureux, comme moyen local, et, à l'intérieur, le nitrate d'argent qui échoue bien des fois, mais qui peut aussi améliorer ou guérir. Je donnerai ici le nitrate d'argent cristallisé, en pilules, d'après la formule suivante :

Nitrate d'argent . . . 50 centigrammes
Mica panis . . . . . . Q. s.

pour cinquante pilules.

L'enfant prendra d'abord une pilule à jeûn, puis deux et trois pilules au bout de huit jours, — jusqu'au moment où l'on verra paraître un liséré noir sur ce bord des gencives. Alors cette médication doit être interrompue, car si l'on y persiste, on produirait une coloration noirâtre ardoisée de la peau, due à la réduction du nitrate d'argent qui, avec le sang, vient sous la peau subir l'action de la lumière solaire et former de l'oxyde d'argent noir. A moins d'une amélioration telle qu'on puisse espérer la guérison, c'est une chose à éviter.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. LEMOINE.

Cas d'hémorrhagie cérébrale à forme insolite.

L'hémorrhagie cérébrale est une des maladies les plus meurtrières chez les vieillards ; ses causes, son anatomie pathologique, ses terminaisons, ont été étudiées avec le plus grand soin. Rochoux, Niémeyer, M. Charcot, Bouchard et Jaccoud, ont écrit à ce sujet des articles et des monographies remarquables qui ont élucidé la plupart des questions restées obscures. Cependant je n'ai pas trouvé dans ces différents auteurs de cas semblables à celui que j'ai été appelé à observer il y a quelques mois, c'est pourquoi j'ai désiré soumettre à l'appréciation de confrères plus éclairés l'observation suivante.

M. P., âgé de soixante-deux ans, ancien libraire, est un homme très-actif, très-robuste, d'une santé généralement bonne, pouvant supporter facilement la fatigue, et n'ayant jamais été atteint d'autre maladie que de celle qu'il doit à une disposition héréditaire, l'hémophilie. Chaque année depuis son jeune âge, il est pris plusieurs fois d'hémorrhagies nasales très-abondantes, difficiles à arrêter, qui le laissent dans un état de faiblesse très-grand, état de faiblesse qui disparaît rapidement eu égard aux pertes de sang subies. Comme habitudes particulières, M. P. a grand appétit, boit beaucoup, et ne saurait rester un instant sans se livrer à un travail manuel, marche toujours et est continuellement hors de chez lui. Comme caractère il est très-violent, très-colère et ne supporte pas de contradiction. Il y a deux ans, étant dans le Midi, il fut frappé tout d'un coup d'hémiplégie gauche, avec œdème généralisé, et ce n'est qu'au bout de six semaines qu'il put reprendre l'usage de ses membres. Malgré mes efforts, je n'ai pu avoir du malade aucun détail sur le début de cette première attaque. Depuis ce moment il était en parfaite santé, ne se sentant en aucune façon de sa paralysie, il avait même remarqué avec grand plaisir que ses hémorrhagies nasales avaient diminué considérablement d'intensité, le matin il perdait souvent quelques gouttes de sang, mais c'était loin, sauf de rares exceptions, d'être comparable aux quantités très-considérables qu'il perdait auparavant. Je le vis à cette époque, la figure était couperosée par places, mais parfaitement symétrique, la marche était tout à fait normale, et rien n'indiquait un retour prochain d'hémorrhagie cérébrale.

Le 27 décembre 1872, M. P... déjeune chez lui comme de coutume, sans excès aucun; après son déjeuner, étant encore assis, il éprouva un étourdissement léger, tomba le nez dans son assiette, et quand on le releva on s'aperçut qu'il ne pouvait mouvoir les membres du côté droit.

Il n'avait pas perdu connaissance, parlait difficilement, mais comprenait parfaitement tout ce qu'on lui disait. Au bout de dix minutes ce malaise se dissipa, et cela d'une manière si complète, que le malade partit à pieds de la gare de l'Est par la pluie et par la boue, et alla visiter un de ses amis rue Saint-André des Arts. La visite se prolongea jusqu'à quatre heures de l'après midi, et M. P... se mit en devoir de retourner chez lui. Arrivé place Saint-Michel, il tomba tout d'un coup sur le pavé, pris de nouveau par une hémiplégie subite. On le ramassa, on le mit dans une voiture, il put indiquer son adresse, et vingt minutes après il arrivait à son domicile. Au moment où la personne qui le ramenait s'apprêtait à demander de l'aide pour le transporter au second étage, où se trouve son appartement, le paralysé retrouve une seconde fois force et mouvement, si bien que son guide crut avoir eu affaire à un mauvais plaisant. Après avoir gravi presque sans aide son escalier, M. P... s'étendit sur un fauteuil, un peu brisé par ces émotions diverses, mais ne se sentant rien d'insolite dans le côté malade. A six heures, au moment de se mettre à table, nouvelle chute et nouvelle hémiplégie.

Appelé près du malade, je le trouve dans l'état suivant : le pouls est à 85, un peu dur, la face, ordinairement rouge, est plutôt pâle, la parole est difficile, la langue se porte à gauche ainsi que les yeux ; le bras et la jambe du côté droit sont tout à fait inertes, et la sensibilité y est un peu diminuée. Quant à l'intelligence, elle est intacte, il n'y a pas eu ombre d'apoplexie ; le malade me raconte péniblement et lentement, il est vrai, son odyssée de la journée. Je prescris des sinapismes, des compresses froides et je m'en vais; au moment où je quitte l'appartement, je suis rappelé en toute hâte, M. P..., me dit sa femme, venait de faire une forte inspiration, s'était relevé de son fauteuil et marchait vers son lit. Je m'approchai, je le trouvai en effet debout. Il me parla très-facilement, me dit que son accès (selon son expression) était terminé et me remercia. Cette rémission fut hélas ! de courte durée, une ou deux minutes après une nouvelle et dernière attaque plus violente que les précédentes. L'hémiplégie droite était revenue complète; le malade, comprenant bien ce qu'on lui disait, répondait avec plus de difficulté; la face, plus déviée que le matin, était grimaçante, et la respiration très-embarrassée.

Du 27 décembre 1872 au 14 février 1873, le malade suit régulièrement toutes les phases de l'hémiplégie marchant sinon à la guérison, tout au moins à l'amélioration.

L'appétit est bon, les digestions faciles, il y a une certaine difficulté dans la mastication, la respiration est aussi souvent gênée à droite, la parole est hésitante, les urines ne sont pas tout à fait retenues.

Peu à peu les symptômes s'amendent, et le malade sent le mouvement revenir dans son côté droit, il n'a plus aussi souvent ces rires involontaires et bruyants, suivis de larmes abondantes qui m'avaient fait craindre un début de ramollissement; de temps à autre, il a encore quelques épistaxis légères qui le laissent plus faible et moins agissant, mais sans être pourtant d'aucune gravité. Le sang qui s'écoule est noir, gluant, et reste dans les narines presque coagulé.

Le 14 février M. P... va d'un bout à l'autre de sa chambre en s'appuyant sur des chaises; tout à coup, le 15, après une colère violente, il perd par le nez un verre de sang et retombe plus inerte que jamais.

Pendant les mois suivants, l'état de M. P... ne changea pas, il ressentit du côté malade des crampes ou des besoins d'élongation très-douloureux, la nuit il eut des rêves pénibles qui lui arrachaient des cris ; ses rires et ses larmes sans cause recommencèrent plus souvent; sous l'influence du bromure d'ammonium à petites doses, ces différents symptômes se calmèrent, mais la paralysie resta complète.

Presque chaque semaine, le malade eut une ou deux épistaxis peu abondantes. Depuis trois mois il a été transporté à la campagne et je sais que rien de considérable n'est survenu dans sa position.

Il y a dans cette observation divers points qui appellent l'attention.

D'abord quelle part l'hémophilie qui domine toute la constitution de ce malade a-t-elle prise comme cause à l'hémorrhagie cérébrale ? L'hémophilie a pour caractère distinctif la fragilité anormale des capillaires due à une altération morbide des tuniques artérielles ; il est possible que les artérioles du cerveau aient participé à cette disposition générale et que, sous la double action de la diathèse et de l'âge, elles aient perdu une partie de leur résistance à l'ondée sanguine.

Pour essayer d'expliquer ces quatre attaques successives d'hémiplégie dans la même journée, laissant entre elles des espaces de temps variés pendant lesquels le malade retrouve le mouvement et la force, il faut nécessairement passer en revue les différentes hypothèses pathologiques et voir si elles concordent avec les faits de l'observation.

Une lésion peut donner lieu à des accidents du genre de ceux que j'ai décrits, c'est l'oblitération embolique des artères du cerveau. Cette lésion sans prodrome ancien vient frapper le malade d'apolexie et souvent d'hémiplégie. Si, au lieu de se produire dans les artères sylviennes, l'embolie se forme dans les vertébrales ou dans le tronc basilaire, il n'y a pas d'apoplexie, mais seulement perte du mouvement.

L'altération du sang due à l'hémophilie plaiderait aussi en faveur de cette idée. L'embolie pourrait expliquer mieux que les autres suppositions les attaques multipliées dans la même journée ; en effet, une série de caillots sanguins très-petits a pu successivement obturer l'artère basilaire et produire chaque fois une anémie cérébrale localisée suspendant le mouvement dans le côté droit ; les périodes de rémission dans la paralysie auraient eu lieu, quand sous la pression sanguine, ces caillots auraient repris leur marche dans la circulation. Enfin un dernier caillot plus volumineux que les autres se serait fixé et aurait déterminé la dernière attaque dont l'effet subsiste et subsistera toujours. Les objections à faire à cette hypothèse sont nombreuses. Le malade a déjà eu il y a un an une attaque d'hémiplégie. L'oblitération embolique frappe plutôt la jeunesse que la

vieillesse. Il n'y a pas eu d'apoplexie, et le ramollissement fatal et rapide causé par l'anémie complète d'une partie du cerveau ne s'est pas produit chez mon malade.

De plus, il y a eu dans les mois qui ont suivi l'attaque de paralysie, une amélioration graduelle qu'on ne rencontre jamais dans l'hémiplégie, suite d'embolie, mais très-ordinairement dans l'hémiplégie, suite d'hémorrhagie cérébrale.

Quand j'ai considéré avec soin cette hypothèse de l'embolie cérébrale, j'ai cru devoir pratiquer l'auscultation du cœur, et je n'ai rien trouvé dans cet organe qui puisse expliquer la formation de caillots sanguins.

La rechute complète après deux mois d'amélioration graduelle ne s'expliquerait plus du tout par une embolie. Toutes ces raisons m'ont déterminé à revenir à l'idée d'hémorrhagie.

Dans le cas où ce dernier diagnostic serait vrai, il n'est pas supposable que le foyer soit considérable, il y aurait plutôt une grande quantité de petits foyers disséminés dans la substance cérébrale. Dans le *Dictionnaire de médecine pratique*, je vois ceci : « Dans l'hémophilie, on trouve rarement des foyers dans l'encéphale; s'il en existe, ils sont très-petits, il existe plutôt des ecchymoses, des suffusions sanguines, le sang paraît être infiltré dans les tissus. » Mettrons-nous en cause l'anémie cérébrale? Les symptômes de cette lésion sont tout différents de ceux que nous avons observés. Le malade a eu à plusieurs reprises des pertes de sang véritablement effrayantes, et si une anémie du cerveau avait dû se produire, elle se serait manifestée précisément à la suite de ce grand appauvrissement de fluide sanguin, comme elle se produit dans les pertes de l'accouchement; ou des blessures d'artère, et non pas comme c'est arrivé, quand les épistaxis étaient moins nombreuses que jamais. Si, pendant la maladie, l'écoulement du sang par le nez augmentait l'inertie des membres, il faut l'attribuer à l'état général trop faible pour supporter la moindre perte. Il faut donc conclure que les quatre attaques avec rémission sont difficiles à expliquer, mais que l'hémorrhagie cérébrale est bien le point de départ des accidents.

Cette hémorrhagie peu considérable n'a pas formé un seul foyer, mais de petits foyers répandus dans la substance cérébrale.

Je ne puis dire que quelques mots au sujet de la lésion anatomique qui caractérise l'hémorrhagie du cerveau. Rochoux dit que la pulpe cérébrale ramollie ne soutenant pas les parois artérielles, celles-ci cèdent à la pression du sang. Certains auteurs admettent les anévrysmes miliaires, d'autres la dégénérescence athéromateuse. L'opinion la plus récente, celle de MM. Charcot et Bouchard, donne, comme lésion anatomique, la péri-artérite ou la sclérose diffuse : il est impossible actuellement de juger ces opinions diverses.

Pour en revenir à l'observation, je serais heureux de trouver une explication logique des faits que j'ai observés, n'ayant rien trouvé dans les annales scientifiques qui ressemble au fait que je viens d'exposer.

CLINIQUE DE L'ÉTRANGER

De l'avenir de la chirurgie appliquée au traitement des calculs vésicaux (1)

par Sir Henry Thompson
professeur de clinique chirurgicale à « University Hospital ».

De ces deux questions, la première ne m'arrêtera pas longtemps; la discuter serait sortir des limites de cette conférence. J'admettrai donc *à priori* que, dans le plus grand nombre des cas, la taille latérale est probablement la meilleure. Aussi bien le sujet n'est-il pas nouveau, et n'a-t-il pas besoin que j'y insiste encore ici.

Quant à la seconde question, elle est neuve, je le déclare. Cette proposition peut paraître étrange; mais, je le répète, elle n'a pas, pratiquement parlant, fixé l'attention autant que le comporte son importance considérable. Il n'est pas rare, comme j'ai pu souvent le constater, de rencontrer des malades porteurs de petites pierres jusqu'alors méconnues. Ce n'est pas un blâme que je veux adresser à mes confrères; loin de moi cette pensée. D'une part, en effet, on n'a jamais envisagé ou décrit suffisamment ni les premiers symptômes de l'affection calculeuse, ni les signes propres aux petits calculs vésicaux. D'autre part, l'importance remarquable de ce *diagnostic du début* ne date que du jour où la valeur et les succès de la lithotritie à cette époque initiale furent reconnus et démontrés. Laissez-moi vous raconter, à cet égard, un examen dont je fus témoin; voici les paroles mêmes qui furent adressées au patient après le cathétérisme : « Je suis heureux de vous dire que vous n'avez rien de volumineux dans la vessie. Il existe peut-être une petite pierre; c'est très-possible, mais, je vous le répète, ce n'est pas gros; ainsi donc, vous n'avez pas à vous tourmenter. » Et le malade s'en alla tout joyeux et tout heureux de n'être pas porteur d'un calcul gros comme un œuf de poule! Mais peut-être a-t-il le volume d'une fève? Certes, la découverte d'une telle pierre a plus de valeur pour cet homme que la constatation d'une masse volumineuse; si la pierre est grosse, en effet, vous n'avez qu'un parti à prendre, et l'issue est douteuse; si elle est petite, au contraire, vous êtes *assurés* du succès. — C'est en suivant cette voie que je vous indique, et elle seule, que nous arriverons, comme nous le ferons quelque jour, au but que j'ai en vue : — disparition de l'affection calculeuse chez l'adulte.

Cherchons les moyens pratiques de reconnaître de bonne heure la pierre et de la découvrir alors qu'elle est petite. Comment faire?

Un mot d'abord *du cathétérisme*. Il est absolument nécessaire que la sonde exploratrice soit mince et légère, de manière à être manœuvrée facilement dans la vessie et à n'être pas gênée et serrée par l'urèthre.

Bien que tout mouvement, pourvu qu'il soit rapide et léger tout à la fois, permette de produire un choc perceptible à l'oreille ou de sentir un frottement, et cela quand-bien même le corps étranger ne serait pas plus gros qu'un petit pois, il vaut mieux cependant se servir d'un explorateur tournant facilement entre le pouce et l'index que de tout autre instrument dont la manœuvre ne pourrait se faire qu'avec le bras ou le poignet. La poignée sera donc cylindrique, mais plus petite que celle que j'avais tout d'abord fait disposer pour le lithotriteur, et qui est aujourd'hui universellement adopté, non-seulement en Angleterre, mais encore à l'étranger. Le bec sera très-court pour permettre une rotation facile.

Quant à la vessie, elle devra être vide ou à peu près, pour la recherche d'une petite pierre. Je préfère que le malade ait uriné peu de temps avant le cathétérisme, et surtout je ne conseille ni les injections préalables, ni toute autre manœuvre préparatoire, qui ne font que dérouter nos recherches. Que le patient soit dans le décubitus dorsal, le bassin légèrement soulevé; laissez votre cathéter glisser de lui-même à travers le canal uréthral, et il y a cinq chances pour une pour qu'au moment où il franchira le col vésical il touche et rencontre la pierre, quelque petite qu'elle soit. Le contact est aisément perçu si l'explorateur est tenu légèrement entre le pouce et l'index, tandis qu'il peut échapper si c'est le poignet ou l'avant-bras qui manœuvre l'instrument. Si vous n'avez rien rencontré au moment de l'introduction, imprimez quelques mouvements rapides de demi-rotation, tant à droite qu'à gauche, au bec de votre sonde exploratrice. Si vous ne sentez rien par cette manœuvre, abaissez légèrement la poignée de votre instrument et dirigez son bec directement en bas contre le col vésical et faites quelques mouvements brusques de rotation. C'est là, si la vessie est presque vide, que vous trouverez le calcul s'il est unique; là encore que vous rencontrerez le dernier fragment à la fin du traitement par lithotritie (1).

Jetez les yeux maintenant sur les sondes dont on se servait autrefois pour ces explorations. Elles étaient lourdes, volumineuses, à grande courbure, à long bec, en tout semblables ou à peu près au cathéter ordinaire. Sans doute, avec un tel instrument on reconnaîtra une grosse pierre, mais une petite ne saurait être constatée que par un pur effet du hasard. A plusieurs reprises j'ai, tant ici qu'à Paris, démontré l'existence de pierres ou de fragments pas plus gros

(1) Fin. — Voir les numéros des 24 et 26 mars 1874.

(1) Pour plus de détails, voy. *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, chap. x, p. 666.

qu'un pois, par la résonnance parfaitement facile à entendre que donne à leur contact un petit explorateur à poignée cylindrique. Introduisant alors le lithotriteur, je retirais sans le fragmenter le petit corps étranger, confirmant ainsi l'exactitude de ce que j'avais avancé. Si je vous rappelle ces faits, ce n'est pas pour faire ressortir mon habileté opératoire. Non, messieurs, il n'en est rien, car ce serait justement aller contre ce que je veux vous démontrer. Je veux seulement vous montrer ce qui est possible, ce que vous pouvez tout aussi bien que moi, si vous suivez une marche méthodique et si vous explorez avec un instrument convenable. S'il n'en est pas ainsi, si la lithotritie ne permet pas de faire disparaître la pierre tout entière, je m'arrête et renonce à mon opinion en sa faveur, bien plus, je la déclare une opération sans valeur. Si par lithotritie, en effet, on ne doit entendre que le broiement de la pierre, si ce mot ne comporte pas avec lui l'idée d'une guérison complète, d'une extraction absolue de la pierre, s'il en est ainsi, dis-je, ne nous adressons plus qu'à la taille, et à elle seule quel que soit d'ailleurs le procédé employé. Mais en réalité dix-neuf fois sur vingt la lithotritie donne tout ce qu'on peut attendre, tout ce qu'on peut désirer. Est-ce à dire qu'il ne peut et qu'il ne pourra se présenter certains cas où un dernier fragment échappera à nos recherches et continuera à produire certains troubles? Dans toute opération, vous le savez, quelque parfaite qu'elle soit, il peut toujours se présenter un contre-temps. Mais ici, je le maintiens, il est très-rare de laisser échapper un dernier débris. Seulement usez pour sa recherche d'un lithotriteur comme celui-ci (1) et surtout ayez soin que la vessie soit vide. Vous pouvez agir ainsi sans crainte de léser la paroi vésicale. On a coutume de faire l'exploration avec quatre ou cinq onces de liquide dans le réservoir urinaire, ce qui équivaut tout simplement à « rechercher une aiguille dans une botte de foin ». La contraction vésicale, les mouvements des mors font naître au sein de cette masse liquide une série de courants et de contre-courants, qui sans cesse entraînent et déplacent le petit corps étranger.

Étudions maintenant les *premiers symptômes* et l'évolution de l'affection calculeuse. Cette étude nous conduit tout naturellement à nous poser cette question vraiment intéressante : Comment se fait-il qu'un calcul vésical, dont l'accroissement est toujours lent, dont l'existence se révèle par de nombreux signes, puisse jamais arriver à un certain volume sans avoir été découvert et reconnu? Ce n'est que trop vrai cependant; mais qu'il arrive ainsi ignoré jusqu'à un très-gros calibre, voilà ce que je ne puis comprendre, ce qui me surprend profondément. J'affirme cependant que plus de moitié des calculs que j'ai opérés existaient chez des malades dont on n'avait pas soupçonné la véritable affection jusqu'au jour où le cathétérisme fut fait.

Or, tout en respectant profondément le savoir de mes collègues, j'oserai vous dire, basé sur une conviction profonde tirée de ma pratique, que, selon moi, les premiers symptômes de l'affection calculeuse ne sont pas suffisamment connus et appréciés. Dans le cours de ma carrière, je n'ai pas rencontré plus de deux ou trois cas où le calcul ne se fut pas révélé dès le début par des signes précis. L'évidence de ces signes me semble absolue. Ils peuvent exister plus ou moins, il est vrai, sans qu'il y ait calcul; mais lorsqu'on les rencontre, il ne faut pas hésiter à pratiquer le cathétérisme.

Aussi loin que nous étendons nos recherches sur l'histoire de la pierre, nous trouvons toujours dans les livres classiques qu'elle est une affection surtout de l'enfance. Il n'en est rien. Elle est rare, au contraire, chez l'enfant comparativement à sa fréquence chez l'adulte avancé en âge. Je sais très-bien que, dans le plus grand nombre des statistiques hospitalières, plus de moitié des calculeux n'ont pas encore atteint la puberté; c'est même là ce qui permet d'arriver à ces résultats surprenants de la taille latérale, comme j'ai déjà eu occasion de le signaler. Cela ne nous dit qu'une chose, c'est que chez les pauvres la pierre est relativement fréquente dans l'enfance. Dans la classe aisée, au contraire, il est bien rare de rencontrer un jeune sujet calculeux, et c'est elle cependant qui donnera le plus grand nombre de calculeux à l'autre extrême de la vie, et c'est à cette époque que nous trouvons le plus grand nombre de calculs.

(1) V. Henry Thompson, *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, chap. IX, p. 654, fig. 76.

Quelle est l'*évolution ordinaire* et pour ainsi dire type de l'affection calculeuse? — J'entends parler ici, comme bien vous le pensez, des concrétions d'acide urique et d'oxalate de chaux. Les dépôts phosphatiques sont le plus souvent une production toute locale, née dans une vessie paresseuse et incapable de se vider complétement; aussi constituent-ils une classe différente de celle que j'examine ici. — Un homme robuste, bien portant, compte dans sa famille de nombreux cas de longévité, mais aussi un ou deux goutteux, voire même un ancêtre graveleux ou calculeux. Vers le milieu de sa vie, ce malade voit ses urines se charger d'acide urique, comme on peut le reconnaître à un dépôt rouge-brique plus ou moins persistant. Peu après, il rend avec ou sans douleur rénale un petit gravier. Il peut à ce moment être considérablement soulagé par un traitement médical; mais souvent ce moment critique passe sans qu'on institue ni régime ni traitement pour arrêter la diathèse nettement développée maintenant. Aussi quelque temps après rend-il de nouveau un gravier, puis d'autres. Un jour arrive où il reste plusieurs mois sans en voir passer aucun. Il y a bien quelques petits symptômes suspects, mais on n'y attache pas d'importance, surtout si depuis dix ou douze mois déjà le malade n'a plus rendu de graviers. Notre malade se réjouit, on le félicite. Bien à tort, hélas! Quant aux symptômes vagues, dont nous parlions tout à l'heure, on les rattache « à cette atonie vésicale, propre, dit-on, à tous les gens d'un certain âge ». Axiome des plus trompeurs!

Mais quels sont donc ces signes fonctionnels vagues et suspects? Ils sont peu marqués, mais bien suffisants pour permettre à un observateur exercé de reconnaître que, s'il ne sort plus de graviers, c'est simplement parce qu'il y a eu aggravation de la maladie, parce que le dépôt calcaire est trop gros pour traverser l'urèthre, et qu'il demeure maintenant dans la vessie, employant l'excès d'acide urique à augmenter peu à peu. Interrogez ce malade, et il vous apprendra qu'il a des besoins d'uriner plus fréquents le jour, pendant la marche, que la nuit, pendant le repos, — fait entièrement différent de ce que nous observons dans « l'atonie sénile » (hypertrophie prostatique) où la miction est, au contraire, plus rapprochée durant la nuit que dans le jour. Il y a légère douleur, ou pour mieux dire une démangeaison passagère se montrant à la fin de la miction à l'extrémité de la verge, tandis que s'il s'agit de « l'atonie », c'est avant la miction que le malade souffre par la distension vésicale, et dès qu'il a uriné, il se trouve soulagé. On apprendra probablement que dernièrement, à la suite d'une marche inaccoutumée ou de quelques heures de cheval, il a eu un peu de sang dans les urines; cette hématurie légère a été d'ailleurs bien vite oubliée du malade, ou s'il y a attaché quelque importance, s'il a consulté, on s'est contenté de lui recommander de ne plus recommencer à se fatiguer, et cela sans qu'on ait songé à sa cause véritable. Le malade se conforme à ce conseil; l'accident ne se reproduit pas, et tout le monde se tient pour rassuré.

Eh bien, rien qu'à l'audition d'un pareil récit, je suis à peu près assuré de l'existence d'une ou deux petites pierres; tout de suite je pratique le cathétérisme, et presque toujours il fait constater un ou plusieurs calculs. Il n'y a pas lieu de s'inquiéter; le malade peut, au contraire, se réjouir tout à son aise, car avoir une petite pierre, c'est être assuré de la guérison. Je vous l'ai déjà dit en effet, c'est chez des sujets robustes et bien portants que se montre l'affection calculeuse. Je n'ai aucune hésitation alors à vous dire que c'est de cinquante-cinq à soixante-cinq ans que se montre de préférence l'affection calculeuse, au moins dans ce pays.

Je n'ignore pas que quelques personnes, tremblant d'avoir la pierre, supporteront toute espèce de douleur avant d'avouer leurs souffrances à un médecin. Ce fait a sa cause dans l'effroi général inspiré par l'opération telle qu'elle était pratiquée autrefois; on est encore sous l'impression de la taille, mais les progrès de la lithotritie et son application toute spéciale aux petites pierres feront justice peu à peu de cette erreur. Reconnaître les pierres alors qu'elles sont peu volumineuses est aussi une exception à la règle ordinaire ancienne.

Je dois maintenant aborder un sujet délicat, il ne faut rien moins que le sentiment absolu du devoir pour m'y déterminer. Je puis blesser profondément quelques-uns de mes auditeurs. S'il en est

ainsi, je les prie d'avance d'agréer mes regrets bien sincères. Mais quiconque a une profonde conviction et porte dans ses œuvres une bonne foi à toute épreuve, sait très-bien que se rendre agréable et plaire à autrui n'est pas le seul but de cette vie. — L'importance même de diagnostiquer les premiers symptômes de l'affection calculeuse m'oblige à dire hautement que *nul ne peut soigner convenablement les affections urinaires qui ne se sert du cathéter et de la sonde.* Je sais que parmi nous l'habitude et l'usage veulent que nos confrères « les médecins » n'agissent pas de la sorte. Je ne dis pas qu'ils ne le fassent pas. Je ne parle du maniement de ces instruments qu'au point de vue diagnostic et nullement opératoire. Souvent le diagnostic précis d'une maladie urinaire dépend de l'emploi de l'un de ces deux instruments et ne peut être fait sans son aide. Dans tous les cas, savoir s'en servir (c'est-à-dire les manœuvrer avec douceur et facilité) quand il est nécessaire, est vraiment essentiel pour qui veut arriver à une connaissance sérieuse de ces affections; tout aussi essentielles sont les notions chimiques et microscopiques de l'urine, tant normale que pathologique, notions sans lesquelles, je pense, nul ne saurait aujourd'hui se considérer comme habile en l'art chirurgical. On m'objectera, il est vrai, que le médecin, quand il soupçonne l'existence d'une pierre vésicale, peut toujours adresser son malade à un chirurgien pour être sondé. Je l'accorde; heureux s'il l'envoie assez tôt. Mais pourquoi cette division de l'examen? Le médecin n'emploie-t-il pas le stéthoscope, invention mécanique qui prolonge l'oreille comme la sonde prolonge le doigt? Qui voudrait de nos jours diagnostiquer une affection de poitrine sans le secours de cet instrument? Pourquoi le médecin n'enverrait-il pas aussi son malade à un chirurgien pour être soumis à l'examen stéthoscopique, puisqu'il s'agit de manier un instrument, et n'attend-il pas sa consultation pour agir? Pourquoi le médecin qui examine avec soin les symptômes objectifs des affections urinaires, qui les explore par la vue, le palper, la percussion, craint-il de joindre à cet examen le fait capital : l'exploration interne? Que penseront de nous et de notre intelligence nos descendants quand ils apprendront qu'en plein dix-neuvième siècle il fallait deux docteurs pour porter un diagnostic sur les voies urinaires : l'un chargé des signes extérieurs et des symptômes fonctionnels, l'autre de l'examen profond, vésical! Naturellement je n'ai pas besoin de vous dire que peu m'importe dans quelle branche de notre science, médecine ou chirurgie, l'usage veut qu'on fasse rentrer ces faits. Mais au point de vue de l'avenir, au point de vue du progrès à accomplir, je désire vivement qu'ils soient du domaine d'un seul, de celui qui saura et qui pourra faire l'examen complet et entier. S'il n'en est ainsi, il arrivera, comme je ne l'ai que trop souvent constaté, que la pierre ne sera pas découverte alors qu'elle est encore petite, et c'est le cas de dire, pour me servir d'un proverbe vulgaire : Entre deux selles l'on tombe à terre.

Je crois vous avoir démontré que pour un petit calcul le succès de la lithotritie est « chose sûre », et aussi vous avoir prouvé, sinon absolument, du moins en grande partie, que l'on peut toujours découvrir une pierre alors qu'elle n'est encore que peu volumineuse. Si vous acceptez ces faits et ces données, vous êtes fatalement conduits à reconnaître que désormais c'est de la lithotritie que seront relevables les cas de calculs chez l'adulte.

Il est tout aussi impossible de nier l'influence de connaissances plus précises en hygiène et en thérapeutique. Le temps ne me permet pas d'aborder ce sujet, mais je puis vous dire qu'il n'est moyen plus puissant qu'un régime sobre pour lutter contre les premières tendances aux productions d'acide urique. A cette époque, on peut, grâce à un traitement approprié, faire beaucoup plus qu'on n'a fait jusqu'à ce jour pour prévenir le dépôt calculeux.

Tel est donc l'avenir que j'ose espérer avec confiance pour cette terrible maladie qui a si cruellement éprouvé l'humanité, et qui a plus peut-être que pas une, exercé l'habileté et la sagacité de toute une série de chirurgiens depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. Ce n'est là qu'une question de temps et de perfectionnement, et nous aurons eu une vie utile, si nous pouvons en quelque chose hâter l'arrivée de cet avenir dont je parle. Pour moi, je ne vois pour personne un but plus louable et plus noble à poursuivre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 août (1). — Présidence de M. PETER, vice-président.

LECTURE

M. LEMOINE lit à l'appui de sa candidature l'observation suivante :

Cas d'hémorrhagie cérébrale à forme insolite. — (Voir plus haut.)

Cette observation est renvoyée à une commission composée de MM. de Saint-Germain, Aimé Martin et Camuset, rappporteur.

RAPPORT

M. ONIMUS. Au nom de la commission composée de MM. Lunier, Blondeau et lui, lit son rapport sur le travail de M. Moncorvo de Figuereido (de Rio-Janeiro), et conclut à l'inscription de l'auteur sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

PRÉSENTATIONS D'INSTRUMENTS

M. ONIMUS présente un appareil, fabriqué par M. Collin, qui se compose d'un trocart capillaire dans la canule duquel on peut introduire une canule en platine recouverte d'un corps isolant, excepté à ses deux extrémités.

Dans l'opération de l'électrolyse, cette tige, mise en communication avec un des pôles de la pile, le courant arrive jusque dans l'intérieur des tissus, sans agir en d'autres points qu'au lieu même où se trouve l'extrémité de la tige, car elle se trouve isolée par la canule, et celle-ci se trouve séparée de la tige conductrice par l'enduit qui la recouvre.

La canule du trocart est construite de manière à recevoir exactement l'embouchure de seringue de Pravaz ordinaire. On peut ainsi, après avoir fait la ponction, injecter dans les tissus une petite quantité d'une solution d'un sel décomposable et dont la base est l'acide, selon le pôle, qui vient ajouter son action cautérisante à celle propre du courant électrique.

Le meilleur de ces sels est l'iodure de potassium, et voici dans ce cas le mode opératoire qui a été employé avec succès par M. Onimus dans un cas d'hydrocèle compliqué de varicocèle :

On ponctionne l'hydrocèle avec le trocart capillaire; on laisse écouler le liquide, puis, au moyen de la seringue de Pravaz, on injecte quelques gouttes d'une solution d'iodure de potassium.

Immédiatement, on introduit un fil de platine recouvert de son enduit isolant, excepté à ses extrémités, et on le met en communication avec un des pôles de la pile, le pôle positif par exemple. L'action électrolytique propre au courant détermine une cautérisation plus ou moins étendue, mais, en même temps, l'iodure de potassium se trouve décomposé, et l'iode, à l'état naissant, se dégage près du fil conducteur et ajoute son action cautérisante.

Chez un malade, M. Onimus a ainsi obtenu, avec M. le docteur Armorhn, la guérison, dans une seule séance, de l'hydrocèle et du varicocèle, quoiqu'ils ne voulussent agir que sur l'hydrocèle; mais la tige conductrice, qui n'avait, cependant, pénétré dans aucune des veines, était probablement placée dans le voisinage d'une veine, et son action cautérisante, ainsi que celle de l'iode à l'état naissant, ont amené la coagulation du sang.

Dans tous les cas, il y a eu, après l'opération, qui n'a pas été douloureuse, une coagulation des veines tout autour du testicule, et l'entourant comme d'un casque. Au bout de quelques jours, cette dureté s'est dissipée, et le malade a été guéri à la fois de son hydrocèle et de son varicocèle.

Ce résultat, obtenu un peu par l'effet du hasard, montre que ce mode d'opération pourrait être employé avec avantage dans des circonstances analogues.

L'appareil électrolytique dont M. Onimus s'est servi dans ce cas présente l'avantage de ne pas déterminer de cautérisation sur le trajet de la tige conductrice. Il pourrait donc être également employé dans les cas de tumeurs anévrysmales, ou chaque fois qu'on veut faire

(1) Fin. — Voir les numéros des 10 et 24 mars 1874.

dans une région profonde une cautérisation électrolytique localisée.

L'adaptation exacte de la seringue de Pravaz à la canule permet d'injecter faiblement quelques gouttes d'une solution de sel décomposable sans avoir recours à des appareils spéciaux.

M. POLAILLON. Je ne comprends pas comment les veines se sont oblitérées.

M. ONIMUS. Sous l'influence de l'iode à l'état naissant ou de l'action du courant électrique.

M. RELIQUET. Je crois que l'action de l'iode doit être écartée. Car j'ai vu faire, par erreur (on croyait injecter du perchlorure de fer), une injection de teinture d'iode dans les veines; il ne s'est produit aucune coagulation, et il y a eu des accidents consécutifs mortels.

M. ONIMUS. J'avais mis le pôle positif dans la tunique vaginale, et ma tige n'était pas dans une veine. Il est probable que l'action coagulante est due au pôle positif.

COMMUNICATION

Opération d'anus artificiel. — M. DE SAINT-GERMAIN (Voir le numéro du 7 mars).

M. GALLEZ est nommé membre correspondant.

Le secrétaire annuel : E. RELIQUET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux militaires. — Sont proposés pour le service des hôpitaux MM. les médecins aides-majors de première classe : Viry, Geschwind, Simonnot, Douat, Lemardeley, Grach-Laprade, Gayda, Montané, Guieu, Collin, Charbonnier, Martino, Playoust, Quod, Coze (V.), Nicol, Treille, Benoît, Bornier, Pierrot, Lolorrain, Plaisant, André, Bonnefoy, Bailby, Guillemin, Lauriac, Defos du Rau (H.), Susini, Mazellier, Jacquin, Grandjean, Leguelinel de Lignerolles, Cheurlot, Goubeau, Zaepffel, Journée, Mangenot, Lardennois, Billet, Bernard, Cottel, Coullon, Denis, André, Colin, Lachapelle, Levat, Battarel et Bodros.

— *Corps de santé militaire.* — MM. les médecins-majors de première classe : Guiches, Creutzer et Louis viennent de prendre leur retraite. — M. le médecin-major de deuxième classe Morin; MM. les médecins aides-majors de première classe, Treille, Ducournan et M. le pharmacien aide-major de première classe Signoud, ont donné leur démission.

— On demande un médecin pour la commune d'Étrepilly, arrondissement de Meaux (Seine-et-Marne). — Grands avantages. — S'adresser, pour les renseignements, à la mairie d'Étrepilly ou à Paris, chez M. Fichet, rue de Richelieu, 43.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, professées à University College (hôpital de Londres), par Sir Henry THOMPSON, traduites, annotées et augmentées d'une introduction par les docteurs Jude Hue et F. Gignoux. — 1 vol. in-8°, orné de 40 gravures sur bois et augmenté de TROIS leçons de plus que la dernière édition anglaise. — Prix : 10 francs. — Paris, G. Masson.

Considérations sur le siége, la nature, les causes de la folie paralytique, par le docteur Charles BURLUREAUX. — Paris, 1874. — In-8° de 90 pages. — 2 francs. — J.-B. Baillère et fils.

Étude pratique de la syphilis infantile, par le docteur M. J. VIOLET. — In-8°. — 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 39. — JEUDI 2 AVRIL 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 2 AVRIL 1874. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une grande affluence d'académiciens avait été appelée aujourd'hui à cette séance par l'intérêt d'une élection dans la section de pathologie médicale, qui promettait d'être vivement disputée entre deux pathologistes d'élite dont les titres sont trop connus de tous pour que nous ayons besoin de les rappeler, M. Jaccoud et M. Villemin. La place, en effet, a été vivement disputée. Au premier tour, sur 79 votants, M. Villemin a obtenu 38 voix et Jaccoud 32; M. Peter 8 et M. Bucquoy 1. La majorité n'ayant pas été atteinte, il a fallu recourir à un deuxième tour de scrutin, qui a donné 43 voix à M. Villemin et 33 à M. Jaccoud.

La médecine militaire, qui compte des représentants dans les sections de chirurgie et de pharmacie, n'en comptait pas dans les sections de médecine proprement dite. Elle sera désormais dignement représentée dans la section de pathologie médicale.

Une série de rapports sur les eaux minérales et deux communications, l'une de M. Poggiale, l'autre de M. Giraud-Teulon, ont occupé le reste de la séance. M. Poggiale a entretenu l'Académie d'un nouveau procédé de conservation des viandes par le froid, qui paraît donner des résultats supérieurs à ceux que l'on avait obtenus jusqu'à présent par les diverses méthodes en usage. Ce serait un service important rendu à l'hygiène alimentaire si l'application, en grand, du procédé réalisait les espérances que donnent ces premiers essais.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BROUARDEL.

De quelques-uns des accidents syphilitiques qui peuvent amener la mort.

(Leçons cliniques recueillies par M. de BEURMANN, externe du service).

I.

Messieurs,

J'ai mis sous vos yeux, dans notre dernière réunion, les pièces anatomiques d'une malade qui a succombé aux accidents d'une syphilis tertiaire. Vous avez pu étudier les caractères de la syphilis hépatique, des gommes du crâne, et enfin d'une méningite ultime. M. Cornil a bien voulu vous exposer le mode suivant lequel évoluent ces diverses lésions. Nous avons en ce moment plusieurs malades atteints de gommes du crâne, d'exostoses, de syphilis papulo-squameuses. Je ne veux pas laisser passer ces exemples instructifs sans appeler votre attention sur les accidents graves de la syphilis. Je me bornerai à étudier ceux qui menacent directement la vie du malade.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible, il est vrai, de caractériser cliniquement toutes les formes et toutes les manifestations mortelles de la syphilis, de décrire leur marche, de faire leur diagnostic et d'indiquer les conditions qui président à leur développement. Cependant, du nombre considérable de faits que possède la science, il est possible de constituer quelques groupes cliniques dont on doit dès maintenant connaître le danger et les caractères.

En premier lieu, il est certain que tous les syphilitiques ne sont pas également exposés aux manifestations viscérales graves qui sont la cause ordinaire de la mort dans la syphilis; certaines catégories de malades paraissent prédisposées à ces accidents d'une façon toute particulière, tandis que les autres en sont le plus souvent exemptes.

C'est un fait d'observation que les malades chez lesquels la syphilis devient grave sont ceux dont le chancre a été méconnu, soit que le médecin ne l'ait pas découvert, soit qu'il n'ait pas reconnu sa nature infectante; ceux qui, pour une raison quelconque, ont cru devoir soigneusement cacher leur chancre et même les premiers accidents qui l'ont suivi; ceux enfin chez qui le chancre reconnu et diagnostiqué n'a pas été suivi d'un traitement approprié, soit à cause d'idées particulières du médecin sur le traitement mercuriel, soit pour toute autre cause. Vous remarquerez le trait commun qui réunit ces trois catégories de malades, l'absence de traitement, et vous y verrez la cause de cette gravité relative.

Je ne vous parlerai pas de la mort du fœtus syphilitique, et je laisserai de côté tout ce qui a trait à la syphilis infantile héréditaire, pour ne prendre que le syphilitique ordinaire, celui que vous avez actuellement occasion de voir dans nos salles d'hôpital.

Vous savez qu'on divise les accidents syphilitiques en trois périodes : primaire, secondaire et tertiaire, et qu'à mesure que la syphilis vieillit, ses manifestations deviennent plus profondes; les accidents viscéraux, qui doivent surtout nous occuper, appartiennent donc à la période tertiaire. Rarement les accidents des deux premières périodes peuvent amener la mort; cependant, en raison même de la rareté de cette funeste terminaison,

il importe de noter les circonstances dans lesquelles elle peut survenir.

L'accident primitif, le chancre, ne met que très-exceptionnellement la vie en danger, le phagédénisme est bien plutôt la complication du chancre simple non infectant que celle du chancre syphilitique; cependant elle a accompagné ce dernier dans un assez grand nombre de cas bien constatés, pour qu'il soit impossible d'en nier la possibilité.

Vous avez vu au n° 13 de la salle Saint-Jean de Dieu, un homme de trente ans chez qui un chancre phagédénique avait envahi depuis dix-huit mois une partie de la cuisse et de la paroi abdominale, vous savez que les traitements les plus énergiques avaient échoué, et que les ulcérations n'ont diminué que sous l'influence de l'amélioration de la santé générale et du pansement à l'iodoforme. Mais quelque énorme que soit l'extension que prend le chancre phagédénique, et quelque grave que soit l'altération de la santé générale, il est bien rare qu'il entraîne des accidents mortels.

On a prétendu (et ceci se rapporte plutôt aux accidents ultérieurs qu'au chancre lui-même) que la porte d'entrée de la syphilis n'était pas sans influence sur sa gravité. A ce point de vue, les chancres contractés en dehors du coït; par le médecin dans le toucher vaginal par exemple, ou par le contact d'instruments malpropres, ainsi qu'on l'a vu un certain nombre de fois à la suite du cathétérisme de la trompe d'Eustache seraient d'un pronostic plus sérieux que le chancre génital. Il est certain que la syphilis acquise dans ces conditions a très-souvent été grave, mais cela ne tient-il pas plutôt à ce qu'elle a été généralement méconnue à son début et, par suite, tardivement traitée, bien plutôt qu'à une vertu particulière du point où s'est faite l'inoculation. Ce serait toujours la même cause, début ignoré et traitement tardif.

De même encore, la syphilis vaccinale se transmettant d'un certain nombre d'enfants à leurs nourrices, de celles-ci à leurs maris et à toute une population, a donné lieu à de véritables épidémies locales de syphilis, terribles par leur gravité; qui peuvent donner une idée affaiblie de la grande épidémie du XVe siècle. Là encore nous retrouvons le même caractère, la nature des accidents est ignorée au début, le traitement n'est pas fait.

Dans la période secondaire, M. Dubuc a décrit ce qu'il nomme les syphilides malignes précoces. Ces syphilides, au lieu de consister en une simple roséole, deviennent rapidement papuleuses. Au point où existent les taches, il se produit sous la peau du tissu cellulaire embryonnaire, tissu qui ne s'organise pas, mais se mortifie et dégénère avec une rapidité extrême. De la disparition de ce tissu mort-né, comme l'appelle M. Lancereaux, résulte soit une ulcération qui se cicatrise plus tard, soit une simple dépression de la peau.

Le n° 4 *bis* de notre salle Sainte-Madeleine, vieille femme de cinquante-neuf ans, dont l'accident initial ne remonte pas à plus de six mois, est couverte d'une éruption de cette nature. Sa face, ses membres, sa poitrine, sont le siége de larges plaques papuleuses à tous les degrés de leur évolution. Les plus récentes offrent encore une légère saillie d'une coloration livide; mais à côté d'elles on en trouve d'anciennes qui ont laissé une tâche jaunâtre ou blanchâtre, déprimée, une véritable cicatrice creuse, résultant de la résorption du tissu embryonnaire sous-jacent.

Il est admis par tous les auteurs que la syphilis qui débute par ces accidents doit rapidement entraîner des accidents viscéraux; quelle que soit l'explication théorique du fait, cliniquement il est certain que les cas, dans lesquels on trouve dès le début un développement abondant de tissu embryonnaire, sont suivis rapidement de complications graves par le développement dans les viscères de ce même tissu embryonnaire.

Enfin ces syphilides sont presque toujours accompagnées d'iritis, notre n° 5 *bis* n'a pas échappé à cette règle signalée par Follin, Virchow, etc.; vous avez pu observer chez elle une iritis double, remarquable surtout par le peu d'intensité des douleurs et le peu de photophobie qu'elle provoque, caractère qui acquiert dans le diagnostic la plus haute importance, si vous voulez bien vous rappeler les douleurs atroces et la photophobie intense des malades atteints d'iritis simple.

Ces syphilides malignes précoces se présentent surtout chez les vieillards et les cachectiques, c'est là le cas de notre malade, ou chez les individus déjà affaiblis par une maladie diathésique. Ces conditions créent un terrain favorable au développement de ces formes graves et expliquent probablement aussi la précocité des accidents viscéraux chez ces malades.

Chez les scrofuleux, les accidents syphilitiques sont aussi modifiés, ils ont une ténacité désespérante, une grande gravité et une marche particulière qui faisait dire à Ricord qu'il se fait du scrofulate de vérole.

Cette influence des autres maladies sur la vérole est réciproque, les affections qui coexistent avec elle ou surviennent après elle, marchent mal, ne guérissent pas, les malades traînent indéfiniment, circonstance dont il faut tenir compte dans le pronostic.

La malade du n° 1, salle Sainte-Madeleine est syphilitique, elle a depuis un an une pelvipéritonite qui ne se résorbe pas, reste stationnaire et empêche le traitement de sa syphilis.

L'ancien n° 2 de la même salle qui a eu une pleurésie et qui a maintenant des cavernes, échapppe également au traitement, car aussitôt qu'on lui donne du mercure, son appétit se perd, et les lésions pulmonaires prennent une marche plus rapide.

A ce propos, messieurs, je dois vous faire une remarque. On a signalé des pneumopathies syphilitiques ayant la même marche que la tuberculose, et, à la rigueur, les cavernes de cette femme pourraient être syphilitiques. M. Gubler et son élève M. Landrieux ont attiré l'attention sur le côté clinique de la question. M. Gubler a obtenu par le traitement anti-syphilitique la guérison d'un certain nombre d'affections pulmonaires graves, et ces résultats inespérés ne paraissent pouvoir s'expliquer qu'en admettant que les accidents étaient syphilitiques.

Cependant s'il y a là une indication incontestable et qu'il ne faut pas négliger, il est impossible de généraliser d'après ces quelques faits, car ces lésions sont mal connues, et, sur le cadavre même, il est absolument impossible de les distinguer.

En résumé, messieurs, les accidents des deux premières périodes sont rarement mortels, et s'ils peuvent entraîner une terminaison fatale dans quelques cas, on peut dire que leur gravité tient plutôt à la prédisposition du malade, aux mauvaises conditions dans lesquelles il se trouve, qu'à la maladie elle-même.

La troisième période de la syphilis dont je vous entretiendrai plus longuement occasionne bien plus souvent la mort que les deux précédentes. Vous savez que la caractéristique de la troisième période est la gomme, néoformation de tissu embryonnaire qui, à l'inverse du tubercule, possède des vaisseaux et a, par conséquent, une vitalité supérieure. La gomme siége essentiellement dans le tissu cellulaire, c'est-à-dire dans tous les points où l'on trouve ce tissu ; elle détermine autour d'elle une inflammation diffuse et un certain nombre de lésions des organes voisins.

Dans le tissu cellulaire sous-cutané, elle ulcère assez souvent la peau qui la recouvre, et il s'écoule soit du pus, soit un liquide visqueux ressemblant à une solution de gomme qui a fait donner à la lésion le nom sous lequel elle est connue. Mais là, pas plus que sous le périoste, la gomme n'entraîne ordinairement d'accidents qui mettent la vie en danger. Il n'en est pas de même quand elle siége dans un organe essentiel à la vie. Les lésions syphilitiques tertiaires localisées dans les voies respiratoires, dans le cerveau, les méninges, la moelle, dans le foie, dans le muscle cardiaque peuvent amener la mort; mais, en clinique, les dernières, les lésions cardiaques, pas plus qu'un certain nombre d'autres, ne pouvant même être soupçonnées, ne nous arrêteront pas.

J'examinerai donc trois groupes de syphilides tertiaires graves :

Celles du foie,

Celles des voies respiratoires,

Celles des centres nerveux.

Ce sont là, je le répète, non pas toutes les lésions syphilitiques qui peuvent amener la mort, mais les trois principaux types cliniques que nous pouvons actuellement distinguer.

CLINIQUE DE LA VILLE

Sur une affection particulière de la conjonctive bulbaire,

Par le docteur Georges CAMUSET.

Les principales formes de dégénérescence de la conjonctive sont, en commençant par les plus fréquentes, au moins dans nos pays : le ptérygion, le trachôme, l'hypertrophie simple, l'atrophie, le xérosis, la dégénérescence amyloïde et l'hypertrophie éléphantiasique ou morphétique.

J'ai eu l'occasion d'observer, dans ma pratique, une forme de dégénérescence conjonctivale qui a éveillé mon attention par sa singularité, et qui doit être fort rare. Je ne l'avais jamais rencontrée antérieurement pendant une fréquentation de plusieurs années dans les cliniques les mieux pourvues de malades, et je ne l'ai trouvée décrite exactement dans aucun recueil d'ophthalmologie.

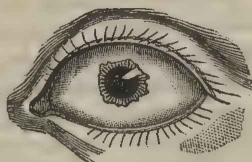
On verra si elle peut être classée dans l'une des espèces énumérées ci-dessus.

Le 6 septembre 1871, je reçois en consultation le nommé Jules B..., de Cousance (Jura). C'est un garçon de seize ans, très-vigoureux, et dont la constitution ne paraît nullement entachée de scrofule, diathèse assez fréquente dans sa localité.

Les paupières sont absolument normales; leur bord libre est pourvu de cils bien plantés, sans trace de blépharite ciliaire. Quand il ouvre les yeux, je suis frappé de la couleur insolite de la conjonctive et de l'absence presque complète de la cornée. Le globe de



O.D.



O.G.

l'œil est recouvert par une membrane d'un blanc jaunâtre, où l'on distingue à peine deux ou trois vaisseaux situés profondément; l'aspect en est velouté. Cette membrane s'avance sur la cornée jusqu'au voisinage de l'ouverture pupillaire, qu'elle circonscrit d'une façon irrégulière, et se termine par un bord à pic. Ce que l'on voit encore de cornée est sain. L'acuité visuelle centrale est bonne, mais l'acte de la vision est très-gêné par le rétrécissement du champ périphérique causé par l'invasion de la membrane opaque sur la plus grande partie de la cornée.

L'œil n'est pas sec. Il est lubrifié normalement, et les narines sont humides. Il n'existe pas de larmoiement. En retournant les paupières, je constate que la conjonctive palpébrale est rosée, quoiqu'un peu moins transparente qu'à l'état normal. Les points lacrymaux sont libres.

La sensibilité de la muqueuse bulbaire est obtuse au contact des doigts et des médicaments; elle existe cependant et s'est manifestée d'une façon très-vive quand j'ai enlevé avec les ciseaux un fragment de la conjonctive.

L'affection a commencé, lorsque ce garçon avait cinq ans, par quelques poussées inflammatoires légères. Les parents ne se sont aperçus de rien jusqu'au moment où la cornée a été envahie par la dégénérescence. Depuis lors, le cercle cornéen a toujours été en se rétrécissant, et les parents, justement inquiets, viennent me demander s'il existe quelque moyen d'enrayer les progrès de la membrane opaque.

Pendant plusieurs semaines, j'ai employé les escarrotiques légers, sulfate de cuivre, cautérisation ponctuée avec le crayon de nitrate d'argent, pommade de Crémer au bioxyde jaune de mercure, dans l'espérance tantôt de provoquer une vascularisation de la conjonctive bulbaire, tantôt de détruire partiellement la néoplasie. Je dois avouer que tous ces moyens n'ont réussi qu'à lasser la bonne volonté du jeune malade et à me faire craindre d'accélérer les progrès de l'affection.

Un an après, les choses n'avaient pas sensiblement changé. Depuis lors, je n'ai plus revu le garçon.

Voulant m'édifier sur la nature histologique de cette membrane, j'en avais abrasé un fragment, non sans peine, car elle était fortement adhérente à la sclérotique et à la cornée. En l'examinant au microscope, avec feu le docteur Legros, nous y avons trouvé une grande quantité de cellules épithéliales de forme irrégulière et non disposées par couches, comme le sont les cellules hexagonales de l'épithélium pavimenteux de la conjonctive saine.

La conjonctive a donc été le siége, dans sa partie bulbaire principalement, d'une hypergénèse de l'élément épithélial, de nature bénigne, il est vrai, mais avec cette restriction que l'extension probable de la maladie, à toute la surface de la cornée, mettra tôt ou tard le jeune malade dans un état voisin de la cécité.

Il s'agit maintenant de classer cette affection, en la comparant à celles qui sont déjà connues.

Est-elle de la nature du ptérygion ? Non, évidemment, car le ptérygion est une hypertrophie vasculaire et fibro-plastique du fascia sous-conjonctival dont la transparence, la mobilité sur la sclérotique sont conservées. En outre, le ptérygion ne se manifeste jamais que dans la direction des muscles droits, principalement du droit interne, et il est presque sans exemple qu'il suive ces quatre directions à la fois. Est-ce un pannus trachomateux ? Non, encore; les yeux n'offrent pas de trace d'ophthalmie granuleuse et ce qui reste des cornées est sain et brillant.

Ce n'est pas davantage une hypertrophie simple, caractérisée par une augmentation de l'épaisseur avec plissement de cette membrane qui revêt une couleur rosée uniforme.

Dans la dégénérescence amyloïde, on retrouve l'aspect hypertrophique; mais la conjonctive est parsemée de bosselures blanchâtres gélatiniformes dont on peut extraire une matière amyloïde. Je n'insiste pas sur l'affection morphétique.

Reste donc le xérosis, sur la nature et même sur l'aspect duquel les auteurs sont bien loin d'être d'accord. On le définit en général : « une cutisation de la conjonctive », et on l'attribue à l'oblitération des conduits lacrymaux à la suite d'une ophthalmie. Les uns disent que, dans le xérosis, la conjonctive est atrophiée et présente, çà et là, des plaques d'aspect nacré, comme la pelure d'oignon. Les autres, et de ce nombre est Carron du Villars, qui avait beaucoup voyagé et beaucoup vu, en donnent une description qui a quelque analogie avec le fait dont je parle. Mais tous s'accordent à noter l'insensibilité complète de la conjonctive, sa sécheresse, le trouble de la cornée qui conserve ses dimensions normales et paraît dépolie comme par le frottement d'un corps rude.

En considérant que, dans notre malade, la conjonctive palpébrale est saine, ainsi que la cornée dans sa partie visible, que le cours des

larmes est régulier ainsi que leur production, que le caractère histologique consiste dans l'accroissement considérable de la couche épithéliale de la conjonctive, on jugera si l'on peut donner à cette affection, non encore décrite, le nom de *leucophthalmos épithélial*, qui rappelle l'aspect de l'œil et la nature de la maladie.

HOPITAL DE MÉDÉAH. — M. SPILLMANN.

Observation de névrome du nerf médian (1).

Les craintes de M. Bachon ne devaient pas tarder à se réaliser. A peine sorti de l'hôpital, V... vit apparaître, 1 centimètre au-dessus du ligament antérieur du carpe, une tumeur de la grosseur d'un pois, tumeur dont la pression était douloureuse. Au mois de juin 1873, le malade vint à notre consultation et nous fit consater une tumeur du volume d'une petite aveline, longeant le bord interne du tendon du petit palmaire.

Cette tumeur est très-mobile latéralement; on peut aussi lui imprimer des mouvements suivant l'axe du membre, mais seulement quand la main est fléchie sur l'avant-bras; au toucher elle donne la sensation d'une résistance élastique qui pourrait être facilement confondue avec la fluctuation.

La tumeur est habituellement indolore, mais la moindre pression détermine des douleurs irradiant le long des doigts, en suivant très-exactement la direction des branches terminales du nerf médian. Les pressions exercées immédiatement au-dessous de la tumeur sur la partie moyenne du ligament antérieur du carpe, ne déterminent aucune sensation pénible; il en est de même des pressions exercées sur la partie supérieure du trajet du nerf. Une compression soutenue, exercée sur le nerf médian, à la partie moyenne du bras, ne diminue en rien la douleur causée par la pression simultanée de la tumeur.

Le membre supérieur tout entier est amaigri et est le siége de douleurs vagues, presque continues, mais peu intenses.

L'ensemble de ces caractères démontre qu'une récidive a suivi l'opération de M. Bachon. La tumeur étant de petit volume et ne causant que des douleurs très-supportables, nous conseillons au malade d'attendre, bien qu'il réclame une opération, et nous le renvoyons aux soins éclairés du médecin de son régiment.

Le 10 octobre 1873, nous revoyons le malade : les douleurs ne sont pas augmentées, mais la tumeur a pris une extension considérable, au mois de juin, elle n'atteignait pas le bord supérieur du ligament antérieur du carpe, aujourd'hui elle plonge profondément sous ce ligament ; à la même époque on sentait son niveau supérieur à 2 centimètres et demi au-dessus du même ligament, aujourd'hui elle remonte 2 centimètres plus haut. Au mois de juin, la tumeur débordait à peine le bord interne du petit palmaire, maintenant elle s'étend jusqu'au cubital antérieur qu'elle refoule légèrement.

La tumeur a donc quintuplé de volume en l'espace de quatre mois.

Cet accroissement rapide nous détermine à obtempérer aux vœux du malade, malgré les dangers d'une opération qui devra se faire au milieu des gaînes synoviales du poignet, gaînes dont l'inflammation a fait périr le seul malade qui, jusqu'ici, ait été opéré d'un névrome à ce niveau. (Bonnet, *Journ. de méd. de Lyon*, 1842.)

Avant d'opérer le malade, nous avons cherché à déterminer exactement l'état des parties innervées par le nerf médian, depuis l'opération faite par M. Bachon, afin de pouvoir juger les effets physiologiques de cette nouvelle résection.

Les mouvements du poignet sont normaux ; tous les doigts arrivent à la flexion complète, mais ils serrent avec beaucoup moins de force que ceux de la main opposée ; on ne remarque à cet égard aucune différence entre les doigts innervés par le nerf médian et les doigts innervés par le nerf cubital. Le pouce jouit des mouvements d'extension, de flexion et d'adduction, mais les mouvements spontanés d'opposition sont impossibles.

La sensibilité est complétement abolie au niveau de la face intérieure des deux dernières phalanges de l'indicateur ; le malade nous raconte qu'un jour il s'est traversé ce doigt avec une épingle ; qu'un autre jour il s'est brûlé sans éprouver la moindre sensation douloureuse ; il n'a conservé à ce niveau qu'une vague sensation de contact.

Dans toutes les autres parties innervées par le nerf médian, la sensibilité est à peu près normale. Si l'on pique le malade avec les pointes d'un compas, il perçoit les deux piqûres au même degré d'écartement que sur la main opposée ; il perçoit parfaitement la douleur et non pas seulement le contact.

Les sensations de chaleur et de froid sont parfaitement nettes. En un mot, sauf à l'extrémité de l'indicateur, la main gauche perçoit exactement les mêmes sensations que la main droite, mais avec un peu moins de vivacité. Bien entendu, pour éviter toute cause d'erreur, nous avons placé la main et les doigts sur un plan parfaitement immobile, et nous avons fermé les yeux du malade.

La main est amaigrie dans son ensemble ; les muscles de l'éminence thénar sont presque complétement atrophiés, à l'exception de l'adducteur du pouce.

La peau qui recouvre la paume de la main et la face palmaire des trois premiers doigts présente une coloration violacée et est plus mince que celle de la main opposée ; ce dernier phénomène peut être attribué au défaut d'exercice tout aussi bien qu'à une altération nutritive directe. L'épiderme et les ongles sont normaux ; on ne remarque non plus aucune trace des éruptions qui accompagnent assez souvent les lésions nerveuses.

La paume de la main et les doigts sont ordinairement couverts d'une sueur abondante; phénomène qui existait déjà avant l'opération de M. Bachon ; la température est plus basse de deux degrés que celle de la main opposée.

Le 19 novembre, le malade étant anesthésié, nous pratiquons une incision cutanée de 12 centimètres, parallèlement au tendon du petit palmaire, incision dont l'extrémité inférieure aboutit un peu au-dessous du bord inférieur du ligament antérieur du carpe. Elle rejoint donc l'extrémité supérieure de l'incision faite par M. Bachon.

L'aponévrose et les trois quarts supérieurs du ligament antérieur du carpe étant incisés à leur tour, il nous suffit d'écarter légèrement les tendons des muscles palmaire et cubital pour apercevoir l'ensemble de la tumeur ; elle est fusiforme et ressemble exactement au névrome représenté dans l'excellent traité de Follin et Duplay (t. II, p. 217, fig. 38); on aperçoit distinctement à sa périphérie des filaments nerveux écartés les uns des autres.

Nous coupons le nerf médian à 15 millimètres au-dessus de la tumeur, puis nous la séparons des parties voisines en disséquant de haut en bas. Arrivé aux limites inférieures de la tumeur, tout près du bord inférieur du ligament antérieur carpe, nous faisons fléchir fortement les doigts, afin de pouvoir attirer un peu à nous le nerf médian sans tiraillement fâcheux, et nous le coupons 1 centimètre plus bas.

A ce niveau, qui est bien celui auquel M. Bachon a fait sa première section, le nerf est parfaitement sain ; il semble se continuer dans la paume de la main.

Il eût été intéressant de suivre le nerf beaucoup plus bas afin de pouvoir s'assurer si bien réellement les parties reséquées par notre collègue s'étaient régénérées ; mais cette exploration, utile peut-être au point de vue scientifique, n'était pas sans inconvénient pour le malade ; outre ses dangers, elle nous aurait forcé de couper les dernières fibres du ligament antérieur du carpe, fibres que nous tenions essentiellement à conserver, car ce sont elles qui, après la guérison, maintiendront les tendons dans la gouttière du carpe.

L'opération terminée, il ne nous a pas été possible d'étudier d'une manière satisfaisante l'effet produit par cette nouvelle résection sur la mobilité de la main et des doigts ; le malade, encore sous l'influence du chloroforme, n'était pas en état de nous donner des réponses assez précises.

Nous rappelant le cas de mort de Bonnet, à la suite d'une opération identique avec la nôtre, nous avons pensé que le meilleur moyen de nous mettre à l'abri de tout accident était de fermer complétement la plaie au contact de l'air et d'immobiliser le membre jusqu'à la

(1) Fin. — Voir le numéro du 26 mars.

partie supérieure du bras, afin d'interdire les plus légers mouvements aux muscles de l'avant-bras. Après avoir suturé la plaie dans ses deux tiers supérieurs, nous revêtons le membre tout entier d'une épaisse couche de ouate que nous maintenons par une bande silicatée; en un mot, nous employons le bandage de A. Guérin modifié par Ollier.

Le soir du jour de l'opération, V... n'accuse aucune douleur, si ce n'est dans l'auriculaire et l'annulaire, ces douleurs, qui ne peuvent s'expliquer que par un effet réflexe (le nerf cubital n'a certainement pas été touché pendant l'opération), cessent spontanément vers le quatrième jour.

Le bandage reste en place jusqu'au 9 décembre, c'est-à-dire pendant 20 jours pleins. Pendant tout cet espace de temps, le malade n'a pas éprouvé le plus léger mouvement fébrile; il a mangé et bu la ration complète et toujours parfaitement dormi; il s'est promené dans le jardin de l'hôpital comme s'il eût été en parfaite santé.

A la levée de l'appareil, nous constatons que le poignet n'a pas subi le moindre gonflement et qu'il est parfaitement indolore. Nous n'examinons pas encore la plaie à laquelle adhère une légère couche de ouate, mais nous étudions avec soin les phénomènes physiologiques.

Les doigts sont mobiles, ce qui n'a rien de surprenant puisque les filets qui animent les muscles fléchisseurs émergent du nerf médian au-dessus du point reséqué. Les mouvements du pouce sont exactement les mêmes qu'avant l'opération.

La sensibilité est demeurée intacte dans tous les points où elle existait; elle s'est même exaltée, car la douleur de la piqûre est sentie plus vivement au pouce et au médius gauche qu'au pouce et au médius droit; avant l'opération, nous avions constaté un phénomène inverse.

Par excès de précaution, nous remettons encore un bandage ouaté et silicaté qui demeure en place pendant huit jours; à la levée de ce nouvel appareil, la cicatrisation est complète, sauf en deux points de 2 ou 3 millimètres d'étendue, où existent quelques bourgeons exubérants; quelques jours plus tard, ces points eux-mêmes sont cicatrisés.

Nous gardons le malade pendant un mois, bien qu'il soit parfaitement guéri. Les douleurs vagues dont il se plaignait dans tout le membre supérieur ont complétement disparu; la pression exercée au niveau de l'extrémité radiculaire du nerf ne détermine aucune douleur. Les mouvements et la sensibilité restent tels que nous les avons décrits; la main demeure atrophiée, mais la teinte asphyxique et les sueurs permanentes n'existent plus.

La température est inférieure de 1 degré à celle de la main opposée.

L'observation que nous venons de relater est remarquable au point de vue de la simplicité des suites d'une opération qui passe pour sérieuse au point de vue de la récidive et surtout au point de vue physiologique.

La simplicité des suites de l'opération a été due, suivant nous, au mode de pansement employé. La plaie a été tout à la fois immobilisée et soustraite au contact de l'air.

La tumeur que nous avons opérée était-elle bien une récidive, c'est-à-dire une tumeur s'étant formée dans l'extrémité radiculaire du médian après la résection faite par M. Bachon? Nous ne le pensons pas, car la tumeur s'est manifestée un mois environ après l'opération, 1 centimètre au-dessus du ligament antérieur du carpe, tandis que M. Bachon avait coupé le nerf au-dessous de ce ligament. De plus, huit mois après l'opération, quand V... vient nous consulter, il n'existe encore aucune lésion sous le ligament annulaire, et ces lésions deviennent manifestes au moment où nous nous décidons à opérer. Nous sommes donc portés à penser qu'il s'agit là d'un nouveau névrome bien plutôt que d'une récidive; cette opinion assombrit notre pronostic.

Au point de vue physiologique, l'observation est d'un haut intérêt, car elle est en opposition avec plusieurs règles généralement acceptées.

Du côté de la mobilité, tout est normal; il est tout simple que les doigts continuent à se mouvoir, puisque les nerfs des muscles de l'avant-bras ont été respectés, puisque les muscles interosseux sont animés par le nerf cubital; il est tout simple aussi que le pouce ait perdu son mouvement d'opposition en conservant l'adduction, puisque le muscle adducteur est sous la dépendance du nerf cubital.

Mais il est loin d'en être de même au point de vue de la sensibilité.

En effet, la première opération est faite le 8 octobre et, dès le 18 du même mois, M. Bachon constate un commencement de sensibilité; le 20, la sensibilité est normale partout, si ce n'est dans les deux tiers inférieurs du doigt indicateur.

On ne peut attribuer ce fait à une régénération nerveuse, car il est démontré que ce phénomène ne se produit pas avec une pareille rapidité; on ne peut l'attribuer non plus à une soudure bout à bout, l'étendue de la portion reséquée ayant rendu ce phénomène impossible.

Peut-être pourrait-on chercher à expliquer le fait en disant que la réparation du nerf médian en branches terminales commençait ici un peu plus haut que de coutume, et que M. Bachon, a simplement reséqué les branches destinées à l'index. Mais, après notre dernière opération, cette objection n'est plus possible; c'est bien le nerf médian que nous avons reséqué dans une étendue de 8 centimètres, et cependant la sensibilité de la paume de la main et des doigts reste ce qu'elle était avant l'opération.

Voici donc un fait qui vient s'ajouter à ceux que M. Paulet a réuni dans sa consciencieuse étude sur les suites immédiates ou éloignées des lésions traumatiques des nerfs. Il contribuera à démontrer que les données de la physiologie moderne ne suffisent pas toujours à expliquer les phénomènes qui résultent des sections et des résections des nerfs.

Ce fait pourrait, à la rigueur, s'expliquer par la découverte de Robin, qui a constaté que les filets nerveux qui vont se perdre dans les corpuscules du tact des doigts tirent leur origine d'anses terminales rattachées d'une part au nerf médian, d'autre part au nerf radial. Mais alors, pourquoi la sensibilité est-elle totalement abolie à l'extrémité de l'index, pendant qu'elle est conservée partout ailleurs?

Du reste, cette découverte ne saurait expliquer comment il se fait que la motilité puisse être conservée après la section d'un nerf, et ce phénomène a été observé plus d'une fois; nous rappellerons plus spécialement ici les observations de Laugier, de Nélaton, de Descot, de Leudet, de Horteloup, etc., observations reproduites et analysées dans le mémoire de M. Paulet.

Il y a donc là une inconnue que les physiologistes sont appelés à dégager.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 mars 1874. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

Le ministre de l'agriculture et du commerce transmet: Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, pendant 1873, dans les départements de la Mayenne et du Pas-de-Calais, et le compte rendu négatif des maladies épidémiques pour le département des Hautes-Pyrénées (comm. des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend: 1° une série de rapports sur les maladies épidémiques qui ont régné, pendant 1873, dans l'arrondissement de Beauvais, par M. le docteur Évrard (comm. des épidémies); 2° une lettre de M. le docteur Velasquo accompagnant l'envoi d'un pli cacheté (accepté); 3° des lettres de remercîments de divers lauréats de l'Académie; 4° une lettre de M. Ferdinand Delaunay sur le traitement de la phthisie pulmonaire par le sulfite de soude.

PRÉSENTATIONS

M. Bouillaud offre en hommage un travail intitulé: *Nouvelles Recherches cliniques et expérimentales sur les mouvements et les*

repos du cœur, ainsi que sur le mécanisme du cours du sang à travers ses cavités, à l'état normal.

M. DEPAUL, au nom de M. Gérardin, présente une brochure *Sur l'altération, la corruption et l'assainissement des rivières.*

M. DEVILLIERS dépose sur le bureau le rapport annuel de la commission permanente de l'hygiène de l'enfance.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Dubois (d'Amiens), décédé.

La liste de présentation portait :

En première ligne. — MM. Villemin et Jaccoud.

En deuxième ligne. — M. Peter.

En troisième ligne. — Bucquoy.

Au premier tour de scrutin, sur 79 votants, majorité 40, M. Villemin obtient 38 suffrages, M. Jaccoud 32, M. Peter 8, M. Bucquoy 1.

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité, l'Académie procède à un second tour :

M. Villemin obtient 43 suffrages, M. Jaccoud 33, bulletin blanc, 1.

En conséquence, M. Villemin est proclamé élu.

RAPPORTS

M. CHEVALLIER lit une série de rapports au nom de la commission des eaux minérales.

Les conclusions sont adoptées.

COMMUNICATIONS

Conservation des viandes par le froid. — M. POGGIALE communique à l'Académie un rapport fait au conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, sur la conservation des viandes par le froid. C'est une application de l'éther méthylique.

M. Poggiale met, en même temps, sous les yeux de l'Académie deux échantillons de viande et un perdreau conservés par ce procédé.

Des considérations dans lesquelles il entre, sur les procédés de conservation usités jusqu'à présent, il résulte qu'un procédé qui permettrait de conserver les viandes fraîches pendant un temps suffisamment prolongé, sans addition de substances étrangères, serait un véritable bienfait pour les populations pauvres.

M. Tellier, ingénieur civil, croit l'avoir trouvé. Son but est de faire arriver et livrer au prix de 30 à 40 centimes le kilogramme dans nos centres populeux, les masses de viandes qui se perdent en diverses contrées.

Pour obtenir ce résultat, il suffit de maintenir à 0 ou à 1 degré la température du magasin où est déposée la viande.

M. Tellier a conservé, dans ces conditions, pendant six semaines, du bœuf, du mouton et du gibier.

Pour produire le froid, il se sert d'un courant d'air froid, ou plutôt de courants liquides à — 8 ou — 10 degrés, qui congèlent l'humidité de l'atmosphère, la dessèchent et en abaissent la température. L'opération consiste donc à établir des magasins frigorifiques dont la température soit de 0 à 1 degré.

Le procédé employé à l'usine frigorifique établie à Auteuil repose sur l'évaporation et la condensation de l'éther méthylique.

En résumé, les expériences de M. Tellier offrent un grand intérêt, au point de vue de l'hygiène publique, et méritent d'être encouragées.

Telle est la conclusion du rapport qui a été adoptée par le conseil de salubrité.

M. BLOT demande à M. Poggiale combien de temps les viandes ainsi conservées peuvent être encore bonnes, à partir du moment où on les retire de la chambre frigorifique.

M. POGGIALE répond qu'elles ne diffèrent pas en cela des viandes fraîches, et que, comme elles, elles peuvent rester bonnes quatre ou cinq jours.

M. BOULEY dit qu'on doit à la vérité de dire que la viande ainsi conservée n'est pas tout à fait aussi bonne que la viande fraîche, et qu'un gourmet trouverait entre elles de notables différences.

Ces différences existent surtout pour le gibier. Quant à la viande de boucherie, elle est à peu de chose près aussi bonne, ainsi conservée que fraîche, mais il ne faudrait pas croire, cependant, qu'il n'existât absolument aucune différence entre elles.

LECTURE

M. GIRAUD-TEULON donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Des attitudes symptomatiques des paralysies musculaires des yeux, considérées comme éléments diagnostic-différentiel.* (Comm. MM. Gavarret, Moreau, Gosselin.)

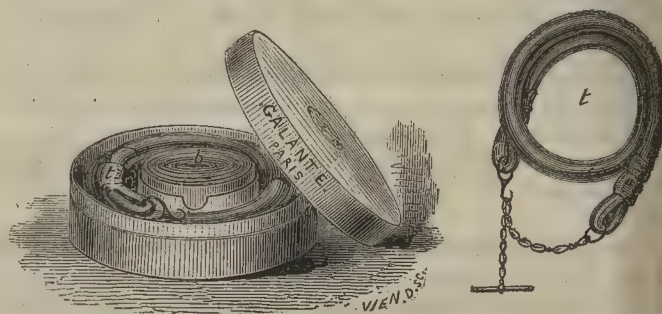
PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. Galante soumet à l'examen de l'Académie un modèle de l'appareil d'Esmarch qu'il vient d'établir pour l'ischémie chirurgicale dans les amputations ou autres opérations chirurgicales se pratiquant sur les membres.

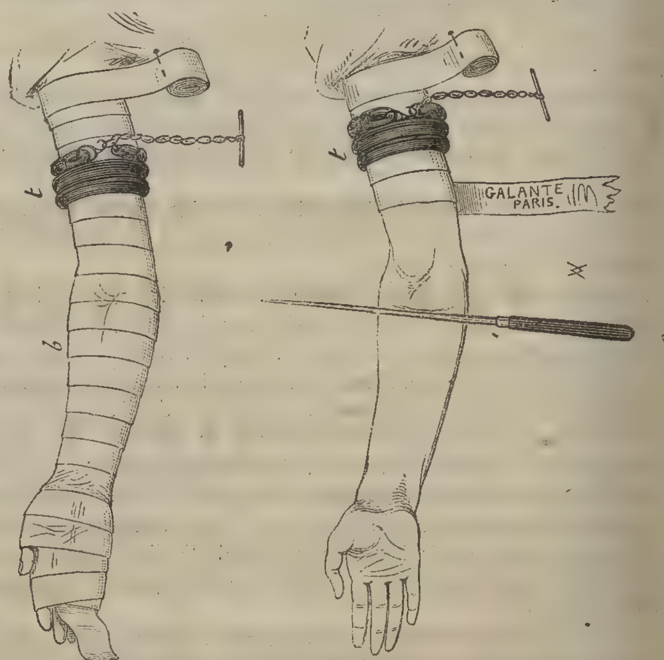
Il se compose : 1° d'une bande de tissu élastique mesurant environ 8 mètres, large de 4 centimètres et demi ;

2° D'un tube ou lien, en caoutchouc vulcanisé, très-résistant, dont l'une des extrémités présente un crochet, l'autre une gourmette.

L'application de cet appareil est des plus simples. Supposons qu'il s'agisse du bras (s'il y a de la suppuration on enveloppe le membre d'un morceau de taffetas gommé, pour éviter de souiller le bandage). A partir de l'extrémité des doigts jusqu'au-dessus du point où l'opération doit être faite, on roule, en serrant fortement, la bande élastique. Ce faisant, on chasse, par une compression uniforme, le sang



des vaisseaux du membre. Au point où cesse le bandage, ou même sur les dernières circulaires de la bande, on applique trois ou quatre



tours du lien élastique, en le tendant vigoureusement, puis on le fixe à l'aide du crochet et de sa chaîne. Ce lien comprime d'un façon exacte les parties molles et les artères. Le sang ne peut dès lors arriver dans la partie étranglée.

En levant ensuite la bande, on découvre au-dessous du lac com-

presseur la partie du membre rendue exsangue. *On opère alors*, suivant les expressions de M. le docteur Hénocque, *sur un membre parfaitement ischémique, c'est-à-dire que l'opération se fait en réalité à blanc, ou avec une perte de sang insignifiante telle que la compression artérielle la mieux exercée n'en permettrait pas de si faible, puisqu'il n'y a même plus de perte de sang veineux.*

La séance est levée à cinq heures.

Assistance publique. — La distribution des prix aux élèves internes en pharmacie et la proclamation des noms des nouveaux internes qui doivent entrer en fonction le 1er avril 1874, a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, sous la présidence de M. de Nervaux, directeur de l'administration.

M. Delpech, pharmacien, membre du jury, a fait connaître les résultats des épreuves du concours pour la nomination aux places d'internes.

M. Prunier, pharmacien en chef de l'hôpital de Lourcine, au nom des membres du jury, a rendu compte des opérations de ce concours.

Le *prix* de la première division (médaille d'argent) a été remportée par M. J. Lemelan, interne de troisième année à l'hôpital des Enfants. — *L'accessit* par M. P. Sergent, interne de quatrième année à l'hôpital de la Charité. — *Mention honorable :* M. J. Gepp, interne de troisième année à l'hôpital Saint-Antoine. — Deuxième division. *Prix*, M. Huguet (Robert-Alexandre), interne de première année à l'hôpital de Lourcine. — *Accessit*, M. Vanneste, interne de première année à l'hôpital de Lourcine. — *Mentions honorables :* MM. Coutenot et Botelandier, internes de première année à l'Hôtel-Dieu.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les Bureaux et Ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas Mardi.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

Dans l'une des revues du mois de décembre dernier, nous avons pris l'engagement de faire connaître les résultats des essais de traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, qui étaient alors en voie d'exécution dans le service de M. Béhier, à l'Hôtel-Dieu. Les premiers essais n'ont porté que sur deux malades seulement ; ils ont dû être interrompus depuis, faute d'aliment.

Un cas nouveau de fièvre typhoïde s'étant présenté récemment, l'expérimentation a été reprise et elle vient d'être terminée ces jours-ci.

Nous avons pensé que nos lecteurs n'apprendraient pas sans intérêt les principales particularités qui ont été relevées dans ces trois observations, suivies et recueillies avec le plus grand soin.

Voici, sur les deux premiers faits, quelques détails que nous empruntons à la relation qui en a été publiée par MM. Liouville et Straus, dans le *Bulletin de thérapeutique*.

Les deux premiers sujets de l'expérimentation sont deux femmes de la salle Saint-Antoine.

La première traitée était une jeune fille de dix-neuf ans, présentant, le jour de son entrée à l'hôpital, tous les symptômes d'une fièvre typhoïde grave, parvenue à son sixième jour. La température marquait 40°2 le matin, 40°6 dans la journée. Les premiers jours, elle fut soumise au traitement habituellement en usage dans le service (lotions fraîches, application de ventouses sèches sur le tronc et sur les membres, potion de Todd).

Le quatorzième jour de la maladie, aucune amélioration ne s'était produite ; adynamie de plus en plus prononcée, prostration extrême, subdélirium continu, pouls petit, serré, respiration précipitée, submatité à la base des deux poumons, avec râles sous-crépitants, fins et abondants (pneumonie hypostasique), etc. M. Béhier prescrivit les bains froids.

Le soir, la malade fut placée dans un bain à 20° c. pendant douze minutes, jusqu'à la venue du frisson, puis elle fut replacée dans son lit, après avoir été frictionnée vivement à l'aide d'une couverture chaude.

Le lendemain, elle était dans un état de collapsus ; la température, qui, la veille au soir, était de 40°6, marquait 36°8 ; le pouls petit, à peine perceptible, battait 140. — Nouveau bain froid de treize minutes. — Une heure après, la malade étant réchauffée, la température axillaire marquait 38°4, au lieu de 36°8. Le pouls était plus ferme et moins fréquent (120).

Les jours suivants, la malade a pris trois bains par jour à 20 degrés et de quinze minutes. A dater du deuxième jour de ce traitement, la température axillaire n'a jamais dépassé 38°2; tous les autres symptômes se sont graduellement amendés. Le traitement a duré en tout huit jours. La durée totale de la maladie a été de vingt-quatre jours.

La deuxième malade était une jeune femme du même âge que la précédente, nourrice robuste, à Paris depuis six mois seulement, malade depuis quatre jours lors de son entrée à l'hôpital.

Pendant les huit premiers jours de son séjour, elle avait été traitée par les lotions fraîches et la potion de Todd.

Au onzième jour de la maladie, M. Béhier, voyant survenir des accidents cérébro-spinaux très-accusés (soubresauts des tendons, délire agité, mutisme, roideur de la nuque, déglutition impossible, etc.), prescrivit les bains froids à 20 degrés, qui furent administrés, comme chez la malade précédente, au nombre de trois dans les vingt-quatre heures. A partir de ce jour la température, qui était en moyenne de 39 degrés le matin et de 40 le soir, a commencé à baisser et s'est maintenue toujours, depuis lors, à un chiffre modéré. L'intelligence et la parole sont revenues graduellement et, le vingt-quatrième jour, la température étant redevenue normale, on a pu suspendre les bains, et commencer l'alimentation.

— Nous arrivons maintenant au troisième malade, que nous avons pu suivre nous-même, et dont nous allons résumer l'histoire d'après l'observation détaillée jour par jour et recueillie par M. Lelongt, externe du service, qui a bien voulu nous la communiquer.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-quatre ans, couché au n° 39 de la salle Sainte-Jeanne. Entré le 28 février, se disant malade depuis une huitaine de jour, il avait commencé, dit-il, par tousser, puis il avait été pris de céphalalgie frontale vive, avec malaise et faiblesse générale. Le jour de son entrée, on constatait de la fièvre, pouls 108, température 39°6, langue

saburrale, rouge sur les bords, sèche et fendillée à son centre. Le facies, profondément altéré, exprimait l'abattement et la stupeur. Le malade, dont la parole était lente et pénible, mais les réponses claires et précises, accusait surtout de la toux avec de la dyspnée, des bourdonnements d'oreille et une sensation d'amertume à la bouche. On constatait du gargouillement dans la fosse iliaque droite, avec un peu de ballonnement du ventre, des taches lenticulaires rosées sur l'abdomen au nombre de 7 ou 8; point de diarrhée. L'auscultation faisait entendre des râles sibilants nombreux dans la poitrine, mais surtout à droite et en arrière.

On voit qu'il s'agissait d'une fièvre typhoïde de forme principalement thoracique.

M. Béhier prescrit le 2 mars, pour la journée, trois grands bains de quinze minutes à la température de 20 degrés. Bouillon pour toute alimentation. Le matin la température était de 39°2. Le soir, une heure après le bain, elle était de 39 degrés. Le malade avait toussé dans le bain, et il avait eu une expectoration plus abondante que le reste de la journée.

Le 3 mars. — La nuit a été meilleure que les précédentes, le malade a dormi près de trois heures, la langue est plus humide, il y a eu une selle diarrhéique.

Les râles, toujours plus abondants à droite et en arrière qu'à gauche, sont humides en bas, sibilants en haut.

Température du matin 35°5, du soir 39 degrés. Pouls à 27 et à 92 le soir. Quatre bains.

Le 4. — Le matin, une heure après le premier bain, la température présente sur celle de la veille un abaissement notable. Le matin : Température 38 degrés, pouls 75. Le soir : Température 38°8, pouls 90.

Le ballonnement du ventre a diminué, les taches abdominales sont plus nombreuses, les râles humides sont moins abondants, la toux est moins fréquente, l'expectoration presque nulle.

Le 5. — Nuit bonne, l'éruption de taches est très-abondante, la langue est humide, la peau fraîche, la physionomie est meilleure, le ventre n'est plus ni météorisé ni douloureux.

La toux et l'expectoration ont repris de l'intensité pendant le premier bain du matin.

Le matin : Température 38 degrés, pouls 72. Le soir : Température 38°5, pouls 60.

Le 7. — Le malade se plaint d'avoir beaucoup toussé la nuit et le matin dans son bain, il a expectoré aussi plus que d'habitude; cependant il n'a point eu de frisson, il n'accuse ni point de côté, ni fièvre. L'auscultation ne fait entendre que des râles sibilants.

Le matin : Température 38 degrés, pouls 72. Le soir : Température 38°7, pouls 90.

La toux est encore très-fréquente le 8, l'expectoration aussi, le malade accuse une douleur assez vive à la gorge.

Température du matin 37°8, pouls 86. Température du soir 38 degrés, pouls 90.

Peu de changement le 9 et le 10.

Le 11. — La douleur de gorge a diminué, l'expectoration est moins abondante, mais la toux redevient plus tenace dans le bain et pendant la nuit. La langue se nettoie et devient humide, les taches commencent à s'effacer. Le malade se sent mieux.

Le matin : Température 37°8, pouls 84. Le soir : Température 38°8, pouls 108.

Le 12. — Le malade commence à éprouver de l'appétit. (Bouillon.)

Le 13. — La toux et l'expectoration ont beaucoup diminué; les râles de la poitrine sont devenus très-rares, les taches ont totalement disparu. Les selles sont devenues régulières. La langue est nettoyée. La peau est bonne. Température 37°5 le matin, 38 degrés le soir.

A dater de ce jour on cesse les bains.

Le 15. — Il n'y a plus ni toux, ni expectoration, plus de râles dans la poitrine. La gorge n'est plus douloureuse. Température 37°4.

Le 16. — La température est à 37 degrés. On commence à donner des aliments.

Les jours suivants les forces se relèvent sensiblement, le malade est en pleine convalescence.

Le 27. — Son état est parfait, la guérison peut-être considérée comme définitive.

En résumant l'histoire de ces trois faits, nous n'avons pas la prétention — pas plus que ne l'a eue M. Béhier, — d'en tirer une conclusion au point de vue de l'appréciation générale de la méthode des bains froids et bien moins encore de les présenter comme des éléments de statistique. Il y a mieux à faire ici que de compter, c'est d'apprécier et de suivre pas à pas l'effet à la fois physiologique et médicateur du moyen mis en usage, l'abaissement graduel de la température et de l'ensemble des phénomènes fébriles qui lui sont intimement liés. A ce point de vue, chaque fait porte avec lui sa démonstration. La multiplicité des faits y ajouterait peu.

Ce que l'on remarquera surtout dans deux de ces faits, le premier et le troisième, c'est l'heureuse influence qu'a eue la médication réfrigérante, contrairement peut-être à des appréhensions plus instinctives que raisonnées, sur les phénomènes morbides de l'appareil respiratoire. Nous ne parlons pas de l'action sédative des bains froids sur les phénomènes nerveux, qui n'ont rien de nouveau pour tous ceux qui ont vu mettre ou qui ont mis eux-mêmes en pratique les affusions froides. Il paraîtra incontestable qu'aux avantages connus des affusions froides, les bains froids prolongés jusqu'au frisson ajoutent une action beaucoup plus soutenue et plus énergique, d'où résulte l'abaissement de la température avec toutes ses conséquences. C'est là surtout le fait intéressant que nous voulions mettre en relief.

Nouvel exemple de tolérance du cœur pour le traumatisme.

On connaît de nombreux exemples de lésions du cœur à divers degrés, piqûres, contusions, sans qu'il en soit résulté ni aucun accident notable, ni aucun signe qui en ait pu révéler directement l'existence, ni aucun trouble appréciable dans les fonctions de cet organe. Nous en avons rapporté, dans le temps, quelques-uns dans la *Gazette*. Notre ancien et regretté collaborateur Jamain a réuni presque tous les faits connus de ce genre, dans sa thèse de concours, sur les plaies du cœur, en 1857. Parmi les faits rapportés depuis, nous rappellerons notamment le fait du séjour prolongé d'une épingle implantée dans la cloison interventriculaire du cœur, recueilli dans le service de M. Piorry, à la Charité, en 1858; le cas de plaie du cœur intéressant les deux ventricules et terminé par la guérison, du professeur Brugnoli (de Bologne), en 1863; l'exemple rapporté par M. Tillaux, en 1868, du séjour, pendant plus d'une année, d'une tige de fer dans la ventricule gauche du cœur; enfin l'exemple tout récent de deux ponctions du cœur sans accident, dans des paracentèses du péricarde, rapporté dans l'une des leçons cliniques de M. Bouchut (en décembre 1873).

Voici un nouvel exemple de contusion violente du cœur, sans que cet organe en ait paru le moins du monde ému.

Un ancien militaire fut amené, dans les premiers jours de mars, dans le service de M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, peu d'instants après une tentative de suicide : il avait déchargé un revolver sur la région du cœur. On voyait la plaie d'entrée de la balle au-dessous du mamelon gauche. Il n'y avait pas de trou de sortie. Mais la balle faisait une saillie en arrière, sur les côtés de la colonne vertébrale où elle paraissait s'être logée. Le blessé n'éprouvait que très-peu de gêne et presque pas de suffocation ; si bien que les internes qui le reçurent furent tout d'abord portés à croire que la balle n'avait pas traversé la cavité thoracique. Cependant un examen attentif, lors de la visite, fit naître dans l'esprit de M. Richet une conviction contraire. Il constata, en effet, à la percussion, pratiquée toutefois avec ménagement, de la matité au niveau du trajet présumé du projectile. Au sommet du poumon gauche, il y avait une sonorité tympanique, et l'oreille appliquée sur la poitrine percevait des râles à grosses bulles et le bruit de tintement métallique. Enfin il survint quelques crachats de sang pur, qui ne permirent pas de douter que le poumon était atteint. Evidemment le poumon avait été traversé, et il y avait très-probablement un hémato-pneumo-thorax.

Quant au cœur, il battait avec sa régularité ordinaire. Néanmoins, M. Richet crut devoir rester dans la réserve à l'égard d'une lésion possible de cet organe, l'orifice d'entrée de la balle se trouvant placé au niveau de la pointe.

M. Richet prescrivit des saignées coup sur coup, des boissons glacées et l'usage de quelques agents hémostatiques à l'intérieur.

Le lendemain matin le blessé avait été pris d'une quinte de toux à la suite de laquelle avait eu lieu une hémorrhagie considérable par la plaie. A chaque mouvement d'inspiration et d'expiration, il sortait une quantité considérable de sang rutilant avec passage bruyant de l'air. En même temps, il survint un emphysème de toutes les parties supérieures du corps. Le cœur restait toujours régulier et comme impassible, ainsi que le pouls. La mort survint dans l'après-midi, par le fait des progrès incessants de cette hémorrhagie que rien ne pouvait arrêter.

A l'autopsie, on constata une fracture de la côte au niveau du trou d'entrée de la balle. Celle-ci avait traversé la plèvre et le péricarde de part en part, au niveau de la pointe du cœur qui était le siége d'une petite plaie contuse. On trouva la valeur d'une cuillerée à café de sang épanché dans le péricarde. Autour de cette plaie, on voyait en outre les traces d'une contusion plus étendue de la surface du cœur produite, sans doute, par le frottement des fragments de la côte. Enfin le lobe inférieur du poumon était traversé dans toute son étendue.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 février 1874 (1). — Présidence de M. PERRIN.

LECTURE

M. DUBREUIL, de Marseille, lit un travail sur les déviations de la colonne vertébrale.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Duplay, Desprès, Dubreuil.

M. DUPLAY fait la communication suivante :

(1) Fin. — Voir le numéro du 28 mars.

Ostéite avec nécrose de la moitié externe de la clavicule. — Résection de 9 centimètres et demi de cet os. — Reproduction rapide de la partie de la clavicule enlevée, puis ostéite fongueuse et carie du nouvel os. (Voir le numéro du 17 mars.)

DISCUSSION

M. DESPRÈS. Je demanderai à M. Duplay si, après sa première opération, il ne restait pas un fragment de clavicule malade. Sur sa réponse affirmative, je pense que cette première nécrose a pu déterminer l'affection secondaire dont il nous a entretenu.

M. TRÉLAT. Sans vouloir en rien critiquer l'opération ou le diagnostic de M. Duplay, je me demande si notre collègue a voulu prouver que, dans certains cas, la conservation du périoste de l'os nécrosé ne donne pas lieu à une conservation assurée; ceci étant admis, je trouve sa conclusion un peu prompte. Voici en effet la situation : M. Duplay enlève une clavicule partiellement nécrosée parce qu'il y a, dans la région, un abcès ossifluent provenant évidemment d'une maladie de la clavicule. Est-ce là une nécrose limitée ? Non, sans doute, c'est une nécrose précédée par une périostite qui, temporairement, a donné lieu à la formation d'un commencement d'ossification nouvelle, commencement d'ossification évident pour moi, malgré l'avis contraire de M. Duplay et expliquant du reste parfaitement le détachement si facile de l'os malade.

L'os enlevé, on constate au bout de quinze jours un début de régénération. L'os de nouvelle formation est malade à son tour, et donne lieu à la formation de nouveaux abcès. Je ne déduirai de cette série de faits que la conclusion suivante, et je dirai : J'ai traité un malade atteint d'ostéo-périostite suivie de nécrose, et l'ablation du séquestre n'a pas suffi pour arrêter le travail morbide. Ces cas, du reste ne sont pas communs, mais ils ne sont pas absolument rares, et ils expliquent bien l'impuissance fréquente de la thérapeutique chirurgicale, si efficace, au contraire, dans les cas de séquestres invaginés.

M. DESPRÈS. Je ferai observer que mes idées coïncident avec celles de M. Trélat. Le point de départ seul diffère, pour lui c'est une ostéo-périostite progressive. Pour moi c'est la nécrose primitive d'un fragment de la clavicule, qui est la cause de la continuation du mal.

M. FORGET. Je regrette que M. Duplay ait négligé de nous parler de la constitution de l'état général de son sujet. On ne peut, en effet, localiser à ce point des désordres analogues à ceux qu'il nous a décrits, et j'aurais voulu qu'il nous dît s'il y avait ou s'il n'y avait pas lieu de rattacher l'affection de son malade à la scrofule, à la syphilis, ou à une autre cause interne.

M. DUPLAY. J'ai fait remarquer au début de mon observation que l'étiologie chez mon malade était fort obscure. Il aurait eu, en effet, deux ans avant les accidents qui l'amenaient à l'hôpital, une variole suivie d'un abcès. Puis plus rien. Y a-t-il une corrélation à établir entre ces faits, c'est ce qu'il m'est impossible de faire. Je répondrai à M. Trélat que je suis très-heureux d'avoir provoqué son intéressante argumentation ; mais que, loin de vouloir prouver quelque chose, c'est une question que j'adresse. Je demande si, étant donné un os malade il faut toujours l'enlever par la méthode sous-périostée, et, une périostite étant donnée à quelle époque il faut l'attaquer. Le fait est patent. Dans le cas que j'ai relaté, l'opération a été plus préjudiciable qu'utile, et l'ablation de l'os étant décidée, il eût mieux valu enlever le périoste que de le laisser. Or étant donnés les principes d'intervention de la méthode sous-périostée, je demande quand il sera nécessaire d'intervenir.

M. VERNEUIL. Le fait de M. Duplay est extrêmement intéressant ; peut-être en pourra-t-on rassembler d'analogues; mais, tout curieux qu'il soit, il ne me paraît pas de nature à changer les préceptes admis. La conservation du périoste a donné de si beaux résultats qu'on ne doit point y renoncer pour un échec. Le cas cité par notre collègue est absolument insolite. Il s'est passé là, sans que je veuille établir, au point de vue de l'étiologie, la moindre corrélation, un phénomène qui rappelle le développement de la nécrose phosphorée, dont la marche sans cesse envahissante ne recule point devant les opérations. La récidive observée doit être sans nul doute attribuée à l'état général du malade. Aussi n'est-ce point la conservation du périoste qu'il faut incriminer, et lorsque M. Duplay se demande s'il n'eût pas

mieux fait d'enlever tout, os et périoste, je ne pense pas qu'en faisant ainsi il eût obtenu un meilleur résultat.

M. MARJOLIN. Je crois qu'il faut distingner dans l'ostéo-périostite des périodes bien tranchées. Dans la forme franche, il ne faut pas hésiter à pratiquer de larges débridements, des drainages, etc.

Je ferai remarquer que, contrairement à l'opinion de M. Trélat, à savoir que, dans l'ostéo-périostite, le périoste est difficile à décoller, j'ai fréquemment observé le contraire. Dans tous les cas il ne faut pas se presser de faire des résections avant d'avoir constaté que toute l'épaisseur de l'os est malade. Autrement on a affaire à une couche nécrosée d'une très-petite épaisseur, et c'est dans ces cas que l'on se trouve en butte à des difficultés dont l'importance est nulle quand il s'agit de séquestres invaginés.

M. GUÉRIN. La communication que je viens de faire à la société appartient au même ordre d'idées que celle de M. Duplay : elle se relie à l'utilité absolue de la conservation du périoste dans les résections.

Aussi a-t-on été surpris à une certaine époque de voir un chirurgien réclamer pour lui-même la méthode sous-périostée, alors que l'idée de la conservation du périoste était dans l'esprit de chacun.

Je me hâte d'ajouter que, tout en cherchant à opérer cette conservation nous nous y prenions mal, et que les procédés de M. Ollier ont, par leur valeur incontestable, donné à la méthode une immense impulsion. En effet, il nous arrivait d'obtenir des résultats analogues à celui que j'ai présenté ici dans la personne d'un malade sur lequel on constatait en même temps un excellent résultat au point de vue de la conservation de la force musculaire et de la mobilité, mais aussi une saillie osseuse considérable comprimant l'artère humérale à ce point que l'intégrité de celle-ci restait un problème. C'était un excellent résultat au point de vue absolu, une conservation mal faite au point de vue de la méthode opératoire. M. Ollier nous a appris qu'il fallait conserver les insertions musculaires avec le périoste, préserver, en un mot, la capsule ostéo-périostée.

Le malade que je vais présenter à la société souffrait depuis longtemps d'une affection du cœur ; aussi, lorsqu'il entra dans mon service pour un énorme abcès du coude, hésitai-je à l'opérer, à cause de sa faiblesse extrême. L'œdème du bras dénotait une ostéite et une périostite remontant jusqu'aux insertions deltoïdiennes ; je dirai à ce propos que, lorsque je ne suis pas absolument convaincu que la périostite n'a pas dépassé les insertions musculaires, je suis à peu près certain qu'elle a respecté ces limites, à cause de l'épaississement considérable du périoste à cet endroit.

L'avant-bras me paraissait beaucoup moins gravement atteint. Je pratiquai l'ouverture de l'abcès et, après avoir reconnu que l'articulation était absolument malade, je fis la résection par l'incision longitudinale. Je ruginai, je détachai le périoste avec le plus grand soin, et je pus conserver une capsule en tout continue avec elle-même. J'appliquai le pansement ouaté. Au bout de dix jours, le malade put se lever, et la guérison ne se fit pas attendre. Vous pouvez constater, du reste, la parfaite conservation de la force et de la mobilité, et, bien qu'il fût difficile à ce jeune homme de faire de l'escrime ou de la gymnastique, il peut faire exécuter à son membre tous les mouvements nécessaires aux besoins de la vie et à un travail modéré. Vous pouvez constater la saillie de l'épitrochlée dont le volume est même exagéré, en même temps que la présence de l'olécrâne. Il y a donc eu réparation complète.

J'ai enlevé à ce malade en tout 14 c. d'os, me limitant en haut aux empreintes deltoïdiennes, en bas à l'union des épiphyses du radius et du cubitus avec leurs diaphyses. Sur ces 14 c., 11 se sont reproduits entièrement. Je dois ajouter que, dans mon opinion, le pansement ouaté a eu une très-grande influence sur la guérison rapide de ce malade. Il a empêché que le pus sécrété ne fût de mauvaise nature, il a fait que la plaie n'a pas été malade un instant. Aussi, dans ces cas, la régénération est-elle très-rapide. Il est malheureusement impossible, dans certains cas (et celui de M. Duplay est du nombre), d'employer le pansement ouaté. C'est ainsi que j'ai dû le proscrire dans tous les cas de plaie intéressant le thorax.

J'ai pensé que la société verrait avec intérêt le résultat que je lui présente, et j'ai tenu en même temps à rendre hommage au progrès qui permettent de réaliser les beaux travaux de M. Ollier.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. POLAILLON présente trois pièces anatomiques recueillies dans son service.

Rétention d'urine produite chez un fœtus par une valvule. — Cette valvule, située à la réunion de la portion membraneuse et de la portion pénienne de l'urèthre, est formée par la muqueuse uréthrale et ressemble à un diaphragme assez résistant, percé à sa partie supérieure d'un très-petit orifice à travers lequel une certaine quantité d'urine pourrait passer.

Les urines, en s'accumulant derrière cet obstacle, ont distendu outre mesure la vessie, l'ouraque et les uretères. La vessie se confond à son sommet avec l'ouraque, qui forme comme une poche vésicale supplémentaire. La face extérieure de l'ouraque est rugueuse et adhère en avant à la paroi abdominale. La face interne est lisse et polie. Les parois sont épaisses, denses, comme fibreuses. Les dimensions de la poche formée par l'ouraque sont de 6 centimètres en longueur et de 5 centimètres en largeur. La jonction entre la véritable vessie et cette vessie supplémentaire présente un léger étranglement. La face interne de la vessie possède des colonnes charnues très-accusées, et son aspect rugueux contraste nettement avec l'aspect lisse et poli de l'ouraque. Le sommet de l'ouraque dilaté aboutit à l'anneau ombilical, mais ce canal ne pénètre point dans l'intérieur du cordon. Les uretères sont énormément distendus ; ils présentent le diamètre d'un intestin d'adulte et sont contournés sur eux-mêmes. Les reins sont atrophiés et portent de nombreux kystes. L'urine contenue dans tous ces organes était sanguinolente et épaisse.

A 8 centimètres de l'ombilic, le cordon porte une poche kystique du volume d'un petit œuf de poule, renfermant 30 grammes environ d'un liquide jaunâtre, légèrement trouble et visqueux. La pression ne fait pas refluer ce liquide à travers le cordon dans l'ouraque dilaté. Ce liquide, analysé par M. Byasson, contient de l'urée et paraît être de l'urine altérée.

L'enfant qui porte ces lésions est venu au monde dans un état de mort imminente : sa respiration était saccadée et incomplète ; sa peau froide et cyanosée ; les battements de son cœur étaient réguliers, mais faibles et ralentis. Son poids était de 2,100 grammes. La peau de son ventre était ridée comme celle d'une femme qui a eu plusieurs grossesses. Dans l'intérieur de l'abdomen, en arriere de l'ombilic, nous avons senti une tumeur de consistance ferme et sans fluctuation. Nous avons pu penser à un déplacement du foie. Comme l'enfant avait mouillé ses langes, notre attention ne s'est pas portée du côté d'un obstacle à l'émission des urines. Malgré les soins qui ont été donnés à cet enfant, il est mort au bout de quelques heures.

Je pense que, chez cet enfant, la valvule uréthrale a été imperforée pendant les premiers temps de sa formation, et que l'urine, en s'accumulant dans le réservoir vésical et dans l'ouraque, a dilaté ces organes et, par suite, la paroi abdominale beaucoup plus que nous ne pouvons le constater sur ces pièces. Je pense, en outre, que, sous l'influence de la poussée de l'urine, la valvule s'est rompue dans le point où nous constatons aujourd'hui une petite ouverture à sa surface. Cette rupture, effectuée à une époque plus ou moins éloignée de la naissance, a permis au fœtus d'uriner par regorgement. Comme preuve de la déplétion progressive du réservoir urinaire, je signalerai l'aspect flasque et ridé des parois abdominales qui, certainement, ont été beaucoup plus distendues que nous ne le voyons actuellement ; et comme preuve des efforts que ce fœtus devait faire pour faire passer les urines à travers un étroit pertuis, je signalerai l'hypertrophie de la tunique musculaire de la vessie, hypertrophie qui est tout à fait analogue à celle de la vessie des vieillards qui ont un obtacle à l'émission des urines.

Si cet enfant avait vécu, on se serait bien vite aperçu de sa difficulté à uriner, et j'aurais sans doute pu détruire l'obstacle à l'aide d'une sonde poussée avec un peu de force. Le cours des urines une fois rétabli, il est probable que la chute du cordon se serait effectuée sans ouvrir la cavité de l'ouraque et, par suite, sans produire une fistule urinaire ombilicale.

Myôme situé au niveau du col de l'utérus chez une femme morte à la suite de couches. — Ce myôme, du volume

d'une grosse orange, a permis à la grossesse d'arriver sans accident jusqu'à son terme. Au moment du travail, la sage-femme chez laquelle la femme en question était allé faire ses couches, toucha le myôme, qui se présentait à l'orifice du col, et, au bout de deux jours, croyant à une présentation vicieuse, envoya sa malade à la maternité de Cochin.

Arrivée dans cet établissement, on ne trouva rien d'anormal : la dilatation était complète; le sommet se présentait, et bientôt la femme accoucha naturellement d'un enfant mort et en état de putréfaction. Au bout de six jours, la femme succomba à une métro-péritonite suppurée, et, à l'autopsie, je fus très-étonné de trouver le myôme que je présente. Je suis d'avis que ce myôme, inséré sur le col, a rendu la dilatation de cet orifice longue et pénible; comme il se présentait à l'orifice du col, il a d'abord donné lieu à une erreur de diagnostic au sujet de la présentation ; puis, peu à peu le col se dilatant, le corps fibreux s'est logé dans une des fosses iliaques, et l'accouchement s'est terminé naturellement.

Je ferai remarquer que cette femme était prédisposée à la métro-péritonite par la présence même de sa tumeur, qui est ramollie et enflammée, par les nombreuses manœuvres de toucher dont elle a été l'objet, manœuvres qui avaient pour but de reconnaître une présentation que l'on croyait vicieuse, et qui ont eu pour résultat de rompre les membranes, de faire entrer de l'air dans la cavité utérine et d'occasionner la putréfaction du fœtus déjà mort.

DISCUSSION

M. DEPAUL. Je regrette vivement que les communications si intéressantes de M. Polaillon aient été faites à une heure aussi rapprochée de la clôture de la séance.

Le cas de l'enfant à la rétention d'urine m'a vivement intéressé, et je ne sais si M. Polaillon a connaissance d'un mémoire que j'ai publié sur des faits de ce genre. Il paraît démontré que dans ces cas la rétention persiste un certain temps, puis triomphe des obstacles et qu'il y a mélange intime de l'urine du fœtus avec le liquide amniotique. Aussi eût-il été fort intéressant d'avoir l'analyse quantitative et qualitative du liquide de l'amnios. Quant au corps fibreux de l'utérus, on ne saurait lui refuser une grande importance dans le rôle qu'il a joué au point de vue de la dystocie d'abord, des accidents puerpéraux ensuite. Je constate ce fait capital pour moi. Le corps fibreux était ramolli à son centre et recouvert par une couche extrêmement mince du tissu utérin. De là à une énucléation spontanée au moment de l'accouchement il n'y a qu'un pas. Or j'ai présenté des cas de corps fibreux énucléés de la sorte. Je reviens sur le fait du ramollissement du corps fibreux présenté par M. Polaillon, et ce fait confirme l'opinion bien arrêtée que je professe sur l'hypertrophie des corps fibreux durant la grossesse et sur leur atrophie consécutive à l'accouchement. J'ai dans ce moment, à la Clinique, une femme enceinte présentant un corps fibreux disposé de telle sorte qu'il m'est facile de l'isoler et de constater son accroissement progressif. Cette femme ne tardera pas à accoucher, et j'espère que son corps fibreux, grâce à son élévation, ne mettra pas d'obstacle à son heureuse délivrance. La gravité des corps fibreux relative à la dystocie dépend, en effet, de leur siége et dans le cas présenté par M. Polaillon, il a fallu que la dilatation du col se fît presque uniquement aux dépens de la lèvre postérieure.

La séance est levée à cinq heures quarante minutes.

Le secrétaire annuel : De Saint-Germain.

Séance du 4 mars 1874. — Présidence de M. Perrin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : *La Gazette des Hôpitaux. — L'Union médicale. — La Gazette hebdomadaire. — Les Archives générales de médecine et de chirurgie. — La France médicale. — Le Progrès médical. — Le Mouvement médical. — Le Bulletin général de thérapeutique. — La Tribune médicale. — La Gazette de Joulin. — La Gazette médicale de Strasbourg. — Le Bordeaux médical. — La Gazette médicale. — Le Lyon médical. — Le Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Le Bulletin médical du nord de la France. — La Saison d'hiver aux thermes de Dax.*

RAPPORT

M. DE SAINT-GERMAIN lit le rapport suivant sur un mémoire de M. Krishaber :

Cas de mort subite trois mois après la trachéotomie. — Chargé par la société d'un rapport sur le travail de M. Krishaber, relatif à un cas de mort subite chez un enfant opéré de la trachéotomie depuis trois mois, j'ai accepté cette tâche avec d'autant plus d'empressement que j'ai pratiqué moi-même l'opération, et que j'ai pu suivre le malade durant les quelques jours qui ont suivi mon intervention.

Je ne reviendrai pas sur les détails qui précédèrent l'opération, je relève seulement, comme tout particuliers, les faits signalés par M. Krishaber, à savoir : absence de fausses membranes caractéristiques et conservation intégrale de la voix.

Lorsque je fus appelé avec mon collègue et ami le docteur Peter, je constatai chez le petit malade une légère cyanose des muqueuses, une pâleur très-accentuée de la face et surtout un tirage des plus marqués, caractérisé par une dépression sus-sternale bien nette, et un enfoncement sous-costal très-accentué à chaque inspiration. Que ce fut pour une cause ou pour une autre, l'enfant asphyxiait et l'obstacle semblait manifestement siéger au niveau du larynx. Nous tînmes conseil, et la trachéotomie ayant été jugée indiquée à l'unanimité, j'opérai.

J'ouvris la trachée très-rapidement, et nous ne constatâmes point l'issue de fausses membranes par l'orifice que je venais de créer.

Aussitôt après l'enfant semble absolument soulagé; il n'a point de fièvre et se remet au bout de peu de jours. Un incident se produit pourtant.

Il est impossible à l'enfant de se passer de sa canule; et ce n'est qu'après un certain nombre de tâtonnements et surtout après l'usage peu prolongé cependant de la canule de Broca que l'on peut laisser l'enfant livré à lui-même.

Suit alors une série d'alternatives fort importantes entre la respiration calme, et une dyspnée presque complète et surtout un contraste frappant entre les journées, qui sont relativement calmes, et les nuits qui ne se passent jamais sans un cornage très-accentué, des réveils en sursaut avec dyspnée et tirage prononcé.

Nous sommes arrivés au cinquante-sixième jour de l'opération. Depuis cette époque jusqu'au quatre-vingt-huitième jour, une accalmie survient et les troubles cessent brusquement.

Le 19 décembre, quatre-vingt-huitième jour de l'opération, le calme cesse à son tour, et l'intermittence entre le repos et l'agitation devient nulle. La moindre émotion donne lieu à des craintes d'asphyxie imminente, et bien que la voix conserve toute sa pureté, bien que le petit malade joue avec son entrain habituel, la respiration reste constamment difficile.

M. Krishaber est mandé le 22 décembre. Il se rend près du petit malade avec le docteur Peter, et tous deux constatent chez l'enfant une gaîté très-grande, mais un cornage très-accentué. Il répond aux questions d'une voix sonore et bien timbrée. Ces messieurs veulent examiner la région antérieure du cou, et engagent la mère à déshabiller l'enfant. L'enfant se débat, on insiste, il lutte. Tout à coup il s'affaisse sur lui-même et meurt *sous les yeux des médecins* restés à distance.

Le lendemain, M. Krishaber est autorisé à enlever le larynx et la trachée, et constate au point où la section avait porté une végétation polypiforme de la grosseur d'un pois, pourvue d'un pédicule très-court et présentant l'aspect d'un polype papillaire muriforme. Le larynx est absolument indemne de lésion. La tumeur soumise au microscope ne révèle point de caractères distinctifs bien nets.

D'après M. Ranvier, on peut admettre que cette production n'est autre chose qu'un amas de gros bourgeons charnus semblables à

ceux qui se développent autour des sétons, des tubes à drainage, etc. Mais l'examen histologique ne se refuse pas non plus, toujours d'après M. Ranvier, à l'hypothèse d'un polype papillaire revêtu d'épithélium qui, sous l'influence de la laryngite traumatique, aurait pris les caractères de bourgeons charnus.

C'est entre ces deux hypothèses que M. Krishaber balance. Tout d'abord il croit à un développement de bourgeons charnus sur la cicatrice; puis son opinion se modifie, et s'appuyant sur la forme pédiculée, conique, sur son aspect muriforme, il croit à un polype trachéal préexistant à l'opération.

Cette opinion est basée en outre sur la toux saccadée et sèche datant de fort loin, et sur un accès de suffocation signalé chez l'enfant, sans qu'on pût le justifier par rien, sur l'absence de fausses membranes, au moment de l'opération, et enfin sur l'intermittence bien nette des accidents dans les trois mois qui suivent la trachéotomie, intermittence qui s'accorderait avec les phénomènes observés jusqu'ici sur les malades atteints de polypes des voies aériennes et reconnaîtrait deux facteurs : 1° l'irritation inflammatoire qui boursoufle la muqueuse; 2° le spasme de la glotte sollicité par l'irritation inflammatoire elle-même.

A l'appui de cette hypothèse, M. Krishaber cite cinquante-neuf observations de polypes des voies aériennes faites par différents auteurs; mais après les avoir toutes dépouillées et scrutées autant que possible, il n'en signale pas une seule de polype exclusivement limité à la trachée avec intégrité du larynx.

Au moment où M. Krishaber écrivait son mémoire il ignorait absolument l'existence d'une observation de M. Gigon, d'Angoulême, qui a réclamé la priorité, et a en effet publié en 1862, dans l'*Union médicale*, une observation fort curieuse de trachéotomie pratiquée deux fois sur le même enfant à un mois de distance. La première fois pour un croup, la seconde pour des végétations polypiformes développées dit M. Gigon, dans la trachée sur la cicatrice de la première opération.

En résumé, je suis fort embarrassé pour conclure entre le polype préexistant et le bourgeon consécutif. Les raisons pour l'une et pour l'autre hypothèse ne manquent pas. Le microscope ne conclut pas davantage. Si cependant j'étais absolument forcé de me prononcer, voici comment je raisonnerais : Évidemment le petit malade que j'ai opéré asphyxiait. Évidemment aussi il n'avait pas le croup. Pourquoi longtemps avant l'opération a-t-il eu la toux sèche et saccadée? Pourquoi cet accès de suffocation? Ces phénomènes cessent pendant qu'il porte la canule, se reproduisent dès qu'il la quitte. Quelle cause a pu déterminer ces troubles avant et après, avec la même irrégularité, si ce n'est la présence de cette excroissance que l'on recueille après la mort? Un bourgeon sur la cicatrice ; mais si ce bourgeon est consécutif à l'opération, il ne peut expliquer les troubles antérieurs à elle ; et puis si ces bourgeons se produisent avec cette facilité, on aurait observé à la suite des cas de trachéotomie guéris, et ils sont dans la proportion d'un sur quatre, un grand nombre ou du moins un certain nombre de faits analogues à celui de M. Krishaber.

Je le répète donc, je suis très-tenté de pencher du côté du polype trachéal, et je m'y décide. Le travail de M. Krishaber aurait du reste beaucoup moins d'intérêt qu'il n'en offre réellement s'il se bornait à sa discussion de cette production et si l'auteur ne terminait son mémoire par des conclusions qui m'ont semblé fort importantes. On pourra désormais, dit M. Krishaber, établir avec certitude le diagnostic d'un obstacle apporté à la respiration par une lésion matérielle dont le siége est circonscrit très-exactement entre l'orifice inférieur et l'orifice laryngé d'une canule munie de trois orifices.

Si en effet, sur un enfant ou sur un adulte trachéotomisé et muni de la canule à trois orifices, laryngé, antérieur et trachéal, la respiration a lieu librement, l'orifice antérieur étant bouché, et si, la canule enlevée, il se produit chez le malade de la dyspnée, on doit nécessairement conclure à un obstacle trachéal et non laryngé qui, déprimé par la canule en place, laisse à l'air un libre accès et lui fait, au contraire, obstacle dès qu'il a repris sa position.

Si, au contraire, l'orifice antérieur étant bouché, la respiration ne peut s'établir par les orifices trachéal et laryngé, l'obstacle siége évidemment dans le larynx.

Cette possibilité de localiser facilement le siége de l'obstacle m'a paru d'une grande importance. Aussi ne puis-je que m'associer à la conclusion intime de M. Krishaber, conclusion ainsi formulée :

Il est nécessaire de maintenir la canule après la trachéotomie, tant que les troubles respiratoires persistent même à l'état intermittent.

En résumé, le travail de M. Krishaber m'a paru des plus intéressants au triple point de vue : 1° de l'observation exacte et rigoureuse de faits anormaux, et, par cela même fort importants à signaler; 2° de la discussion impartiale entre deux hypothèses également possibles à soutenir ; 3° de l'établissement de conclusions essentiellement pratiques sur la conduite à tenir après la trachéotomie.

Aussi ai-je l'honneur de proposer à la société :

1° De renvoyer le travail de M. Krishaber au comité de publication ;

2° D'inscrire en rang honorable M. Krishaber, au nombre des candidats à la place de membre titulaire.

La société vote sur les conclusions du rapport et décide que le mémoire de M. Krishaber sera renvoyé au comité de publication, et le rapport de M. de Saint-Germain inséré au *Bulletin*.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 21 mars 1874, ont été promus :

Au grade de médecin principal de première classe : M. Daga.

Au grade de médecin principal de deuxième classe : M. Contrejean.

Au grade de médecin-major de première classse : MM. Coze, Noel, Lafforgue et Sifflet.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Landrin, Desprez, Lepage, Bouloumié et Buez.

Au grade de pharmacien-major de première classe : MM. Wahl et Aveline.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe : MM. Vidau et Mouillade.

— *Corps de santé militaire :* MM. Marturé, médecin principal de première classe; Desmorets, médecin-major de première classe; Bocher et Quatrefages, pharmaciens-majors de première classe; Vagney et Ouradou, officiers de santé en non-activité, viennent de prendre leur retraite.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ladureau, médecin principal de première classe, décédé le 15 mars.

— *Hôpitaux de Paris.* — Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires actuellement en fonctions, pour le prix biennal de 1,000 francs fondé par feu le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à celui qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au secrétariat de l'administration avant le 15 août 1874, au plus tard.

Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir les renseignements, au secrétariat général.

— La Société de chirurgie tiendra sa prochaine séance le 8 avril 1874.

Ordre du jour : M. Giraud-Teulon. Communication sur les modifications apportées à l'ophthalmoscope. — M. Cazin. Luxation graduelle de l'extrémité sternale de la clavicule.

— La Société de médecine des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 8 avril, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° rapport de M. Lejeune sur la candidature de M. Martin ; 2° du recrutement et de la nomination des médecins du bureaux de bienfaisance.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de chimie pratique, analytique, toxicologique, zoochimique, à l'usage des étudiants en médecine et en pharmacie, par E. RITTER, docteur ès sciences, professeur adjoint de chimie médicale et de toxicologie, à la faculté de médecine de Nancy. — Paris, 1874. — Un vol. in-18 de 450 pages avec 123 figures dans le texte et une planche chromolithographiée représentant l'analyse spectrale du sang. — Prix : 6 francs. — F. Savy.

Les Explorations sous-marines. — Hydrographie. — Appareils de sondage. — Le sol sous-marin. — La vie dans les profondeurs de la mer. — Les eaux. — Les mers anciennes. — Paris, 1874. — Un vol. in-8° avec 115 figures intercalées dans le texte. — Prix : 5 francs. — F. Savy.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.






Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Bouillaud avait présenté en hommage à l'Académie dans la dernière séance, un extrait des comptes rendus de l'Académie des sciences, contenant sa communication sur les mouvements et les repos du cœur, et sur le mécanisme du cours du sang à travers ses cavités. Dans ce travail, dont la *Gazette des Hôpitaux* a présenté une analyse critique dans le numéro du 17 février dernier, l'éminent académicien s'était proposé d'établir, entre autres résultats de ses expériences, que, contrairement à ce qui a été enseigné jusqu'à présent, les révolutions du cœur ne s'effectuent pas de la même manière et ne commencent pas par les mêmes mouvements dans les animaux dont le cœur est à quatre cavités et dans ceux dont le cœur est univentriculaire. Ainsi, tandis que chez les animaux à cœur double, comme chez l'homme, les révolutions du cœur commencent par la systole ventriculaire et la diastole auriculaire, elles commencent, au contraire, par la diastole ventriculaire et la systole auriculaire chez les animaux dont le cœur n'a qu'un seul ventricule.

M. Colin, qui ne laisse passer aucun fait ni aucune proposition physiologique sans lui imprimer la marque de son contrôle, est monté à la tribune pour présenter, à cette occasion, quelques observations sur deux points de la physiologie du cœur, qui ne lui paraissent pas avoir été bien appréciés par les expérimentateurs. Pour lui, il n'y avait point concordance parfaite entre les mouvements visibles pendant une révolution du cœur, ce qu'il appelle les temps vrais, les temps physiologiques et les bruits correspondants perçus à l'auscultation. De sorte que les temps distingués à l'auscultation seraient des temps faux, arbitraires au point de vue physiologique.

La révolution du cœur, au lieu de commencer, comme le dit M. Bouillaud, par la systole ventriculaire, commencerait par la systole auriculaire, et les choses se passeraient, à cet égard, de la même manière chez l'homme et chez les animaux supérieurs que chez les animaux inférieurs. La cause de l'erreur où sont tombés à cet égard la plupart des physiologistes tiendrait à ce que le premier temps se passe silencieusement et n'est accusé par aucun bruit.

Telles sont, si nous les avons bien comprises, les principales objections que M. Colin a présentées aux expériences de M. Bouillaud.

De quel côté est l'erreur ou la méprise ? Il doit évidemment y avoir quelque malentendu là-dessous qu'il faudra chercher à démêler.

Cette petite discussion, avec une présentation de M. Depaul, dont on trouvera l'objet dans le compte rendu, et une communication de M. Th. Roussel sur le projet de loi relatif à l'hygiène de l'enfance, ont fait tous les frais de cette séance, qui a été abrégée par un comité secret.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Brouardel.

De quelques-uns des accidents syphilitiques qui peuvent amener la mort (1).

(Leçons cliniques recueillies par M. de Beurmann, externe du service).

II.

Syphilis hépatique. — La syphilis hépatique, dont vous avez vu un remarquable exemple à l'autopsie de la malade du n° 7 *bis*, salle Sainte-Madeleine, est caractérisée anatomiquement par le développement d'une hépatite interstitielle et par la présence de tumeurs gommeuses dans le foie. A l'autopsie de notre malade, vous avez vu son foie petit, entièrement déformé ; il présentait à sa face convexe des dépressions profondes qui le divisaient en trois ou quatre gros lobes, et qui semblaient bridées par des bandes épaissies de la capsule de Glisson. Au fond de la plus profonde de ces dépressions, nous trouvions une masse de la grosseur d'une noisette, jaunâtre, sèche, entourée d'une zone blanchâtre cicatricielle, une autre masse semblable faisant saillie à la face inférieure du foie ; c'étaient deux gommes déjà très-anciennes.

Le diaphragme, le péritoine et toutes les parties voisines adhéraient assez fortement à la capsule de Glisson par des brides nombreuses.

Outre l'atrophie et l'étouffement des éléments actifs, causés nécessairement par ces tumeurs et ces brides fibreuses dans les points mêmes où elles existent, on trouve assez souvent une dégénérescence amyloïde étendue à la glande entière. Ces lésions peuvent donc amener l'oblitération des canaux vasculaires, d'où l'ascite, et celle des canaux biliaires, d'où l'ictère. Ces phénomènes faisaient défaut chez notre malade ; notre attention était absorbée par des accidents cérébraux graves dont

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 avril.

je vous reparlerai, qui ont amené la mort; ce foie fut pour nous une véritable surprise d'autopsie.

Dans des conditions plus favorables, il en est du reste souvent ainsi, et il est même remarquable, lorsqu'on relit les observations, de voir que les malades chez lesquels le foie syphilitique a été diagnostiqué ont presque tous guéri, du moins momentanément, tandis qu'au contraire, presque chaque fois qu'on a trouvé un foie syphilitique à l'autopsie, il n'avait pas été soupçonné pendant la vie.

Avant de vous parler des symptômes, je vous demande encore la permission de vous résumer l'observation d'un malade que j'ai longtemps suivi en ville. Les épisodes de cette longue maladie vous graveront mieux les diverses phases et la marche de la syphilis viscérale.

Ce malade, se trouvant en Afrique, eut, vers l'année 1856, un chancre pour lequel on lui donna à prendre quarante pilules. Il n'avait jamais fait d'autre traitement et n'avait eu aucun accident lorsque, en 1867, il se présenta à moi pour me montrer une tumeur qu'il portait à l'épaule; je diagnostiquai une gomme, mais mon avis fut contredit par d'autres médecins, et le malade, qui répugnait à l'idée de syphilis, ne suivit qu'un traitement local consistant en vésicatoires, etc. Cependant la tumeur persista, s'ulcéra; il s'écoula un liquide gommeux, et alors seulement le traitement anti-syphilitique fut commencé.

En 1868, survient brusquement un ictère intense avec une hypertrophie considérable du foie (27 centimètres dans la ligne mammaire) et ascite. MM. Fournier et Siredey, dont je demandai l'avis, pensèrent soit à un cancer du foie à marche rapide, soit à une syphilis hépatique. Dans le doute, le traitement anti-syphilitique, qui seul offrait des chances de succès, est entrepris. Les accidents s'amendent, le malade est envoyé à Vichy; le foie, qui avait un volume énorme, diminue rapidement, en même temps que disparaît l'ictère; il survient à un moment un peu de périostose du crâne, qui est heureusement combattue par l'iodure de potassium, puis tout semble disparaître.

L'année suivante, notre malade est pris d'enrouement, d'aphonie; il survient peu à peu une dyspnée qui augmente à chaque instant et menace d'amener la suffocation. L'examen laryngoscopique nous permet de reconnaître, à M. Trélat et à moi, la rougeur extrême du larynx et une saillie blanchâtre, probablement une gomme de la corde vocale gauche; mais, messieurs, quelques jours après, l'examen était devenu impossible, et, sachez-le, dans la dyspnée cet examen est tellement pénible qu'il est impossible, avec la meilleure volonté du malade, d'arriver à en retirer aucun renseignement utile.

Enfin, quelques jours après, M. Trélat dut faire la trachéotomie d'urgence. L'opération, laborieuse par suite de la congestion énorme des vaisseaux du cou, réussit parfaitement et le malade, soumis de nouveau au traitement spécifique, guérit entièrement de tous ses accidents laryngés; deux mois après, il put reprendre ses occupations, qui étaient fort actives. L'année même, il eut une légère ascite, qui disparut sous l'influence du traitement et ne l'arrêta pas.

En 1870, il eut encore un peu d'ascite, qui disparut de même.

En 1871, c'est-à-dire quatre années après le premier ictère, il fut subitement pris d'ascite, d'ictère et eut plusieurs hématémèses abondantes, tenant probablement à un obstacle considérable brusquement survenu dans sa circulation hépatique. Peu de temps après, le malade succomba avec des symptômes d'urémie.

L'autopsie ne fut pas faite, et son contrôle nous manque évidemment; mais le diagnostic présente toute la certitude possible. Cependant vous avez vu qu'au début au moins il ne fut pas incontesté.

Chez un individu présentant subitement des accidents hépatiques, quels sont donc les symptômes qui peuvent conduire au diagnostic de syphilis?

Il faut d'abord rechercher tous les accidents suspects antérieurs et, dans le doute, agir toujours comme si l'existence de la syphilis était certaine. Le traitement anti-syphilitique offre, dans tous les cas, la seule chance possible de guérison.

L'examen doit ensuite porter sur le foie. — Dans un certain nombre de cas, on trouve des augmentations ou des diminutions de volume de cet organe; ce volume peut varier fréquemment et dans d'assez larges limites. Le palper peut faire reconnaître les saillies et les sillons profonds qui le divisent en lobes, surtout chez les femmes dont le ventre est ordinairement plus dépressible. Les lobes divisent parfois tellement le foie que l'un d'eux semblait former, dans un cas rapporté par Riegel, une tumeur flottant dans la fosse iliaque droite. Enfin quand le foie déborde les fausses côtes, il est difficile de faire glisser sur lui la paroi abdominale antérieure; on a à peu près la sensation que donnent les adhérences des anses de l'intestin grêle dans la péritonite chronique; de même quand le malade tousse, le foie glisse mal dans le péritoine.

L'ascite qui est loin de se rencontrer dans tous les cas, car souvent le foie syphilitique ne se révèle par aucun symptôme apparent, présente un certain nombre de caractères remarquables.

Elle est variable; vous avez vu qu'elle a paru et disparu trois fois chez le malade dont je vous ai raconté l'histoire; sa guérison est possible alors même qu'elle a été extrêmement développée; ce caractère, dans les ascites d'origine hépatique, appartient exclusivement à l'ascite syphilitique.

L'ictère n'est pas très-rare, mais fournit très-peu de caractères au diagnostic, il peut également paraître et disparaître plusieurs fois, souvent il est extrêmement foncé, presque noir.

Les hémorrhagies : hématémèses, hémorrhoïdes, saignements de nez peuvent aussi exister et même donner lieu à des erreurs de diagnostic. On trouve enfin tous les troubles dyspeptiques ordinaires de la cirrhose vraie.

Le cancer du foie, qui peut surtout être confondu avec le foie syphilitique, se développe beaucoup moins rapidement, donne lieu à des tumeurs saillantes et marronées et non aux dépressions profondes de la syphilis. Il est rarement accompagné d'ascite; de plus sa marche aboutit graduellement à une cachexie que nul traitement n'arrête.

Tels sont les principaux caractères de la syphilis hépatique.

Syphilides graves des voies respiratoires. — Parmi les lésions de l'appareil respiratoire dont je vais vous parler maintenant, nous avons déjà signalé, en parlant de la période secondaire, la pneumopathie syphilitique : nous n'y reviendrons pas. Nous devons seulement vous rappeler qu'elles appartiennent chronologiquement à la période tertiaire.

Les lésions du larynx qui peuvent amener la mort dans la syphilis sont diverses. — L'œdème du larynx a été produit un certain nombre de fois par des plaques muqueuses des cordes vocales ou de tout autre point de la muqueuse laryngienne. — D'après M. Cusco, les syphilides papulo-squameuses ont une sorte de prédilection pour le larynx; elles y siégent assez souvent et peuvent y donner lieu à des ulcérations qui, quelquefois, envahissent largement la trachée. Il en résulte des

cicatrices pouvant amener soit une aphonie définitive par destruction ou altération des cordes vocales; soit, ce qui est encore beaucoup plus grave, un rétrécissement syphilitique de la trachée. Dans ce cas, on trouve le conduit aérifère aplati, ne présentant plus qu'une fente linéaire dirigée soit transversalement, soit obliquement, et même dans le sens antéro-postérieur; ces lésions entraînent rapidement l'asphyxie et la mort. Elles ont été étudiées surtout par MM. Moissenet et Charnal.

Enfin sous l'influence de ces ulcérations, les cartilages du larynx surtout, les aryténoïdes peuvent subir une véritable luxation, tomber sur la glotte et entraîner la suffocation.

Messieurs, le diagnostic de ces différentes lésions a une importance capitale au point de vue de l'application du traitement chirurgical, car il faut ici une intervention immédiate énergique qui arrache le malade à une mort imminente. — S'il y a une lésion du larynx, la trachéotomie est utile et donne même de très-bons résultats; si l'on a affaire à un rétrécissement de la trachée, elle est inutile, impuissante, le plus souvent même l'opération ne peut être terminée et le malade meurt entre les mains d'un chirurgien. C'est qu'il est impossible alors même qu'on a atteint la trachée, qu'on l'a ouverte, d'introduire un instrument quelconque dans la fente étroite et rigide à laquelle elle est le plus souvent réduite.

M. Trélat, qui a particulièrement étudié cette question, a trouvé que sur vingt trachéotomies faites pour des lésions laryngées syphilitiques, on a obtenu treize fois la guérison.

Ce diagnostic si important entre les lésions du larynx et celle de la trachée est souvent possible. Quand les accidents siégent dans le larynx, l'aphonie en marque souvent le début; si, à ce moment, on fait l'examen au laryngoscope, on peut en retirer des indications utiles. Mais hâtez-vous de faire cet examen et gardez-vous de compter sur lui plus tard, alors qu'une congestion intense est survenue; il est absolument impossible; il n'y a plus aucune indication à en tirer.

Si, au contraire, la dyspnée s'est montrée dès le début avec le cornage et les phénomènes qui l'accompagnent habituellement, si l'aphonie n'a été que secondaire, on a probablement affaire à un rétrécissement de la trachée, et il n'est plus permis de tenter les chances de l'opération; elle ne pourrait être conduite jusqu'au bout, et elle serait dans tous les cas inutile.

Telles sont les lésions syphilitiques mortelles du foie et des voies respiratoires; dans une prochaine leçon je vous parlerai des lésions du système nerveux central, dont l'étude est plus longue et plus complexe.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LANNELONGUE

Fractures extracapsulaires du col du fémur compliquées de fractures du grand trochanter (1).

A côté des fractures extracapsulaires simples du col du fémur, il existe une variété de fractures compliquées d'autres lésions osseuses de l'extrémité supérieure du fémur, qui m'ont paru avoir un intérêt suffisant pour appeler votre attention sur elles. Elle constituent un groupe dont l'analyse doit être faite, chose d'autant plus facile que ce groupe est commun; le musée Dupuytren en possède un très-grand nombre d'exemples, et j'en ai recueilli trois autres dans mon service à l'hôpital de Bicêtre. Mon intention, en plaçant sous vos yeux les pièces de ces trois faits, n'est pas de vous faire de chacun d'eux une description isolée, bien qu'ils se rattachent les uns et les autres à des périodes différentes de la fracture, et que, par suite, ils aient une physionomie particulière; il me paraît beaucoup plus naturel de donner du fait une description générale, sauf à me servir ensuite des points de détail.

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 11 mars 1874.

La fracture siége tout à fait à la base du col du fémur; elle le sépare complétement du corps de l'os, elle suit par conséquent les lignes obliques et rugueuses qui vont du grand au petit trochanter et qui sont placées en avant et en arrière. Sur le fémur un nouveau trait part du bord supérieur du grand trochanter plus ou moins près de la partie antérieure de cette éminence, descend verticalement vers sa base; de là il se dirige en arrière, vers la partie postérieure du fémur, et il détache de cet os un arc osseux qui aboutit au petit trochanter. Ce dernier est aussi le plus souvent détaché de l'os, de telle sorte qu'on voit en arrière du fémur, sur la base de la demi-circonférence postérieure du col, un arc, une bande osseuse appartenant au corps du fémur, reliant l'un à l'autre les deux trochanters, et formant collerette autour d'elle. Quelquefois cet arc est brisé sur son milieu, ou plus ou moins près de l'un ou de l'autre trochanter; il semblerait qu'on se trouve en présence de fractures multiples du grand et du petit trochanter, dont le mécanisme serait pour le moins aisé à comprendre. Enfin il arrive quelquefois que le trait de la fracture qui suit sur le fémur la ligne que nous venons d'indiquer s'arrête avant d'atteindre le petit trochanter, et qu'il laisse intacte cette éminence; mais telle n'est pas la règle, si l'on en juge du moins d'après les nombreuses pièces que l'on trouve au musée Dupuytren.

Les déplacements qu'exécutent ces différents fragments doivent être étudiés isolément. En examinant le col on reconnaît que l'angle inférieur qu'il fait avec le corps de l'os s'est notablement fermé; d'où résulte l'abaissement de tout le col. Sa direction oblique en haut et en arrière tend donc à devenir transversale, mais en même temps cet organe a décrit un mouvement de rotation sur son plus grand axe, tel que chacune de ses faces n'a plus la même direction; l'antérieure regarde plus ou moins directement en haut, la postérieure en bas, et les bords ont suivi la même tendance. En un mot, le col a éprouvé un mouvement de rotation sur lui-même de haut en bas et d'avant en arrière.

Le grand et le petit trochanter, ainsi que l'arc osseux qui les relie, sont placés à la partie postérieure et inférieure du col, et le corps du fémur surmonté par la portion du grand trochanter qui n'a pas été fracturée, s'élève notablement en même temps qu'il décrit un mouvement de rotation de dedans en dehors et d'avant en arrière.

Sur les trois pièces que vous avez sous les yeux, vous pouvez trouver à divers degrés les particularités précédentes; mais je pense qu'elles vous arrêteront aussi sur un point encore en litige dans cette question: je fais allusion à la pénétration des fragments. Vous savez avec quelle rapidité a été réalisée la fortune de ce mot une fois qu'il a été introduit dans le domaine chirurgical. Mais je désire ne pas m'éloigner de mon sujet, et c'est pour cela que je me borne à vous citer l'opinion d'une des plus grandes autorités en pareille matière. Malgaigne s'exprime ainsi: « La différence d'aspect des fractures récentes et des fractures anciennes a conduit mal à propos R. W. Smith à distinguer des fractures extracapsulaires simples des fractures avec pénétration. Je professe, au contraire, que toutes les fractures qui détachent le col à sa base s'accompagnent de pénétration, et celle-ci ne manque que dans les cas exceptionnels où le grand trochanter fait partie du fragment supérieur. » Cependant, à côté de l'opinion de Smith, il faut placer celle de Nélaton.

Or sur ce point, l'examen des trois faits que je présente est-il dépourvu de tout intérêt? Je ne le pense pas, car tous les trois témoignent de l'absence de ce caractère, et l'âge différent de chacune de ces trois fractures me paraît prendre dans le débat une importance digne d'être notée. Dans l'une de ces pièces, en effet, la mort est survenue deux jours après la production de la fracture, sans qu'il ait été fait aucune tentative de réduction. Il n'y existe aucune trace de pénétration, la surface fracturée du col est convexe, assez unie, n'offrant aucune partie saillante ou rentrante, ayant subi un engrènement. Le trait de la fracture est net. Sur la seconde, qui a été l'objet d'un travail de consolidation déjà achevé, il est aussi facile de reconnaître que la pénétration n'existe pas. Toutes les faces du col ont leur longueur; la forme, l'épaisseur de cet organe n'est pas modifiée. Enfin l'absence de pénétration est encore plus évidente sur la troisième, où le

col est venu se juxtaposer au corps du fémur, à sa partie postérieure et à une distance de 5 centimètres de son extrémité supérieure.

Mais si ces pièces établissent que la pénétration ne s'est pas produite, je suis loin de la rejeter dans le mécanisme de production des fractures compliquées du col du fémur; il en existe des exemples authentiques; mais je dois ajouter cependant que, chez deux de ces sujets, on trouvait réalisées les conditions que l'on invoque d'habitude quand elle se produit. Ils étaient en effet l'un et l'autre tombés sur le grand trochanter. Mais si l'on songe, même dans ce cas, aux nombreux éléments que l'on devrait soumettre à l'analyse pour en tirer une induction significative, et qui se tirent de l'attitude du sujet, de la position du membre au moment de l'accident, de la partie du grand trochanter qui porte et qui distribue différemment, suivant les cas, le mouvement qui lui est imprimé, on conçoit l'aisance dans laquelle se trouve la théorie; pour n'en citer qu'un exemple, disons qu'à côté du choc qu'invoqueront les uns pour montrer qu'il a suffi à faire pénétrer le col dans le corps, d'autres avec M. Perrin, invoqueront une direction forcée en haut du col produite par l'adduction du membre qui a abouti à une tension forcée de la capsule en arrière; si cette capsule résiste, le col se brisera à sa base : il se produirait, au contraire, une luxation, si la capsule se déchirait. On le voit, nous touchons aux fractures produites par les contractions musculaires.

Enfin, et c'est par là que je termine ma communication, il résulte justement de la présence du grand trochanter en arrière que, dans la flexion forcée du membre, cette éminence est plus accessible à notre exploration; on peut même quelquefois reconnaître sa mobilité. Ce fait confirme pleinement l'opinion exprimée par M. Alphonse Guérin, qui mentionne d'une façon spéciale l'élargissement du grand trochanter comme un des meilleurs caractères cliniques de la fracture extra capsulaire du col du fémur.

ATTITUDES SYMPTOMATIQUES

DES PARALYSIES MUSCULAIRES DES YEUX.

Par M. Giraud-Teulon.

On sait généralement aujourd'hui que le symptôme le plus important des paralysies musculaires des yeux consiste dans la présence, dans le champ visuel, de doubles images; que ce symptôme est en même temps un signe pour le médecin; l'analyse des positions respectives des deux images permettant d'arriver tout à fait sûrement au diagnostic précis du siége de la paralysie.

On sait encore que ces doubles images jouent dans l'existence, ou la vie de relation du malade, un rôle aussi dangereux que perturbateur, et enfin que le malade parvient à s'y soustraire, dans la généralité des cas, au moyen de certaines inclinaisons ou torsions de la tête et du cou, qui donnent à son maintien certaines attitudes caractéristiques.

Ces attitudes sont, en effet, devenues dès longtemps des témoignages importants pour le diagnostic. L'expression la plus compréhensive et la plus élevée de ces témoignages a été ainsi formulée par l'illustre de Graëfe :

« Dans les paralysies motrices oculaires, les positions de la tête résultent du besoin d'utiliser la partie du champ visuel, dans lequel la vision binoculaire simple est conservée de la façon la plus parfaite, et par conséquent pour la marche; cela s'obtient, lorsque le terrain de la vue simple, par rapport à la position du corps du malade, vient à se placer directement au-devant de lui. Or, puisqu'il faut regarder le champ visuel comme lié d'une façon immobile à la tête, cette nécessité, dont nous venons de parler, se trouve accomplie par là que les malades tourneront la tête autour d'un axe parallèle à la limite de la diplopie, et la tourneront dans le sens de celle-ci. »

M. Giraud-Teulon rend hommage à l'exactitude de cette proposition, non moins qu'à sa forme supérieure. Il craint seulement que la seconde partie, celle qui exprime le mécanisme par lequel s'obtient la correction de la diplopie, ne laisse quelque obscurité dans l'esprit du praticien. Analysant l'attitude déterminée par chaque espèce du siége de la paralysie, il établit que cette attitude est, dans chaque circonstance, l'application instinctive des lois mêmes qui président à l'exécution des mouvements *physiologiques*.

Toutes les fois que, dans la vie ordinaire, notre regard associé se transporte d'un objet sur un autre, les muscles propres des yeux n'y sont point seuls à procurer ce déplacement.

Les muscles de la tête (muscles cervicaux), ceux même du tronc, y concourent, et presque simultanément, avec les muscles oculaires proprement dits. Cette association générale se retrouve dans les paralysies, et l'on reconnaît que dans chacune d'elles l'attitude adoptée par le malade, et par laquelle se voit annulée la diplopie, n'est qu'une suite ou conséquence de la loi physiologique. Et cette loi peut se formuler ainsi :

« Dans chaque inclinaison ou torsion de la tête ou du tronc, ayant pour effet l'annulation de la diplopie ou la fusion des images doubles, les muscles associés des yeux, du cou, du tronc, ne font que *continuer* les actions qu'ils développent pendant les mouvements physiologiques, *complétant* alors, *suppléant* les mouvements suspendus dans le muscle paralysé. »

L'analyse de l'attitude roide ou gênée, imposée au malade par la fusion des deux images, permet, dans toute paralysie motrice, de reconnaître et de déterminer dans chaque torsion ou inclinaison, celle même des trois composantes qu'elle supplée dans toute action musculaire suspendue.

De cette démonstration détaillée, l'auteur conclut : que dans l'attitude du malade, on peut, dans les cas récents et exempts de complications, remonter au siége de la paralysie. On commencera par déterminer quel est l'œil paralysé. Cela fait, on remarquera :

1° Que la face est inclinée en haut ou en bas, ou au contraire à droite.

Dans le premier cas, il s'agira d'une suspension du mouvement en haut; dans le second, d'une entrave au mouvement en bas; dans le troisième, d'une simple paralysie latérale. Dans cette dernière circonstance, qui est la plus simple, la tête ayant dû compléter le mouvement de latéralité suspendue, le diagnostic est aisé, nous ne nous y arrêterons pas.

Le cas est un peu plus complexe dans le mouvement *vertical*. On vient de reconnaître d'abord qu'il s'agit, par exemple, d'une paralysie du mouvement en bas. Une seconde remarque suffira à la détermination cherchée.

Par rapport à l'axe orbitaire, l'axe optique de l'œil paralysé est dans *l'adduction* ou *l'abduction*. Or cette direction prise par l'œil paralysé suppose, d'après ce que nous venons d'exposer, l'entrée en jeu d'une action supplémentaire. Connaissant, comme nous le supposons, l'œil affecté, nous pouvons donc déterminer quel est le muscle *suspendu* dans son action, puisque c'est celui qui compte parmi ses composantes celle adductrice ou abductrice *suppléée*. Une troisième remarque apportera un contrôle utile, la tête *inclinée sur une épaule*. Cette observation est encore une donnée. Elle nous apprend que la tête a, par son action associée, suppléé à la rotation physiologique de l'œil, que devait nécessiter le mouvement vertical oblique, et qui est ici suspendu. Le sens de l'inclinaison de la tête révèle donc celui du mouvement suppléé et, conséquemment, la composante rotatrice suspendue, c'est-à-dire encore le siége de la paralysie.

Toutes ces remarques supposent chez le praticien la possession précise des données normales des mouvements associés des yeux, une des plus belles conquêtes de la physiologie de la vision. Néanmoins, ajouterons-nous, leur valeur s'affaiblit et peut même s'annuler par la durée de la maladie, qui, sous l'action de la rétraction progressive des antagonistes du muscle paralysé, ne tarde pas à compliquer et obscurcir cet intéressant tableau symptomatique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 avril 1874. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de la guerre transmet un exemplaire du tome XXIX (3e série) du Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, pendant 1873, dans les départements des Ardennes et de la Manche (comm. des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Benjamin Roux, pharmacien en chef de la marine, qui sollicite le titre de membre correspondant; 2° une lettre de M. le docteur Lubelski, accompagnant l'envoi d'une brochure ayant pour titre : *le Choléra à Varsovie*; 3° des lettres de remercîments de divers lauréats.

PRÉSENTATIONS

M. CHAUFFARD présente, au nom de M. le docteur Barbaste, un travail manuscrit intitulé : *Considérations sur la pathologie et la thérapeutique du rhumatisme* (prix Barbier).

M. LARREY, au nom de M. le docteur Marcet, un travail sur la barégine ou matière organique des eaux sulfurées (comm. des eaux minérales).

M. GUBLER, au nom de M. Guillemin, médecin major, une brochure *Sur les origines et la propagation du typhus.*

M. BOUDET, plusieurs brochures sur l'hygiène de l'enfance.

M. RAYNAL, au nom de M. Bourrel, un volume intitulé : *Traité complet de la rage.*

M. TH. ROUSSEL fait hommage de l'amendement à la proposition de loi ayant pour objet la protection des enfants du premier âge et en particulier des nourrissons.

M. Th. Roussel fait suivre cette présentation de quelques mots ayant pour but de montrer jusqu'à quel point l'Académie a concouru à ce résultat. La proposition qu'il a présentée, le 24 mars 1873, à l'Assemblée nationale est, en effet la reproduction textuelle d'un projet élaboré par la commission instituée au mois de mars 1869 au ministère de l'intérieur, et qui comptait dans son sein MM. Blot, Félix Boudet, Broca et Husson.

COMMUNICATIONS

M. DEPAUL présente un enfant acéphale qui lui a été envoyé par M. le docteur Monribot. Cet enfant a été mis au monde il y a une dizaine de jours, par une jeune femme, avec un autre enfant vivant et bien conformé qui a été expulsé avant lui. La grossesse ni l'accouchement n'ont rien présenté de particulier.

Cet enfant était très-infiltré, pesait 1750 grammes et mesurait 31 centimètres de longueur. Il s'agit bien véritablement d'un acéphale, c'est-à-dire d'un monstre sans face ni base de crâne, qu'il ne faut pas confondre avec les anencéphales caractérisés seulement par l'absence des organes encéphaliques et présentent une face et une base de crâne.

M. Depaul rappelle la division des acéphales en trois catégories, admise par Geoffroy Saint-Hilaire :

1° Les acéphales proprement dits, caractérisés par l'absence de tête et la persistance des membres thoraciques et des membres abdominaux ; 2° les péracéphales qui n'ont pas de membres supérieurs ; 3° les mylacéphales formant une masse informe sans membres. Celui dont il s'agit ici appartient à la première catégorie.

M. Depaul fait observer que ces cas ne sont pas extrêmement rares et que ce fait ne présente quelque intérêt que parce qu'il a été l'objet d'une dissection complète, qui a été pratiquée sous les yeux de M. Depaul, par son aide de clinique, M. le docteur Martel.

La colonne vertébrale est absolument complète ; elle était fermée à sa partie supérieure où elle se terminait par un prolongement cartilagineux analogue au coccyx. Il y a une scoliose très-marquée dont la concavité regarde à droite. Il existe bien une cage thoracique, mais dans laquelle on n'a trouvé ni cœur, ni poumons. Le long de la colonne vertébrale on voit un vaisseau se bifurquant à la partie supérieure en deux branches dont l'une se rend au membre thoracique gauche et l'autre au membre thoracique droit et de même à la partie inférieure, en deux branches droite et gauche pour les membres abdominaux.

Dans la cavité abdominale on ne trouve ni foie, ni reins, ni rate, mais les intestins y sont complets et divisés, comme à l'état normal, en gros et en petit intestin. Il y a, dans ces intestins, une espèce particulière de méconium constitué par une matière grisâtre, épaisse et poisseuse, composée en majeure partie de mucus et de débris de cellules épithéliales.

Il n'y a pas d'anus extérieur.

A la place des organes génitaux, on voit une fente assez irrégulière, correspondant à une sorte de cloaque dans lequel viennent aboutir trois organes, qui sont : l'extrémité des intestins ; la vessie, grosse à peine comme un noyau de cerise; le vagin et un rudiment de matrice.

Le cordon ombilical contient, comme à l'état normal, deux artères et une veine.

Les artères communiquaient évidemment avec les branches du vaisseau unique qui représente les iliaques internes. Quant à la veine, elle allait se ramifier en une foule de petits vaisseaux à la surface des intestins. D'autre part, de l'aorte partaient une foule de petits vaisseaux artériels venant se perdre aussi à la surface de l'intestin où ils se mettaient en communication avec les divisions de la veine ombilicale. Telle était la circulation de ce fœtus.

Il présente, en outre, d'autres vices de conformation et, entre autres, les pieds-bots varus; ses jambes sont aussi pliées en dedans et forment, avec les cuisses, un angle droit. Ses bras sont intra-thoraciques; les avant-bras sont seuls en dehors du thorax.

DISCUSSION SUR LA PHYSIOLOGIE DU CŒUR

M. COLIN, au sujet de la communication que M. Bouillaud a faite dans la dernière séance, revient sur deux points de la physiologie du cœur qui sont encore le sujet de contestations pour les expérimentateurs, savoir : 1° le mécanisme du choc ou du battement; 2° la distinction précise des temps dont se compose une révolution du cœur.

On ne se fixerait jamais sur ces deux points si l'on persistait à appliquer vaguement à l'homme ce qu'on observe tantôt sur les vertébrés inférieurs, tantôt sur les oiseaux et les mammifères. Les expérimentateurs se sont imaginés que le cœur humain fonctionne comme celui d'un animal quelconque. Or dans aucun vertébré la locomotion du cœur ne peut ressembler exactement à celle du cœur de l'homme. Pour quiconque a fait un peu d'anatomie comparée, la forme, la situation, la configuration, les rapports et les attaches de péricarde varient dans des limites très-étendues. Ce sont ces variations subordonnées aux formes du thorax qui donnent lieu aux variations même de la locomotion cardiaque.

C'est donc une erreur que de se figurer que l'étude des mouvements du cœur sur le cheval est la plus propre à donner l'idée de ce qui se passe sur l'homme.

Pour se faire une idée à peu près exacte de ce qui a lieu sur l'homme, c'est le chien que l'on doit choisir, en le plaçant dans l'attitude bipédale. En pratiquant une fenêtre en regard du cœur, laissant intacte la partie des parois costales qui correspond à la pointe de l'organe, on peut se fixer sur le mode de succession des contractions des oreillettes et des ventricules et partant sur la détermination des temps dont se compose une révolution complète de l'organe.

L'observation, à cet égard, montre que la révolution du cœur comprend quatre temps, deux temps de systole et deux temps de repos ou deux intervalles. Le cœur pris au moment du relâche, voici ce qu'on observe dès que l'action recommence.

Oreillettes, premier temps. — Court repos, bref intervalle, deuxième temps.

Systole des ventricules, troisième temps.

Long repos, relâchement de toutes les cavités, quatrième temps.

Les quatre temps que l'observateur distingue à la vue dans la révolution du cœur mis à découvert, sont les temps vrais, les temps physiologiques.

Ces temps marqués à la vision ne sont pas ceux de l'audition. Pour l'observateur qui ausculte, le premier temps vrai de la révolution du cœur, constaté à la vue, n'est pas distinct; il se perd dans le long silence ; par conséquent le début réel de la révolution est insaisissable à l'oreille.

Ce début à l'auscultion ne part que du bruit sourd qui coïncide exactement avec le systole venticulaire et avec le choc du cœur sur les parois costales.

A ce bruit sourd succède le court silence correspondant au début du relâchement ventriculaire.

Puis se fait entendre le bruit bref des valvules aortiques et pulmonaires qui se ferment.

Et finalement arrive le long silence qui correspond en grande partie à la dernière période de la diastole des ventricules ou du relâchement total de la masse du cœur.

Les temps distingués à l'auscultation sont donc des temps faux, arbitraires, au point de vue physiologique. En conséquence, les temps d'audition et les temps de vision ne peuvent point s'opposer chacun à chacun.

Mais, une fois leur concordance établie, ils doivent être conservés les uns pour les physiologistes, les autres pour le praticien.

M. BOUILLAUD n'a pas cité, dans son travail, les recherches de M. Colin, parce que ces recherches, n'étant pas conformes à ses propres expériences, il eût été obligé de les réfuter, ce qui l'eût entraîné beaucoup trop loin.

Il rappelle que ses expériences ont été pratiquées devant un très-nombreux public d'élèves et de médecins, et que l'unanimité des appréciations auxquelles elles ont donné lieu leur donne une incontestable valeur. D'ailleurs, parmi ces expériences, il en est qui ont été faites à Alfort sous ses yeux, sous la direction de M. Colin lui-même, et il ne saurait nier ce qu'il a vu de ses propres yeux. C'est pourquoi M. Bouillaud est profondément étonné d'entendre aujourd'hui M. Colin déclarer qu'il n'existe aucun rapport entre les mouvements et les bruits du cœur ! C'est absolument comme si l'on disait qu'il n'y a aucun rapport entre la cause et l'effet. La plus parfaite concordance règne, au contraire, entre les bruits et les mouvements du cœur, et, pour quiconque veut se donner la peine d'observer, cette concordance est aussi évidente que la lumière du jour. Seulement, il existe de grandes différences entre les animaux supérieurs et les animaux inférieurs. C'est là ce qui explique comment Harvey lui-même, qui avait si bien vu les choses et si bien indiqué la concordance parfaite qui règne entre ces trois phénomènes fondamentaux : le choc de la pointe du cœur, le mouvement ventriculaire et le pouls, comment Harvey, disons-nous, se trouvait en flagrante contradiction avec lui-même quand il disait ensuite que c'était par l'oreillette que commençait la série des mouvements du cœur. C'est qu'il avait déduit ce qu'il croyait se passer chez l'homme de ce qu'il avait vu se passer chez les animaux de l'ordre inférieur. Chez ces derniers, c'est par la diastole ventriculaire que commence la série des phénomènes ; chez les animaux supérieurs, c'est, au contraire, par la systole ventriculaire que débute la série des mouvements cardiaques. Pourquoi en est-il ainsi ? c'est ce qu'il est impossible d'expliquer.

M. Bouillaud fait observer, en outre, que les expériences pratiquées sur les animaux, quelque bien faites qu'elles puissent être, quelque utiles d'ailleurs qu'elles soient, peuvent facilement, dans certains cas, conduire à l'erreur; en effet, les phénomènes observés dans ces expériences ne sont pas des phénomènes réguliers, des phénomènes normaux.

Pour acquérir une réelle valeur, il faudrait que ces phénomènes fussent reproduits et que les expériences fussent répétées des milliers de fois.

Les faits d'observation clinique sont, au contraire, des faits qu'on observe tous les jours, dont on peut contrôler la valeur à chaque instant et qui, par conséquent, acquièrent cette importance qui manque aux expériences sur les animaux.

C'est en raison de cette longue observation clinique que M. Bouillaud se croit en droit d'affirmer la vérité des faits qu'il avance; c'est parce qu'il en est profondément convaincu qu'il combat avec autant d'énergie les faits qu'on lui oppose. Mais comme on se convainc soi-même bien mieux qu'on n'est convaincu par les autres, M. Bouillaud engage M. Colin à observer de nouveau, à répéter ses expériences, et il ne doute pas qu'avec sa rare habileté d'expérimentateur il ne parvienne promptement à reconnaître par lui-même où est la vérité.

Il rappelle, à cette occasion, cet homme qui a parcouru toute l'Europe, portant une fissure du sternum qu'il élargissait à volonté et qui permettait de voir battre son cœur, pour ainsi dire. Il était facile chez lui de constater les faits avancés par M. Bouillaud. Le choc du cœur n'est, suivant lui, qu'un simple redressement correspondant à la systole ventriculaire, c'est-à-dire au premier temps chez les animaux supérieurs, au deuxième temps chez les animaux inférieurs, puisque, chez ses derniers, c'est la diastole ventriculaire qui devient le premier temps. Si l'on arrache le cœur de la poitrine d'un chien vivant et qu'on le pose sur une table complétement vide de sang, on voit que ce redressement se produit encore et continue de se produire alors même qu'on coupe le cœur en morceaux. Ce sont là des faits parfaitement évidents et qu'on peut regarder aujourd'hui comme entièrement démontrés par les nombreuses expériences et les observations cliniques de M. Bouillaud.

M. COLIN est d'avis contraire à celui de M. Bouillaud au sujet de la contraction des oreillettes et du moment où se produit cette contraction. On doit, suivant lui, accorder une tout autre importance à la contraction des oreillettes dans la série des mouvements du cœur. Ce qui explique comment elle n'est pas toujours appréciable, c'est que, dans les faits dont parle M. Bouillaud, la circulation veineuse est gênée, l'oreillette s'engoue, est très-dilatée et ne peut plus s'affaisser ni revenir sur elle-même. Pour bien se rendre compte de ce qui se passe à l'état normal, il faut, dans les expériences, prévenir cet engouement des oreillettes par une saignée préalable, et il devient facile de s'apercevoir que l'oreillette a des systoles et des diastoles tout aussi énergiques que celles des ventricules.

Contrairement à ce que pense M. Bouillaud, les choses se passent de même chez tous les animaux, et c'est la contraction des oreillettes qui marque le début de la série des phénomènes. Pour bien s'en rendre compte, il faut fenêtrer le thorax d'un animal en respectant la partie contre laquelle se fait le choc du cœur; mais il ne faut pas se fier aux ampoules ni aux sphygmographes; ces appareils, quelque ingénieux qu'ils soient, donnent de fausses indications et ont trompé M. Longet dans ses expériences; c'est ainsi qu'il a été attribué au cœur gauche ce qu'il faut attribuer au cœur droit.

M. BOUILLAUD affirme que M. Colin est dans l'erreur et que jamais dans les expériences qu'il a faites lui-même, il n'a eu à constater le moindre trouble dans la circulation veineuse. La circulation générale continuait à se faire comme si l'animal n'avait pas été ouvert.

L'Académie a procédé dans cette séance à la nomination, au scrutin, des commissions de prix pour l'année 1874.

Ont été nommés :

Pour le *prix de l'Académie*. — MM. Béclard, Gavarret, Gosselin, Giraldès et Robin.

Prix Portal. — MM. Broca, Blot, Cloquet, Goubaux et Sappey.

Prix Capuron. — MM. Bernutz, Depaul, Devilliers, Jacquemier et Ricord.

Prix Barbier. — MM. Barth, Baillarger, Chauffard, Demarquay et Dolbeau.

Prix Godard. — MM. Charcot, Davaine, Hérard, Pidoux et Richet.

Prix Orfila. — MM. Bouchardat, Berthelot, Bussy, Tardieu et Verneuil.

Prix Rufz de Lavison. — MM. Colin, Huzard, Laboulbène, Magne et A. Moreau.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Chatin, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris, est nommé membre du comité consultatif de l'enseignement public (section de l'enseignement supérieur), en remplacement de M. Bussy, admis à la retraite.

— *Muséum*. — M. Cornu, docteur ès sciences naturelles, ancien répétiteur à l'École pratique des hautes études (3e section), est nommé

aide-naturaliste près la chaire de botanique (organographie), en remplacement de M. Bureau, appelé à d'autres fonctions.

— *Collége de France*. — M. Fouqué, docteur ès sciences physiques et ès sciences naturelles, docteur en médecine, est nommé préparateur de la chaire d'histoire naturelle des corps inorganiques (emploi nouveau).

— *École de médecine d'Alger*. — M. Marès, docteur en médecine, est nommé professeur titulaire de la chaire d'histoire naturelle et matière médicale, en remplacement de M. Bourdier, démissionnaire.

— *Hôpital Saint-Louis*. — Le docteur Lailler commencera ses leçons, du semestre d'été, sur les affections cutanées, le jeudi 9 avril, et les continuera le jeudi et le samedi de chaque semaine. — Le jeudi, à huit heures et demie. Conférence clinique. — Le samedi, à neuf heures. Leçon théorique.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 11 avril 1874, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° lecture du procès-verbal de la précédente séance; 2° rapport de M. Leudet sur la candidature de M. Marcet au titre de membre titulaire (*De la matière organique des eaux sulfureuses*); 3° suite de la discussion sur l'influence des stations méditerranéennes dans le traitement de la phthisie.

— La Société de secours aux blessés militaires a convoqué, au siége de l'œuvre, 19, rue de Matignon, à Paris, pour les 9, 10 et 11 avril, les présidents de ses comités départementaux.

Le programme de la réunion comprend : l'organisation de l'œuvre dans les départements; le meilleur moyen de secourir les blessés pendant la paix; la préparation d'un personnel et d'un matériel hospitaliers pour le temps de guerre.

— M. le docteur Ch. Fauvel a recommencé son cours public et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie, à sa clinique, rue Guénégaud, 13, et le continuera les lundis et jeudis à midi. Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales postérieures; ainsi que l'application de nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. Le miroir laryngien est éclairé par la lumière Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Nº 42. — SAMEDI 11 AVRIL 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 11 AVRIL 1874. — Nº 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des myélites aiguës.

M. le docteur Martineau, dans l'une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, a communiqué à ses collègues un cas très-intéressant d'inflammation aiguë générale de la substance grise de la moelle, qu'il croit sans exemple jusqu'à présent dans la science. Avant d'exposer les particularités principales de ce fait, qui pourra peut-être donner lieu à des recherches nouvelles, nous croyons utile de rappeler, en peu de mots, à quel point en est aujourd'hui cette partie de la pathologie du système nerveux. Nous laisserons de côté, bien entendu, pour le moment du moins, la grande question des myélites chroniques qui a été l'objet de tant de travaux et de discussions depuis quelques années, pour ne nous occuper que du groupe des myélites aiguës auquel se rattache le fait de M. Martineau.

Si nous jetons les yeux sur l'un des ouvrages de pathologie les plus récents et le plus justement accrédités, le *Traité de pathologie interne* de M. Jaccoud, nous voyons qu'au point de vue topographique des lésions, l'auteur décrit deux variétés de myélite aiguë : la myélite en foyer, dans laquelle un ou plusieurs foyers limités, quant à leur étendue longitudinale, occupent la surface extérieure de l'organe en pénétrant plus ou moins loin dans son épaisseur ; la myélite centrale à un foyer unique très-étendu dans le sens longitudinal, qui peut être borné à la substance grise ou empiéter sur la substance blanche qui la circonscrit.

Cette distinction, fondée sur l'anatomie pathologique, se justifie également par des différences symptomatiques. Ainsi avec quelques symptômes communs à ces deux variétés, tels que la fièvre, la paraplégie au début, suivie de la paralysie ascendante plus ou moins rapide et plus ou moins étendue, suivant l'étendue elle-même de la lésion, les phénomènes excentriques procédant de l'irritation, etc., on voit que chacune d'elles a ses symptômes particuliers qui la distinguent. Ainsi tandis que la substance grise, qui, n'étant pas excitable par elle-même, reste étrangère à la production des troubles divers de la sensibilité qui caractérisent plus particulièrement l'inflammation de la substance blanche, on observe, en revanche, l'abolition de la sensibilité à la douleur (analgésie) dans la myélite centrale et la manifestation de troubles trophiques.

A ces deux variétés anatomiques et cliniques, il faut en ajouter une troisième aujourd'hui, — et M. Dujardin-Beaumetz n'a pas manqué de le faire dans son excellente thèse du concours de 1872, sur la myélite aiguë — ; nous voulons parler de la myélite aiguë des cornes antérieures, en d'autres termes de la paralysie spinale de l'enfance considérée d'abord comme une paralysie essentielle et que les recherches anatomo-pathologiques récentes ont fait rentrer dans le groupe naturel des myélites, en lui assignant pour caractères principaux : la brusque invasion de la maladie atteignant dès le début le *summum* de la paralysie, la diminution et même l'abolition apparente de la contractilité électrique sur un certain nombre de muscles, l'absence de tout phénomène de sensibilité, de paralysie rectale et vésicale, d'escarres et de troubles trophiques, dans la première période ; et, dans la seconde période, l'atrophie rapide des muscles, l'arrêt de développement du système osseux, le refroidissement du membre, enfin les déformations consécutives à ces arrêts de développement.

Est-ce une espèce nouvelle que doit inaugurer le fait de M. Martineau, ou a-t-il sa place dans l'une de ces trois variétés? C'est ce qu'on pourra décider peut-être après en avoir lu les détails que voici :

Inflammation aiguë générale de la substance grise de la moelle. — Le nommé M..., âgé de vingt-trois ans, était malade depuis quinze jours environ lorsqu'il est entré à la Pitié, dans le service de M. Vulpian, suppléé alors par M. Martineau. Les premiers symptômes survenus sourdement, sans aucune cause appréciable, consistaient surtout en un affaiblissement général avec sensation de grande fatigue, douleurs de reins et de céphalalgie, perte de l'appétit et du sommeil. Après une dizaine de jours de cet état, le 16 août dans la journée, il fut pris de frissons erratiques, les douleurs lombaires devinrent plus violentes, la faiblesse des membres inférieurs augmenta au point que le soir même il lui était impossible de se mouvoir. A partir de ce moment, la miction ne se fit que très-difficilement et d'une manière incomplète. Bientôt les membres supérieurs s'affaiblirent à leur tour et devinrent le siége d'un engourdissement.

Le 19, le malade était couché sur le dos, la tête renversée sur l'oreiller, les membres supérieurs étendus ; il ne pouvait soulever les membres inférieurs au-dessus du lit; à peine pouvait-il exécuter quelques légers mouvements de flexion des pieds et des orteils. Le chatouillement de la plante des pieds ne provoquait aucun mouvement réflexe à gauche ; à droite, il se produisait quelques contractions, à peine visibles, des mus-

cles de la cuisse. La sensibilité était conservée ainsi que la contractilité musculaire électrique.

Les membres supérieurs, lorsqu'on les soulevait, retombaient aussitôt; l'avant-bras et la main pouvaient encore exécuter quelques mouvements.

Les mouvements spontanés de flexion et de rotation de la tête étaient peu étendus.

La voix était faible; la respiration lente, inégale, saccadée; battements du cœur énergiques, réguliers et un peu ralentis.

Il n'y avait ni paralysie faciale, ni paralysie des muscles oculaires.

Vue affaiblie, bourdonnements d'oreilles; intelligence conservée; point de délire.

Douleurs dans toute l'étendue de la colonne vertébrale.

Rétention d'urine complète. L'urine ne contient ni sucre ni albumine. Langue sèche, soif peu vive; appétit nul; constipation. La peau des membres, et particulièrement celle des membres inférieurs, est violacée et froide. La température rectale est de 38°2.

Prescript. : Eau de Sedlitz, ventouses scarifiées sur la colonne vertébrale.

Le 20, délire la nuit; abattement plus grand; respiration irrégulière; céphalalgie et douleurs rachidiennes; roideur des muscles du cou. — Températ. 37°9.

Le 21, la région sacrée est devenue le siége d'un érythème avec légère excoriation au centre; respiration de plus en plus irrégulière; battements du cœur plus fréquents et très-énergiques; peau congestionnée, couverte de sueur; voix faible.

Le malade succombe dans le courant de la journée, enlevé par une asphyxie rapide.

A l'autopsie on a trouvé : les vaisseaux de la moelle épinière un peu développés, surtout à la partie postérieure. Les enveloppes de la moelle sont saines. La moelle elle-même est ferme dans toute son étendue; la substance blanche est normale; la substance grise, examinée à différentes hauteurs, est manifestement congestionnée, surtout au niveau des cornes antérieures. L'examen microscopique a permis d'y constater la présence d'un assez grand nombre de myélocytes, de fines granulations; les cellules nerveuses y sont rares; il n'y a pas de corps granuleux.

L'examen après durcissement sur des préparations faites au niveau du renflement dorso-lombaire, a montré que l'altération était limitée à la substance grise, et qu'elles portent sur les éléments nerveux, sur la substance unissante et sur les vaisseaux.

La plus grande partie des cellules nerveuses des cornes antérieures ont disparu. On voit, en outre, çà et là, des éléments qui sont très-probablement des cellules en voie de destruction.

Toute la matière granuleuse de la substance grise contient un nombre considérable d'éléments sphériques, très-confluents (prolifération de myélocites).

Les parois des vaisseaux artériels sont recouvertes de noyaux.

La substance grise des cornes postérieures présente également une multiplication nucléolaire, mais moins abondante qu'au niveau des cornes antérieures.

La substance blanche (tubes nerveux et névroglie) est tout à fait intacte. L'altération est exactement localisée à la substance grise. Elle s'étend à toute la hauteur de la moelle épinière.

—Le fait que nous venons de relater nous paraît se rapprocher si bien, sur presque tous les points, de la description générale de la myélite aigüe généralisée, que nous lisons dans la thèse de M. Dujardin-Beaumetz, que nous ne comprendrions pas pourquoi on ne le rattacherait pas à ce groupe. On pourrait trouver aussi quelque analogie entre ce fait et deux des observations rapportées par M. Lancereaux dans son *Atlas d'anatomie pathologique*, mais avec cette différence, toutefois, que dans celles-ci la lésion n'était pas bornée exclusivement, comme dans le fait de M. Martineau, à la substance grise. C'est là surtout le caractère spécial de cette observation.

Altération de nutrition des poils et des ongles consécutive à diverses lésions organiques.

Le développement exagéré et anormal des poils, sous l'influence de certains états morbides et dans le voisinage de tissus ou d'organes qui ont été ou qui sont encore le siége de lésions chroniques, est un fait vulgairement connu. Mais ce qui l'est moins, c'est la raison physiologique de ce phénomène, le comment et les conditions principales de sa manifestation. M. Broca, dans l'une des dernières leçons du semestre qui vient de se clore, mettant à profit la réunion fortuite de plusieurs exemples de cet ordre de lésions trophiques dans son service, s'est livré, sur ce point de physiologie pathologique, à quelques considérations qui nous ont paru assez intéressantes pour en présenter ici un court résumé.

M. Broca, en étudiant quelques-uns des signes et des effets consécutifs des anévrysmes, avait déjà fait une remarque curieuse qu'il a consignée dans son *Traité des anévrysmes*; c'est l'existence d'une hypertrophie du système pileux, qui survient quelquefois à la longue sur les membres affectés de phlébartérie.

Il a fait cette remarque pour la première fois chez un homme atteint, depuis plusieurs années, de varice anévrysmale consécutive à une saignée malheureuse. Les poils de l'avant-bras malade étaient plus gros, plus bruns et notablement plus longs que sur le membre sain. Ce fait a été vérifié plusieurs fois depuis sur des malades atteints de la même lésion.

D'après M. Broca, les causes de ce phénomène seraient de deux ordres : les unes consisteraient dans une lésion primitive du système nerveux, amenant secondairement un trouble et un ralentissement dans la circulation; les autres résideraient primitivement dans la lésion directe du système circulatoire. Tout le monde connaît l'expérience qui consiste à pratiquer la section des filets nerveux qui se rendent aux artères, d'où paralysie de ces vaisseaux, stase sanguine dans le système capillaire, et consécutivement divers troubles nutritifs au nombre desquels, s'il s'agit de la peau, le développement anormal ou hypertrophique des poils. Le résultat ultime est le même, que la stase sanguine soit le résultat d'une expérience physiologique ou d'un état morbide.

Le phénomène dont il s'agit s'observe surtout dans les affections du système circulatoire, qui ont pour effet d'établir une communication anormale entre le sang veineux et le sang artériel, comme dans le cas précité d'anévrysme artérioso veineux. Dans ce cas, le rhythme artériel s'éteint, la contraction du vaisseau cesse, partant la pression diminue, l'artère devient une sorte de tube inerte; il y a stagnation dans tout le système capillaire voisin. C'est dans ce cas-là, notamment, qu'on observe ces développements exagérés des poils, avec augmentation de la température locale, mais avec sensation subjective de froid.

Il y a une troisième catégorie de faits auxquels on peut rattacher tous les autres cas d'hypertrophie du système pileux. Tout ce qui est de nature à entretenir une congestion en un

point détermine le développement de poils dans le voisinage. Toutes les inflammations chroniques locales sont dans ce cas. Il en est de même des lésions du squelette en général, et il n'est pas nécessaire que ce soient des ostéites, des caries, des lésions de nature ou d'origine inflammatoire ; toute lésion osseuse, de quelque nature qu'elle soit, amène généralement ce résultat.

Il en est encore de même des vieux ulcères. Et c'est même là une circonstance qui peut être invoquée en médecine légale, quand il s'agit, par exemple, de déjouer une simulation.

Ce qui vient d'être dit pour les poils s'applique également aux ongles.

Parmi les malades actuellement dans le service et qui offrent à des degrés divers des exemples de ces hypertrophies des poils et des ongles, nous citerons :

Deux malades du service offrent des exemples de l'influence d'une lésion nerveuse sur ce genre de trouble trophique : ce sont deux jeunes sujets chez lesquels existent des paralysies traumatiques par lésions de nerfs. Le plus remarquable de ces deux cas est celui d'un jeune homme de vingt et un ans, qui, à la suite d'une fracture du bras, survenue il y a cinq mois environ, a une lésion du nerf radial suivie de paralysie de tous les muscles que ce nerf anime. Ce jeune homme présente une augmentation de température dans le bras blessé et un développement abondant de poils s'étendant dans toute la sphère d'action du nerf radial et même un peu au delà.

Le deuxième groupe n'est représenté en ce moment que par un seul individu : c'est un Alsacien atteint d'un anévrysme artérioso-veineux du poignet en voie de guérison. Chez lui, il n'y a pas de développement anormal de poils, mais un développement exagéré des ongles du côté malade ; il est obligé de se les couper plus souvent de ce côté que de l'autre. Chez ce malade on constate, en outre, une augmentation sensible de la température.

Pour le troisième groupe, nous signalerons un jeune annamite atteint d'une tumeur blanche du coude gauche datant de plusieurs années; il y a en même temps chez ce jeune homme un arrêt général de développement qui le maintient en quelque sorte en un état persistant d'enfance. Aussi n'y a-t-il pas chez lui de développement pileux; mais il y a une hypertrophie très-accusée des ongles.

Chez un enfant entré il y a plusieurs mois à la Clinique, avec des fractures multiples du bras et du membre inférieur — et chez qui, par parenthèse, on a pu conserver les membres, grâce aux excellents effets des pansements ouatés; — voici ce que l'on observe. Au membre supérieur qui a été fracturé, les ongles sont plus durs que ceux de son congénère, et ils poussent deux fois plus vite. Au membre inférieur, il y a un développement très-manifeste de poils, tandis que le membre inférieur sain n'en a pas encore du tout (l'enfant a douze ans).

On peut rapprocher de ces deux faits celui d'une jeune fille qui a eu de nombreux abcès scrofuleux, et dont le corps est presque couvert de poils.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de la chloro-anémie dans les cas d'insuccès du traitement par les toniques et les ferrugineux ordinaires,

par le docteur MAREILH.

On sait combien est fréquente l'intolérance de l'estomac pour les préparations purement ferrugineuses. Leur effet ne se fait sentir souvent qu'après un long usage, et presque jamais elles ne sont douées de l'énergie nécessaire pour ranimer les fonctions digestives dans les cas d'atonie excessive de l'estomac.

J'ai eu, à plusieurs reprises, l'occasion d'essayer une préparation ferrugineuse qui m'a toujours donné de bons résultats, et qui n'a pas les inconvénients que je viens de signaler. L'observation suivante indiquera son mode d'action.

Mlle M..., âgée de vingt-six ans, est très-anémique ; elle a longtemps souffert d'une chlorose qui fut traitée par diverses préparations ferrugineuses, le quinquina, etc. Cet état s'est prolongé deux ans sans amélioration. Bientôt ont apparu des désordres d'estomac tels, que la malade ne peut plus, depuis cinq mois, supporter d'autre aliment qu'un peu de bouillon et de vin de Malaga.

Disons que deux de ses sœurs sont mortes de la même affection.

Au mois de septembre 1873 je fus appelé à lui donner des soins. Je trouvai les ongles et les lèvres décolorés, un bruit de souffle des vaisseaux du cou, de l'œdème au bas des jambes et autour des malléoles, le moindre exercice et le bruit le plus faible produisent des palpitations, la faiblesse est extrême, le sommeil est devenu presque impossible ; la malade a, en outre, de fréquentes syncopes.

Ayant déjà prescrit plusieurs fois, pour combattre la chlorose, les pilules de Louvard au fer et à l'absinthe, j'avais pu constater avec quelle énergie elles ranimaient les fonctions digestives ; j'eus l'idée, malgré l'intolérance absolue de l'estomac pour le fer sous toutes ses formes, de les faire essayer à ma malade.

Au début (14 septembre), je fais prendre six pilules par jour, en trois fois, une heure avant l'heure habituelle des repas.

Le 17, les premières pilules ayant été bien supportées, je fais porter la dose à neuf par jour.

Le 21, la malade prend des potages.

Le 27, je conseille de manger un peu de viande. L'ayant revue le lendemain et la viande ayant été bien digérée, je fais cesser l'usage des pilules pendant six jours. Dans l'intervalle, la malade continue à manger un peu, les lèvres commencent à se colorer, et les forces reviennent rapidement ; les palpitations sont moins violentes et permettent de marcher un peu.

Le 2 octobre, je fais recommencer à prendre des pilules comme précédemment.

Le 18, je fais interrompre de nouveau le traitement. Les forces sont presque complément rétablies, l'appétit est très-grand, tous les aliments sont parfaitement digérés. Les palpitations ont cessé, plus de bruit de souffle des vaisseaux du cou, il y a encore un peu d'œdème autour des malléoles.

Malgré cet état satisfaisant, après huit jours de repos, je conseille de reprendre des pilules pendant quinze jours. Depuis cette époque, l'état de Mlle M... est parfait, l'œdème a complétement disparu.

Pendant le traitement j'avais, comme j'en ai l'habitude, interdit l'usage des aliments crus ou acides.

Encouragé par ce succès, j'ai voulu essayer cette préparation sur une jeune fille de quatorze ans, très-anémique, pour laquelle j'avais épuisé tous les moyens : le résultat a été tout aussi remarquable. A cause de son âge, je lui ai fait prendre au début quatre pilules par jour, puis six au bout de cinq jours.

Je soigne en ce moment une femme de trente-neuf ans ; depuis longtemps cette femme était chlorotique. Pendant le siége de Paris, elle eut beaucoup à souffrir de la mauvaise nourriture. Son état s'en était aggravé : elle était arrivée au dernier degré d'épuisement. Les préparations de fer lui causaient de violentes douleurs d'estomac ; elle avait été forcée de renoncer à en prendre. Je lui ai fait suivre le même traitement qu'à Mlle M... : elle en est aujourd'hui à la deuxième période, et le succès est dès à présent certain. Elle va reprendre ses occupations, que son état de faiblesse l'avait forcé d'abandonner depuis plusieurs mois.

Ce qui, à nos yeux, rend surtout précieux cette préparation, c'est sa rapidité d'action et la facilité avec laquelle elle est supportée, même à dose élevée.

J'ai pu, dans un cas, faire prendre jusqu'à douze pilules par jour en quatre fois, sans remarquer la moindre intolérance.

Je n'ai jamais observé de constipation pendant le traitement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 mars 1874 (1). — Présidence de M. PERRIN.

DISCUSSION

M. DESPRÈS. Je ne ferai qu'une observation. La tumeur trachéale repose justement sur la cicatrice.

M. VERNEUIL. J'ai eu occasion de voir la pièce peu de temps après la mort de l'enfant trachéotomisé, et je ne puis m'empêcher de lui reconnaître tous les caractères d'un papillome. Sans doute il est singulier que, par un curieux hasard, cette petite tumeur se soit trouvée siéger sur la cicatrice; ce qui explique la tendance que l'on pourrait avoir à la ranger parmi les tumeurs verruqueuses cicatricielles; mais, d'autre part, je ne trouve rien à objecter à l'argumentation de M. de Saint-Germain, relativement à l'antériorité des accidents de suffocation par rapport à l'opération. Je sais qu'on a entendu dire, que l'on a répété, qu'à la suite de la trachéotomie de gros bourgeons charnus avaient pu être constatés à la surface interne de la trachée et au niveau de l'incision: mais ce sont des on-dit, et aucune observation n'a été publiée sur ce sujet.

M. BLOT. Je suis absolument de l'avis de M. Verneuil, et il m'est complétement impossible de comprendre la préexistence des accidents à l'opération sans admettre le polype trachéal; l'hypothèse des bourgeons consécutifs n'explique rien à cet égard : aussi trouvé-je indiscutables les motifs donnés par le rapporteur.

M. LE FORT. Je ne serai point aussi affirmatif qne MM. Verneuil et Blot, et je conserve quelques doutes sur la nature de cette petite tumeur. Aussi voudrais-je être fixé sur le volume qu'elle présentait à l'état frais : pouvait-elle, par sa situation et par son volume, obturer complétement la glotte et déterminer un accès de suffocation subit? c'est ce qu'il serait important de déterminer. M. Delore, à la suite d'une des dernières séances, me citait justement un cas dans lequel il avait observé des accidents les plus graves survenus par suite du développement de bourgeons charnus sur une plaie trachéale. Aussi ferai-je mes réserves.

M. TRÉLAT. Je ne suis pas non plus absolument convaincu de l'existence d'un papillome. On peut du reste ne point s'entendre micrographiquement sur ce mot, et je ne trouve pas l'examen de M. Ranvier très-explicite. Je ferai remarquer que, chez certains malades atteints de rétrécissement de la trachée, on observe, bien qu'il y ait à proprement parler une non-interruption des voies aériennes, des accès d'étouffement considérables, une anxiété, une terreur inexprimables et parfois un accès de suffocation mortel. Quant à l'existence de ces bourgeons charnus intra-trachéaux, je signalerai au point de vue de leur formation, et par analogie les faits cités dans l'excellente thèse de M. Coyne, notamment la description et l'évolution des papilles situées près de la corde vocale inférieure.

M. GUYON. Je crois que, relativement au volume que pouvait avoir le polype décrit par M. Krishaber, il serait dangereux d'établir une corrélation entre le volume des corps étrangers intra-trachéaux et la violence des accès de suffocation qu'ils déterminent. Rien n'est plus fréquent que de voir, en effet, des corps volumineux des fragments de carotte, par exemple, ne déterminer que des troubles peu graves ; des corps très-petits, au contraire, tels qu'un petit fragment d'écorce d'amande, un grain de raisin, une mie de pain, causer des étouffements très-graves. En somme, je suis de l'avis du rapporteur, et je crois à la préexistence du polype.

M. BLOT. J'insiste à mon tour sur le spasme considérable que déterminent souvent les corps les plus inoffensifs en apparence, et je partage absolument l'avis de M. Guyon, quant au polype.

M. TILLAUX. Je trouve les arguments du rapporteur irréfutables, et je tiens grand compte, pour établir le diagnostic du polype, de sa forme franchement pédiculée. Ce n'est pas, en effet, la forme que présentent les bourgeons charnus développés sur les cicatrices. J'ai eu occasion d'observer sur une femme qui s'était coupé la gorge, une petite tumeur, de la grosseur d'une petite noisette, au niveau de la corde vocale supérieure. Cette tumeur, qui cède à des cautérisations répétées, n'avait point la base pédiculée des papillomes.

M. LE FORT. Je persiste à croire que des bourgeons charnus, même de forme pédiculée, peuvent se développer après la trachéotomie à la surface interne de l'organe ; et je ne me trouve pas suffisamment éclairé par les faits pour admettre que la tumeur en question n'appartient pas à cet ordre de production.

M. FORGET. Je crois à un polype préexistant à l'opération et ce qui me ferait rejeter l'hypothèse des bourgeons consécutifs, c'est la rareté extrême de phénomènes analogues observés à la suite des trachéotomies guéries dont le nombre est relativement très-considérable. On n'a cité jusqu'à présent aucun fait de bourgeons charnus ayant donné lieu à l'accident signalé dans le cas actuel.

M. DE SAINT-GERMAIN. Je ne voudrais pas être trop affirmatif et surtout plus affirmatif que M. Krishaber. Après mûr examen, je crois devoir, pour les raisons que j'ai données, croire à un polype préexistant plutôt qu'à un bourgeon consécutif; mais ce n'est pas là, pour moi, une évidence absolue, d'autant plus que j'ai entendu, vaguement il est vrai, parler à l'hôpital des Enfants de productions bourgeonnantes développées sur la cicatrice de la trachéotomie.

M. PANAS. Il me semble qu'un moyen d'investigation trancherait la difficulté bien mieux que le microscope. Ce moyen serait d'examiner avec soin à quel élément adhère le pédicule de la tumeur, — à la cicatrice ou à la muqueuse? Dans le premier cas, ce serait un bourgeon charnu ; dans le second, une tumeur préexistante à l'opération.

COMMUNICATION

M. DE SAINT-GERMAIN lit la communication suivante :

Opération de laryngo-trachéotomie, à l'aide du cautère actuel. (Voir le numéro du 21 mars.)

LECTURE

M. PAULET lit au nom de M. Spielmann l'observation suivante :

Observation du névrome du nerf médian. (Voir les numéros des 26 mars et 2 avril 1874.)

DISCUSSION

A la suite de cette lecture, M. Paulet présente en son nom une observation. Je ne crois pas, dit-il, que le fait cité par M. Spielmann soit aussi concluant, ni aussi anormal. On ne sait, en effet, quelle est, pour le pouce et pour les deux premiers doigts, la distribution rigoureuse des dernières ramifications du radial et du médian. Pour les deux derniers doigts, il n'y a pas bien entendu d'équivoque, puisque le cubital seul est en cause.

M. VERNEUIL. Je ferai remarquer que les dernières recherches faites par M. Tripier ont jeté un jour considérable sur la manière dont les trois nerfs de la main se substituaient les uns aux autres d'une manière presque physiologique, à la condition que le travail de substitution ait été lent et progressif. Ces faits, qui nous ont beaucoup frappés, ont été maintes fois étudiés depuis les observations bien connues de Nélaton et de Laugier. Les sections nerveuses sont loin d'être rares, et que l'on pratique dans ces cas la suture ou qu'on ne la pratique pas, le plus souvent le rétablissement fonctionnel se fait mal ou ne se fait pas du tout. Dans les cas de névrome, au contraire, cas dans lesquels les fonctions nerveuses ont été abolies progressivement, il est beaucoup plus fréquent de compter sur une guérison. Je me rappelle, en effet, avoir souvent discuté avec Laugier sur la valeur du résultat qu'il croyait avoir obtenu relativement à la motilité; or elle était dans son fait absolument abolie, sauf pour tous les points où se distribuait le nerf cubital. Quant à l'observation de Nélaton, on sait qu'elle avait été construite pour ainsi dire de mémoire, sur des faits observés depuis un temps déjà fort long, et ne présentait, par conséquent, pas toute la rigueur et toute l'exactitude désirables.

M. LEDENTU. Je ne veux que citer un fait observé par moi et confirmant pleinement ce que vient de dire M. Verneuil. Sur un jeune

(1) Fin. — Voir le numéro du 4 avril 1874.

homme traité par moi pour une section nerveuse, et chez lequel j'ai pratiqué la suture avec tout le soin possible, je n'ai pu observer dans les doigts innervés par le cubital aucun retour de la motilité, même deux mois après son entrée à l'hôpital.

M. PAULET. Depuis le fait de Laugier, la suture du nerf a été souvent tentée par un grand nombre de chirurgiens, et cela sans résultat.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. MARC SÉE présente des ciseaux fenêtrés destinés à faciliter l'avivement régulier des lambeaux dans l'opération du bec de lièvre.

En présentant cet instrument, il fait observer que personne ne croît plus, comme autrefois, que les plaies produites par les ciseaux, sont des plaies contuses, qui se réunissent difficilement par première intention.

Quant à lui, dans l'opération du bec de lièvre, il se sert de préférence, pour croiser les bords de la solution de continuité, des ciseaux, qui donnent des plaies d'une régularité parfaite, et toujours, dans une trentaine d'opérations qu'il a pratiquées depuis un an, il a obtenu la réunion immédiate, sauf dans un cas, tout dernièrement, où l'enfant est tombé gravement malade, le lendemain de l'opération.

Mais quand il s'agit de tailler le petit lambeau qu'on utilise, dans le procédé de Mirault, pour éviter l'encoche, les ciseaux ordinaires ne peuvent servir. M. Sée employait, jusqu'à ces derniers temps, le couteau de Graefe : il traversait la lèvre de part en part au-dessus du pédicule du lambeau, qu'il détachait ensuite de bas en haut. Mais, en agissant ainsi, il n'a jamais pu obtenir un lambeau irréprochable, bien que ce procédé lui paraisse supérieur à celui qui consiste à diviser les tissus de haut en bas.

Toujours le lambeau offrait un bord irrégulier, dentelé, soit sur sa face cutanée, soit sur sa face muqueuse; jamais l'instrument tranchant ne parcourt exactement la route tracée par le chirurgien.

C'est pour remédier à cet inconvénient que M. Sée a fait faire des ciseaux offrant, près de leur articulation, une large fenêtre, permettant de laisser intacte, au voisinage du bord labial, une portion de la lèvre déterminée à l'avance et de tailler le petit lambeau de bas en haut. Grâce à cette modification, la section de ce dernier s'opère avec une précision, une netteté et une rapidité qui ne laissent rien à désirer.

M. Sée n'a encore eu qu'une seule fois l'occasion de se servir de ce nouvel instrument. Le résultat a été irréprochable et supérieur à tout ce qu'il avait obtenu jusqu'alors.

M. TRÉLAT présente une scie à résection, dont la lame peut, par un mécanisme fort simple, tourner sur son axe dans toutes les directions.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

Séance du 11 mars 1874. — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : *La Gazette des Hôpitaux. — L'Union médicale. — La Gazette hebdomadaire. — La France médicale. — Le Progrès médical. — Le Mouvement médical. — — La Gazette obstétricale. — Le Journal de médecine et de chirurgie pratique. — L'Abeille médicale. — La Tribune médicale. — Le Moniteur thérapeutique. — La Gazette médicale de Bordeaux. — Le Bordeaux médical.*

Des greffes cutanées; de la méthode du professeur Esmarch pour assurer l'hémostase dans les opérations; des morts par le chloroforme, de janvier 1869 *à juin* 1870, par M. le docteur P. Marduel.

M. LE FORT demande la parole à propos du procès-verbal.

Il s'est élevé, dit-il, dans la dernière séance, une discussion sur le point de savoir si la tumeur trachéale trouvée par M. Krishaber pouvait rendre compte des accidents qui se sont présentés et de la mort qui en a été la terminaison.

Sans vouloir revenir sur ce qui a été dit relativement aux faits observés et sur l'opinion bien nette d'un certain nombre de nos collègues, au sujet de l'irréfutabilité des arguments du rapporteur en faveur d'un papillome préexistant à l'opération, je dois dire que j'avais été frappé des rapports que m'avait paru présenter la tumeur avec la cicatrice. J'ai demandé la pièce à M. Krishaber, qui a bien voulu me la confier, et l'on peut se convaincre de *visu* que la petite tumeur siége, en effet, sur la cicatrice et à une certaine distance de la glotte. Il est très-important de savoir que la trachéotomie peut, dans certaines circonstances, donner lieu à la formation de bourgeons charnus pouvant déterminer la mort. L'observation de M. Gigon, d'Angoulême, que M. Krishaber nous a fait connaître, nous montre des faits absolument identiques. Je me rappelle, pour ma part, avoir assisté à la mort d'une de mes jeunes parentes dans les mêmes conditions. Aussi suis-je convaincu que le cas est plus fréquent qu'on ne le pense. M. Moura Bourouillou en a observé quelques cas, et je suis persuadé que si M. Krishaber avait connu les faits relatés par M. Gigon, il eût agi de même et eût pratiqué à nouveau la trachéotomie, et, si cela eût été possible, l'extirpation des bourgeons charnus exubérants.

COMMUNICATION

M. LANNELONGUE fait la communication suivante :

Fracture du col du fémur. (Voir le numéro du 9 avril.)

DISCUSSION

M. TRÉLAT. J'estime qu'il y a toujours avantage à être remis en présence de pièces anatomiques relatives à la production des fractures. Aussi, tout en constatant l'intérêt que j'ai pris à la communication de M. Lannelongue, j'avoue que je ne saisis pas le sens même de cette communication. Il est acquis depuis longtemps que la crépitation appartient en propre aux fractures extra-capsulaires. Aussi, lorsque M. Lannelongue vient nous dire, en s'appuyant sur les pièces qu'il présente, qu'il n'y a pas eu pénétration, suis-je convaincu qu'il veut dire que la pénétration a existé, mais à l'état temporaire, et ne s'est point maintenue. Pour moi, la pénétration dans certaines fractures, telles que la fracture du col du fémur, de l'extrémité inférieure de l'humérus, de l'extrémité inférieure du radius, est un fait indiscutable et si facile à démontrer, sur des pièces fraîches, qu'il est impossible de conserver le moindre doute à cet égard. Je m'empare, du reste, d'une des pièces présentées par M. Lannelongue, non pas la plus ancienne, mais celle qui l'est un peu moins; j'y trouve bien la collerette qu'il nous a décrite, mais cette collerette est évidemment due à l'éclatement du grand trochanter, au bris comminutif, à l'éclat de toute l'extrémité trochantérienne.

M. Lannelongue admet le déplacement par rotation et par flexion. Cela se produit dans toutes les fractures, et, entrer dans cette voie, c'est retomber dans l'éternelle discussion des déplacements primitifs et consécutifs aux manœuvres employées, aux attitudes données, etc., etc.

Quant à la pièce la plus fraîche, c'est un cas bien net, bien franc de fracture par éclatement par pénétration. Est-ce à dire qu'il y a là un véritable affouillement? non ; mais il y a eu réellement pénétration. Le nier serait faire une véritable querelle de mots dont le but serait de réformer le vocabulaire relatif à chaque cas particulier.

En somme, la communication de M. Lannelongue a-t-elle trait à la description de variétés inconnues de fractures du col du fémur? non sans doute. Est-elle relative à un mécanisme nouveau pour expliquer la production de la fracture? Pas davantage. Aussi ne puis-je voir là qu'un défaut d'entente sur la nature même de la pénétration.

M. GUÉRIN. Depuis longtemps je me suis occupé des fractures du col du fémur, et bien que mon enseignement n'ait point dépassé les limites de l'hôpital, j'ai cru un moment, en entendant la communication de M. Lannelongue, qu'il avait eu connaissance de mes idées à ce sujet. Il n'en est rien. Je soutiens que, dans la fracture du col du fémur, il y a pénétration du col à la façon d'un coin dans l'extrémité

trochantérienne, avec laquelle il se trouve en contact, et éclatement immédiat de cette apophyse.

Des recherches faites dans ce sens par un de mes internes, M. Kerguistel, m'ont confirmé dans cette idée. Il m'avait entendu professer que les fractures directes produisent constamment cette pénétration du col, resté lui-même intact, sauf à son attache, et que, dans les fractures intra-capsulaires très-rares, occasionnées par une chute sur les talons, par exemple, il n'y avait pas de pénétration parce que le col était lui-même brisé par un mécanisme absolument différent. M. Kerguistel a fait, sur le cadavre, la démonstration de cette idée en percutant très-violemment le grand trochanter du sujet couché sur le côté, ou, ce qui revient au même, en laissant tomber d'une assez grande hauteur le sujet sur le grand trochanter. Dans tous les cas, il y a eu invariablement pénétration, comme je le disais plus haut. Or j'affirme que, dans les cas de cette espèce, il y a constamment guérison, quel que soit l'âge du blessé.

D'où vient alors cette divergence entre cette affirmation et l'opinion que nous ont léguée nos maîtres relativement à la gravité des fractures du col du fémur? Cela tient à ce que l'on cherchait à provoquer la crépitation, que dans cette manœuvre on rompait l'adhésion parfaite des deux fragments, et il suffit d'avoir vu une de ces fractures à l'amphithéâtre pour comprendre à quel point est difficile la coaptation de ces fragments une fois désunis. Aussi attribué-je une grande importance à la valeur clinique de ce signe : élargissement du grand trochanter appréciable par le simple palper. Ce signe dispense de la recherche de la mobilité et de la crépitation ; il est absolument certain. La seule cause d'erreur résiderait peut-être dans une augmentation de volume consécutive à une arthrite sèche ; mais encore, dans ce cas, l'élargissement existe-t-il des deux côtés, constamment chez des vieillards et ne coïncide-t-il pas avec l'impossibilité qu'a le malade à élever sans soutien le talon du membre malade au-dessus du niveau du lit. J'admets, du reste, aussi la valeur de ce dernier signe, ainsi que celui qui est fourni par la mensuration et qui donne toujours un raccourcissement de 3 ou 4°; mais je désirerais voir mes collègues se convaincre que l'élargissement du grand trochanter seul est un signe absolument suffisant. J'ai dit que, dans ces cas, même à l'âge de quatre-vingts ans, la guérison était la règle. Au point de vue du traitement, je laisse tout simplement le blessé dans la gouttière de Bonnet ; le séjour dans cette gouttière est de la plus haute importance, car en l'absence du chirurgien, qui autrement serait forcé de rendre au malade tous les services qu'il doit attendre d'un infirmier intelligent, une fausse manœuvre dans l'acte qui consiste à passer le bassin sous le siége peut absolument tout compromettre.

Les guérisons sont dans ce cas, je le répète, presque assurées ; j'en pourrais citer de nombreux exemples, entre autres celui d'un malade tellement timoré que j'ai dû lui cacher la nature même de sa lésion. Je l'ai tenu dans l'immobilité absolue ; il pouvait se lever au bout de vingt jours; il marche aujourd'hui avec une extrême facilité, puisqu'il a pu faire à pied le tour de Paris, il n'a peut-être conservé, comme souvenir de son accident, qu'un très-léger ressentiment contre son chirurgien, relatif au léger raccourcissement qui lui reste, et dont il a toujours ignoré la cause.

M. PANAS. On peut distinguer trois points dans la communication de M. Lannelongue : le premier regarde la pénétration, le second la rotation, le troisième le raccourcissement.

Pour la pénétration, je suis pleinement de l'avis de MM. Trélat et Guérin, j'y crois absolument; pour moi, c'est une étude parachevée, une question jugée, et à l'appui de laquelle je croyais qu'il n'y avait rien à ajouter. Quelques détails topographiques sont cependant nécessaires. On sait que le col du fémur a, relativement à l'axe de la diaphyse, une obliquité variable, et que l'angle qu'il forme avec elle tend à devenir de plus en plus droit. Il ne s'insère pas non plus centre pour centre au corps de l'os ; mais de telle sorte que la cavité digitale dépasse le grand trochanter en arrière. La face interne du grand trochanter est oblique en arrière et en dedans. Aussi, quand un individu tombe sur cette surface, la pénétration consécutive à cette violente percussion ne sera-t-elle que partielle ; elle se fait surtout en arrière et en bas ; et c'est en avant que se produit cet écartement auquel faisait allusion M. Lannelongue. Par suite de ce mécanisme, la partie postérieure du grand trochanter porte à faux et se sectionne souvent presque transversalement, et l'on observe une véritable rotation de la diaphyse sur le col, rotation fixe, c'est-à-dire impossible à corriger en ramenant la pointe du pied en dedans. De ce que la pénétration ne se fait pas en avant, s'explique la production de cet angle saillant à la racine de la cuisse, dont Laugier faisait un des principaux signes. Quant au raccourcissement du membre, il s'explique par la tendance qu'a le col fracturé à perdre son obliquité pour revenir à la rectitude. Cet effort s'est même quelquefois exagéré à ce point qu'on a pu constater une obliquité du col en sens inverse. Ce raccourcissement est primitif et n'a pas, comme dans la fracture intra-capsulaire, de tendance à augmenter.

Pour ce qui est de la pénétration, je la crois si vraie, que je considère le col comme un véritable coin enfoncé dans la saillie trochantérienne, et qu'au sein de cette cavité de nouvelle formation se trouvent parfois des esquilles, des parcelles osseuses broyées. Aussi n'hésité-je pas à attribuer, comme M. Guérin, une grande valeur diagnostique à l'élargissement du grand trochanter, qui, comparé au côté sain, paraît doublé de volume. Bien que ce grossissement soit exagéré dans d'assez grandes proportions; puisque en réalité il n'est guère que de 1 ou 2 centimètres, c'est, je le répète, un excellent signe. Je n'ajouterai rien quant au traitement, je suis ennemi de la flexion sur le bassin et grand partisan de l'immobilité dans l'extension.

M. LE FORT. Je n'ajouterai que quelques mots à l'argumentation de M. Trélat. Malgaigne attribuait une grande valeur à la douleur considérée comme signe de la fracture du col, lorsqu'elle était provoquée par la pression directe sur le grand trochanter. J'ai pu me convaincre, et cela ressort des présentations que j'ai faites il y a quelques vingt ans à la société anatomique, que la pénétration est indiscutable dans les fractures qui nous occupent.

Aussi ai-je conscience d'avoir depuis longtemps les mêmes opinions que M. Guérin au sujet de l'élargissement du grand trochanter et relativement au traitement employé. Je lui reprocherai cependant d'être quelque peu optimiste quant à la terminaison. Chez un sujet de quatre-vingts ans, atteint de fracture du col, la fièvre, les escarres sont à craindre et par suite une terminaison fatale.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de pharmacie de Paris. — M. Portes, pharmacien en chef de l'hôpital de Lourcine, est chargé des travaux pratiques de première et de troisième année, en remplacement de M. Guy, démissionnaire.

— *Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris.* — 1° Cours de médecine opératoire. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, directeur des travaux anatomiques, commencera ce cours le lundi 20 avril 1874, à une heure et demie. — M. le docteur Tillaux traitera des ligatures d'artères. — M. le docteur Marchand, premier prosecteur, traitera des résections et des opérations spéciales. — M. le docteur Terrillon, deuxième prosecteur, traitera des amputations. — Des répétitions seront faites, après chaque leçon, sous la direction des professeurs.

2° Conférences d'histologie. — Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le docteur Grancher, chef du laboratoire. — MM. les élèves seront chaque jour exercés sous sa direction, au maniement du microscope.

Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique. — Les séries devant être reformées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre, à partir du 13 avril.

— *Hôpital de la Charité.* — M. le professeur Sée reprendra son cours le lundi 13 avril et le continuera les lundis, mercredis et vendredis de chaque semaine. — Visite à huit heures; leçon à neuf heures.

— Nous sommes priés de rectifier une erreur qui a été commise dans le compte rendu de la distribution des prix de l'Académie de médecine (séance du 17 mars). Il y est dit que M. le docteur Armieux a obtenu, sur le prix Itard, la somme de 1,000 francs, et M. le docteur Deroubaix, sur le même prix, la somme de 500 francs.

C'est le contraire qu'il faut lire.

La somme de 1,000 francs a été décernée à M. Deroubaix et celle de 500 francs à M. Armieux.

— La Société de chirurgie tiendra sa prochaine séance le 15 avril 1874.

Ordre du jour : M. Verneuil. Communication sur les fistules stercorales purulentes.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Les premiers essais de transfusion du sang ont été pratiqués dans le courant du dix-septième siècle, en Allemagne, par Libavius, en Angleterre, par Lower et Wreen, en Italie, par Monfredi, en France, par Denis et Tardy. Les succès de la première heure furent suivis de si nombreux accidents, que le parlement de Paris édicta un arrêt qui proscrivait l'usage de cette opération. Depuis cette époque, de nouveaux essais ont été tentés, et il reste avéré aujourd'hui que, pratiquée dans certaines conditions, la transfusion du sang est utile et doit être conservée dans la pratique chirurgicale. Le succès récent que M. Béhier vient d'obtenir en pratiquant la transfusion sur une malade de l'Hôtel-Dieu est à la fois une garantie et un encouragement.

Il est fort probable que l'idée d'introduire des médicaments par les veines a précédé celle de la transfusion du sang. Lower assure que c'est après avoir vu injecter des liqueurs purgatives dans les veines des animaux malades que l'idée de la transfusion du sang lui vint. Cette méthode a été l'objet de nombreuses tentatives, mais elle n'était guère sortie jusqu'à présent du domaine vétérinaire et expérimental. Nous avons tiré parti néanmoins de l'injection du perchlorure de fer dans les veines variqueuses ; M. Oré, de Bordeaux, a injecté avec succès de l'hydrate de chloral dans les veines d'un tétanique. Bref, cette méthode s'impose sérieusement à nos essais jusqu'à ce qu'une expérience plus complète et plus généralisée ait parlé pour ou contre elle.

En attendant, nous enregistrons le fait suivant : M. Bouillaud présente au nom de M. Oré, de Bordeaux, une note intitulée : *Injection d'ammoniaque dans les veines, pour combattre les accidents produits par la morsure de la vipère.* Il s'agit d'un jeune homme du dix-sept ans qui avait été mordu au pouce par une vipère. Le lendemain de l'accident un gonflement considérable avait envahi le bras et une partie du tronc ; l'agitation était extrême ; le pouls était petit, fréquent, la respiration très-gênée. Des scarifications profondes, suivies de badigeonnages avec de l'ammoniaque, n'ayant été suivies d'aucun résultat, M. Oré se décida à injecter dans une des veines du bras un mélange de dix gouttes d'ammoniaque dans sept grammes d'eau distillée.

A la suite de cette injection, le malade éprouva une soif ardente ; puis, le pouls devint peu à peu régulier (80 pulsations); le thermomètre mis dans l'oreille s'arrêtait à 37°, 2; le malade était mieux et put dormir. Le lendemain l'œdème commençait à diminuer, le pouls était tout à fait normal, et trois jours après son entrée à l'hôpital, le malade pouvait se lever. Aujourd'hui 5 avril la guérison est complète, sans que la veine piquée ait offert le plus léger symptôme d'inflammation.

M. Oré ne s'exagère par l'importance de cette cure, car, dit-il, la morsure de la vipère n'est pas toujours mortelle ; mais le fait prouve qu'on peut atténuer singulièrement, par l'injection ammoniacale, les troubles généraux qui accompagnent la morsure des serpents ; il prouve également l'innocuité de l'opération des injections intraveineuses.

— M. Schutzemberger adresse une note intitulée : *Expériences concernant les combustions au sein de l'organisme animal.* Dans ces expériences l'auteur se propose de montrer la désoxygénation du sang par les matières organiques vivantes. A cet effet, il fait circuler du sang dans des cavités circonscrites par des feuilles minces de baudruche, et qu'il plonge dans un milieu composé de sérum et de levûre fraîche. Le résultat de cette expérience est la transformation du sang rouge en sang noir, et cette transformation est incontestablement due à l'absorption de l'oxygène, à travers les parois de la baudruche, par certains éléments de la levûre. Cette expérience, curieuse si l'on veut, ne répond nullement, ni dans ses conditions ni dans ses résultats, au titre de la note. Un milieu composé de *cryptococcus*, individualités vivantes, n'est pas du tout comparable aux milieux de l'organisme, éléments histologiques, dans lesquels se produit la transformation du sang rouge en sang noir. On connaissait d'ailleurs l'action désoxygénante des éléments histologiques sur le sang et la transformation de ce dernier en sang noir sous cette influence. Nous ne voyons dans ces expériences qu'une confirmation nouvelle de la théorie de M. Pasteur touchant les propriétés désoxygénantes de la levûre de bière, et des mucédinées et non des faits concernant les *combustions au sein de l'organisme animal.*

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BROUARDEL.

De quelques-uns des accidents syphilitiques qui peuvent amener la mort (1).

(Leçon recueillie par M. BOUDIN, externe de service.)

DES LÉSIONS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL. — Dans nos der-

(1) Voir les numéros des 2 et 7-9 avril.

nières leçons, messieurs, nous nous sommes occupés de quelques formes graves de la syphilis. Nous avons étudié rapidement les accidents qui pouvaient survenir pendant les deux premières périodes de la maladie, puis je vous ai exposé avec plus de détails les graves lésions que la vérole pouvait produire dans le foie et dans le larynx lorsque se montraient les accidents tertiaires.

Il me reste aujourd'hui, pour compléter cette étude, à vous parler des lésions qui surviennent du côté des centres nerveux et à vous indiquer les différents groupes cliniques auxquels correspondent ces lésions. La syphilis peut porter, soit sur les centres nerveux, soit sur leurs enveloppes, nous aurons donc à étudier ses manifestations sur les os et le périoste du crâne, sur les méninges, sur les vaisseaux de l'encéphale, et enfin sur le cerveau et la moelle. Je vous ferai observer d'ailleurs, en commençant, qu'il est rare d'observer isolément la lésion de l'une de ces parties, le plus souvent elles sont atteintes en même temps et donnent lieu à des symptômes multiples dont l'ensemble constitue les groupes cliniques dont je me propose de vous tracer l'histoire et de vous indiquer le traitement.

I. — *Lésions des os et du périoste.*

Vous connaissez tous la fréquence des périostoses et des exostoses siégeant sur les os du crâne. Rares à la paroi externe, elles sont assez communes à l'intérieur de la cavité encéphalique. Leur siége de prédilection est la base, au voisinage de la selle turcique, de l'apophyse basilaire, mais on en trouve aussi à la voûte, et vous en verrez au musée Dupuytren qui ont atteint le volume d'un œuf.

Il se peut, mais cela n'est pas constant, que ces périostoses aboutissent à la formation de gommes; aussi Virchow, pour indiquer la commmunauté d'origine de ces deux produits, a-t-il désigné les premiers sous le nom heureusement choisi de périostites gommeuses. Le tissu de ces périostoses est le tissu mort-né de M. Lancereaux, analogue à celui des bourgeons charnus, disparaissant promptement et laissant après lui, si la périostose était extérieure au crâne, un point où la table externe des os semble avoir disparu. Toutefois il convient d'ajouter que la perforation complète des os se fait beaucoup plus facilement si la lésion siége primitivement sur la duremère qui tient lieu de périoste.

II. — *Lésions des méninges.*

Les méninges sont quelquefois le siége d'altérations particulières, il s'y fait de véritables pachyméningites. Les néomembranes peuvent se former spontanément ou consécutivement à des gommes. Virchow a décrit sous le nom de pachyméningites gommeuses de véritables gommes diffuses, étalées à la surface de l'arachmoïde. Quelquefois ces lésions donnent lieu à des complications redoutables; c'est ainsi que Virchow a signalé l'oblitération de la carotide interne au niveau de l'artère sylvienne, ou même du tronc basilaire par compression due à l'arachnoïde enflammée. Dans un cas, Virchow a trouvé une thrombose avec oblitération d'un des sinus latéraux.

Il peut arriver aussi que les lésions des méninges donnent lieu à des accidents analogues à ceux de la paralysie générale. La malade du n° 8, salle Sainte-Madeleine, a présenté autrefois des accidents délirants si graves qu'elle fut envoyée quelque temps à l'asile Sainte-Anne. Ce n'est pas d'ailleurs un fait isolé. En 1859, M. Hildebrand a soutenu, à Strasbourg, une thèse sur les paralysies générales survenant au cours de la syphilis, il attribue, mais sans preuves définitives, cette forme de l'aliénation au développement des gommes cérébrales.

Enfin l'on peut aussi observer des méningites vraies par inflammation de voisinage. Une malade qui a été couchée au n° 7 *bis* de la salle Sainte-Madeleine en est morte sous vos yeux.

III. — *Lésions des vaisseaux.*

L'étude des lésions vasculaires syphilitiques, longtemps négligée, tend à prendre plus d'importance aujourd'hui. On trouve assez souvent des oblitérations artérielles, M. Broadbent vient d'en publier un cas suivi de mort. Il y aurait donc une endartérite syphilitique et des oblitérations consécutives. Cependant il convient de remarquer que les malades chez lesquels on a vu ces lésions présentaient d'ordinaire les conditions étiologiques de l'endartérite, âge et alcoolisme. Il serait donc bon, avant d'affirmer l'endartérite de nature syphilitique, d'examiner s'il n'y aurait pas là une coïncidence accidentelle.

IV. — *Lésions des centres nerveux proprement dits.*

Enfin l'encéphale lui-même peut être le siége des lésions syphilitiques. Ces lésions sont des gommes à parois mal délémitées, diffuses à leur périphérie, s'isolant et se limitant quand elles sont anciennes et en pleine période régressive. Ce sont de véritables inflammations gommeuses se faisant aux dépens de la névroglie. Le plus souvent on les trouve à la base, au niveau de la protubérance, des pédoncules ou sur les circonvolutions. Cependant elles occupent toutes les parties de l'encéphale, et M. Hérard a cité un cas de gomme des parties centrales du cerveau.

Dans la moelle et ses enveloppes nous retrouvons les mêmes lésions que dans l'encéphale, mais les observations microspiques sont bien peu nombreuses, si on les compare au nombre des cas de paraplégie réputés syphilitiques dans les différents services hospitaliers. Nous n'en comptons en effet que cinq: celles de MM. Potain, Wagner, Mac Mowel, Charcot et Gombauld, Moxon.

V. — *Céphalées syphilitiques.*

A ces désordres correspondent des types cliniques divers. Un des plus fréquents consiste dans les céphalées violentes, nocturnes, disparaissant le jour et condamnant le malade à l'insomnie, quelquefois elles sont accompagnées de vomissements et de vertiges. Cette céphalée peut correspondre à deux époques différentes de la maladie, mais les céphalées contemporaines des accidents tertiaires sont plus tenaces, elles persistent le jour, s'accompagnent plus souvent de vomissements et de vertiges. Je vous signalerai en passant le caractère de ces vomissements, ils sont analogues à ceux des méningites, ils ont lieu sans nausées, en quelque sorte par régurgitation. Souvent enfin, on peut, en même temps que la céphalalgie, constater des exostoses ou des périostoses. Bien qu'évidemment due à des accidents tertiaires, cette forme de céphalée ne cède pas immédiatement à l'administration de l'iodure de potassium, il faut, au moins pendant quelque temps, recourir d'abord à l'emploi du mercure.

VI. — *Paralysies.*

La plupart des cas de paralysie du nerf moteur oculaire commun peuvent être rapportés à la syphilis, et, chose digne de remarque, ces paralysies ne sont généralement pas contemporaines des exostoses et des périostoses; elles se montrent à la fin des accidents sécondaires.

Il en est de même de ces cas de surdité que Ricord attribuait à des plaques muqueuses de la trompe d'Eustache.

On observe encore d'autres paralysies plus graves, telles que l'hémiplégie. Celle-ci peut arriver brusquement, avec une véritable attaque d'apoplexie, le plus souvent elle est incomplète. Chez notre malade du nº 7 *bis*, les accidents ont eu une marche différente, l'hémiplégie a été progressive, elle s'est faite en sept ou huit fois.

On peut quelquefois rattacher ces accidents à des phénomènes inflammatoires développés autour de la périostite gommeuse; d'autres fois, la cause plus précise est la formation d'un caillot ou l'oblitération d'une artère par méningite amenant le ramollissement brusque ou lent par défaut d'irrigation sanguine.

VII. — *Paraplégies.*

On a cité cinq autopsies seulement de paraplégies syphilitiques, et encore toutes les observations ne sont-elles pas à l'abri du doute. Dans deux cas, la lésion était évidemment de nature syphilitique et siégeait dans la moelle.

Dans le cas de M. Charcot, il y avait paralysie du mouvement, du côté de la lésion, et paralysie de la sensibilité du côté opposé, avec hyperesthésie du côté où la motilité était prise.

Cette distribution indiquait que la lésion n'occupait qu'une des parties de la moelle. Vous devez vous souvenir de ce caractère de l'hémiplégie médullaire. Il vous servira pour le diagnostic et même pour le pronostic de la maladie.

Des accidents convulsifs épileptiformes ont été signalés aussi au cours de la syphilis, mais ils sont, en général, moins complèts et plus localisés que les véritables convulsions épileptiques, ils ne s'accompagnent pas d'aura, de rougeur et de pâleur alternative de la face, etc. Ces épileptiques constituent une grosse part des cas de guérison souvent cités de mal comitial.

VIII. — *Cachexie syphilitique.*

Je rappellerai, pour mémoire, les troubles intellectuels et le développement de méningite vraie par lésions syphilitiques. J'arrive immédiatement à l'étude de la cachexie syphilitique.

Si le malade est déjà en puissance d'une autre diathèse, s'il est vieux et affaibli, on conçoit que la cachexie puisse survenir rapidement. Mais s'il s'agit d'un malade jeune, robuste et bien portant, de quelle façon se développe-t-elle ? Quand il n'y a pas eu de traitement, la maladie suit son cours, les accidents tertiaires surviennent. Alors presque tous les organes de sécrétion sont altérés dans leurs fonctions. Le foie, les reins devenus le siége de dégénération amyloïde ou de gommes, voient leurs sécrétions profondément modifiées ou même supprimées pour ce qui est du foie.

D'après M. Lancereaux, il en serait de même du corps thyroïde, de la rate, etc., en un mot, tous les puissants modificateurs du sang étant altérés, les actes physiologiques de la nutrition cessent et la cachexie survient.

Si le malade a subi un traitement mal ordonné, la stomatite mercurielle vient compliquer la maladie primitive. Or rien n'est plus propre à développer la cachexie ; elle gêne l'alimentation et débilite le malade par une perte énorme de salive qui peut aller, dans certains cas, jusqu'à plusieurs et même seize litres, disaient les anciens, par jour. Je vous rappellerai encore les rétrécissements de l'œsophage, ceux du rectum, si bien décrits par M. Gosselin, les perforations du voile du palais, les vomissements, les suppurations abondantes, etc. Toutes ces causes amènent la cachexie. Lorsque celle-ci est confirmée, elle présente les caractères communs à toutes les cachexies, le malade est profondément anémié, il est sous le coup d'une faiblesse extrême, mais la cachexie syphilitique se distingue surtout par deux caractères qui lui sont propres, c'est-à-dire par une tendance marquée aux ulcérations et à la production de gommes. Ainsi un individu en bonne santé, atteint de syphilis, est rarement affecté d'accidents tertiaires ; vient-il à être frappé d'une maladie intercurrente, ceux-ci se montrent bientôt, et d'autant plus graves que la débilitation du sujet a été plus profonde.

IX. — *Traitement.*

Ces considérations me conduisent tout naturellement à vous parler du traitement de ces formes graves de la syphilis. Je ne vous indiquerai pas la médication à opposer à la syphilis ordinaire, elle a été exposée longuement et par des hommes éminents.

La première indication pour le médecin qui se trouve en face d'un syphilitique est d'éviter le développement des formes graves de la maladie que je viens d'étudier avec vous, et, pour cela, il faut, avant toutes choses, maintenir le malade dans un état satisfaisant de santé générale.

Je ne vous dirai rien des avantages que l'on peut tirer de l'emploi du mercure dans le traitement de la vérole. De nombreux exemples sont là pour nous montrer les tristes conséquences des syphilis laissées sans traitement. A mon avis, ne pas donner de mercure, c'est permettre au malade de s'empoisonner et d'arriver aux accidents tertiaires.

Lorsque ceux-ci sont survenus, quel est le traitement à leur opposer ? Si le malade est dans de bonnes conditions de santé générale, il ne faut pas hésiter à lui donner du mercure, et après seulement on administre l'iodure de potassium. Souvent on obtient ainsi de bons résultats, surtout dans les cas de céphalées rebelles. Il semble que, pour permettre à l'iodure de potassium d'exercer son action utile, il faille d'abord donner du mercure. Celui-ci est un médicament à longue échéance, il demeure longtemps dans l'économie et produit des effets durables. J'ai eu l'occasion de suivre un malade qui, dix ans après avoir pris la vérole, eut une perforation du voile du palais, le traitement à l'iodure de potassium restait chez lui sans effet, et ce malade ne guérit que par l'emploi simultané du mercure et de l'iodure de potassium.

Toutefois il faut être prudent lorsqu'on administre les préparations hydrargyriques. Le mercure est classé par les thérapeutistes parmi les *altérants*, et son emploi mal réglé peut conduire à la cachexie mercurielle dont vous connaissez toute la gravité. De plus il détermine de la diarrhée, véritable salivation intestinale et pancréatique, enfin certains malades ne peuvent pas le supporter. C'est ici qu'il importe de varier les préparations que vous administrerez, tel malade ne pourra prendre des pilules de proto-iodure qui se trouvera bien de la liqueur de Van Swieten, et inversement.

En résumé, la première et la plus pressante indication est de reconstituer le malade, les toniques étant tout aussi indispensables que le mercure. C'est surtout aux bonnes conditions d'hygiène dans lesquelles se trouvent les malades qu'il faut attribuer les brillants succès obtenus au bout de peu de temps de séjour dans certaines stations d'eaux thermales.

Enfin, alors seulement que le malade est en état de bénéficier de son traitement, vous administrerez le mercure. La meilleure méthode, à mon avis, est celle des traitements successifs et répétés qui a été préconisée par M. Fournier. Elle consiste à soumettre pendant un mois ou deux le malade au

traitement mercuriel, que l'on abandonne pendant quelque temps pour le reprendre bientôt. Il est bon, si l'on veut mettre le patient à l'abri de tout danger, de continuer régulièrement la médication pendant deux ou trois ans.

Les avantages de cette méthode sont doubles: elle ne fatigue pas le malade, et, de plus, elle empêche l'accoutumance de l'organisme au mercure. Enfin, plus tard, on pourra donner l'iodure de potassium; mais rappelez-vous que quand il s'agira d'accidents ulcéreux, l'iodure administré sans mercure pourra donner une marche suraiguë aux ulcérations. Dans ce cas, la meilleure médication est celle qui consiste à donner le mercure et l'iodure de potassium en même temps, comme on le fait par l'emploi du sirop de Gibert.

HOPITAL DU MIDI. — M. SIMONET.

Cryptorchidie.

(Observation recueillie par M. Ferdinand MASSIE, externe de service).

M..., Frédéric, peintre, âgé de vingt ans, se présente à la consultation le 20 novembre, pour une blennorrhagie dont il fait remonter l'origine à cinq jours. M. Simonet l'admet dans son service, surtout parce qu'il présente un cas intéressant de crytorchidie.

Comme aspect extérieur, le malade ne paraît pas avoir son âge; il est de taille moyenne; mais ses traits et l'expression de sa physionomie n'ont rien de mâle. Quand on l'interroge, il rougit avec la plus grande facilité et répond avec une douceur féminine. Son visage est tout à fait glabre, à part un léger duvet qu'on remarque au-dessus de la lèvre supérieure; ses cheveux sont bouclés, blonds et très-fins. Sa voix est loin de présenter le timbre ordinaire de celle d'un homme. Il est d'une faible constitution, son système musculaire est peu développé, et le tissu cellulo-graisseux prédomine. Les mamelles n'offrent rien de particulier, ainsi que les mains et les pieds. Le bassin est à peu près normal et ne semble pas dépasser les dimensions ordinaires que l'on a constatées chez l'homme.

Si l'on examine ses organes génitaux, on remarque que sa verge est un peu volumineuse; les deux bourses sont petites et aplaties. Le toucher ne révèle la présence ni des cordons ni des testicules, on sent parfaitement les orifices externes des canaux inguinaux, et l'on peut avec facilité y introduire le bout de l'index. Le pubis est entièrement recouvert de poils, on en remarque également au périnée et au pourtour de l'anus.

Le malade nous affirme que jamais il n'a ressenti des troubles nerveux ou sanguins qui puissent permettre un rapprochement avec la menstruation des femmes.

Dès l'âge de douze à treize ans, il a commencé à éjaculer, il s'est longtemps adonné à la masturbation et a eu fréquemment des rapports avec des femmes depuis l'âge de quinze ans. Il n'a jamais eu d'autre blennorrhagie que celle pour laquelle il est entré à l'hôpital.

Ce jeune homme allait sortir guéri vers la fin du mois de décembre 1873, quand, en s'amusant à frotter le parquet de la salle, il a ressenti une douleur dans la région inguinale droite, douleur qui s'est accrue et est devenue si intense qu'il a dû reprendre le lit. Dès les premiers jours, on percevait au toucher un corps dur situé à l'orifice inguinal interne droit : cette tumeur était le siége d'une vive inflammation et faisait atrocement souffrir le malade.

Après deux ou trois jours, le doute n'était plus possible : le corps fixé en ce point ne pouvait être autre chose que le testicule droit. A moitié engagé dans l'anneau inguinal, et comprimé par ce dernier, il occasionnait la douleur dont nous avons parlé. C'était véritablement une orchite à la suite de la blennorrhagie. Il est soigné pour cette maladie et sort guéri le 24 janvier.

Du côté gauche on ne trouve rien de semblable : le malade nous dit cependant qu'il s'est aperçu plusieurs fois que lorsqu'il s'asseyait après une fatigue quelconque, soit la marche, soit la danse, un corps arrondi s'engageait dans le canal inguinal gauche, mais remontait dans l'abdomen dès qu'il était debout.

Avant son départ nous avons pu examiner son sperme. Il a l'odeur caractéristique, est d'une couleur blanchâtre, mais un peu transparent et très-peu visqueux : à l'examen microscopique on trouve des cellules épithéliales et de nombreux globules blancs au milieu de la masse liquide. Les spermatozoïdes manquent complétement, et le cas présent est d'accord avec les recherches faites à ce sujet par Follin et Goubaux.

Nous regrettons de n'avoir pu examiner le sperme avant l'orchite droite; mais le testicule gauche n'ayant subi aucun changement, il est probable que tous les deux sont également ramollis et atrophiés et complétement impropres à la génération.

M. le professeur Robin nous apprend que le liquide éjaculé vient : 1° des follicules de la portion aréolaire terminale du canal déférent; 2° de la muqueuse des vésicules seminales; 3° de la prostate; 4° des glandes de Cooper; 5° des glandes de Méry.

Le jeune homme qui nous a occupé se trouve donc dans les mêmes conditions que les eunuques artificiels, et cette observation nous a paru intéressante, surtout à cause de l'orchite qui est survenue dans des circonstances exceptionnelles.

VARIÉTÉS

Les hôpitaux, la faculté de médecine, les cliniques chirurgicales de Vienne. — Notes d'un médecin.

Par le docteur BARTHÉLEMY.

Vienne est, en Allemagne, l'un des centres principaux d'instruction. La célébrité de ses professeurs y amène, chaque année, une foule de jeunes gens et les ressources qu'offre toujours une ville de neuf cent mille âmes, riche en hôpitaux, en musées, suffisent largement à toutes les nécessités de l'enseignement pratique de la médecine et de la chirurgie. Nous ne pouvions y passer quelques semaines sans avoir le désir bien naturel de vivre quelques heures au sein de cette université célèbre, et le temps que nous pouvions dérober à nos investigations dans l'exposition fut employé surtout à visiter les hôpitaux, les services, à assister aux cliniques des maîtres illustres et à noter les enseignements que nous y avions recueillis.

L'entreprise nous avait tout d'abord paru difficile. Ignorant des usages et des lieux, toujours pressé par le temps, incapable de soutenir une conversation ou de comprendre une leçon dans cette langue allemande, qu'il faut pratiquer longuement pour en vaincre les difficultés, nous craignions des obstacles que notre bonne volonté ne suffirait pas à surmonter. La bienveillance innée des Viennois, la confraternité médicale nous les ont aplanis. La population de Vienne n'a rien de cette rudesse et de cette roideur guindée qu'on reproche à l'Allemand du Nord : affable, prévenante, elle cherche à plaire, et ces mœurs polies appartiennent aussi bien à l'artisan, au bourgeois qu'à l'homme de science. Ensuite, dans les hôpitaux, la simple présentation d'une carte de docteur, le titre de professeur, très-estimé dans le monde des sciences et des lettres, suffisent à ouvrir toutes les portes; enfin, pour nous, les relations deviennent d'autant plus faciles que la langue française est très-généralement connue. Presque tous les médecins, les étudiants même la comprennent ou la parlent; ils lisent nos journaux, connaissent nos travaux, bien souvent s'en inspirent. Grâce à cet heureux concours de circonstances, nous avons trouvé auprès des professeurs de l'Université un accueil toujours convenable, souvent sympathique et auprès de leurs assistants plus jeunes, moins occupés, cet empressement cordial que la jeunesse studieuse accorde si volontiers à qui sait l'écouter et la suivre sur le terrain de ses études de prédilection. Ce sont les souvenirs de ces conversations trop courtes sur les institutions, les hôpitaux, la pratique que nous désirons transcrire ici d'une manière sommaire.

Hôpitaux. — Vienne possède de nombreux établissements hospitaliers, fondés et entretenus par la charité publique ou l'État; mais tous les moyens d'instruction sont concentrés dans un seul, l'hôpital

général, qui renferme toutes les cliniques, et dont les dépendances logent tous les services de la faculté. Il forme avec l'hôpital militaire et l'institut Josephinum, ancienne école de santé de l'armée, une île immense de constructions, presque un quartier. L'asile des aliénés et l'hôpital d'accouchements où ont lieu, chaque année, près de 8,000 naissances en dépendent, ainsi que différents musées et l'école d'anatomie.

Cet hôpital général (*Allgemeiner Krankenhaus*), fondé en 1783, par Joseph II, a été successivement et surtout en 1835 considérablement agrandi; sauf par sa longue façade à deux étages, il n'a rien de monumental : c'est un dédale de cours, de bâtiments carrés, uniformes, couvrant une superficie considérable. On ne compte pas moins d'une quinzaine de cours intérieures, cent dix salles de malades, deux mille cinq cents lits, une centaine de chambres ou salles particulières, car on y reçoit non-seulement les indigents, mais les malades payant depuis un demi-florin jusqu'à deux et quatre florins par jour. Des bâtiments isolés pour le service des malades, les bains, la cuisine, la pharmacie, et, à une extrémité, l'institut anatomique complètent l'établissement et forment un ensemble irrégulier, enchevêtré, un labyrinthe qui a les défauts de nos hôpitaux de Paris comme encombrement, sans en présenter les dispositions régulières, les grands escaliers, les larges portes, les avenues magistrales et la disposition monumentale. La première cour seule présente un aspect moins triste : grande, aérée, embellie par un jardin entretenu avec soin, des allées ombragées et des fontaines jaillissantes; elle sert de promenoir, et les bancs sont disposés de manière à recevoir un matelas et des malades couchés. C'est une excellente habitude, surtout pour les blessés, de leur donner ainsi les moyens de passer, pendant la belle saison, tout ou partie des heures de la journée, sur ces lits improvisés en plein air, et nous y avons souvent revu les opérés ou les blessés graves des services. Sur toutes les portes qui ouvrent dans ces nombreuses cours et conduisent aux salles de malades, est inscrit sur un tableau noir le titre de la clinique ou du service, le nom du professeur, et nous avions quelque raison de nous étonner de la profusion avec laquelle on les compte. En effet, la faculté de Vienne n'a pas moins de deux cliniques pour les maladies des yeux, deux pour les maladies de l'oreille, autant pour la syphilis, trois pour les maladies chirurgicales; en outre, une pour celles du larynx, deux pour les maladies internes, pour les maladies nerveuses, l'auscultation dans les maladies pulmonaires et du cœur, une pour les maladies de peau et celle d'accouchement. Pour expliquer cette multiplicité, il faut d'abord se souvenir que le grand hôpital est seul destiné à l'instruction, et il ne sera pas inutile, en outre, de montrer comment l'Université procède à l'enseignement et le comprend.

La Faculté. — Les professeurs qui sont officiellement chargés de l'enseignement n'ont pas tous le même rang et les mêmes attributions. Ils se distinguent en professeurs ordinaires, extraordinaires et *privat docent*. Le professeur ordinaire est le véritable titulaire, membre actif de l'Université, faisant partie du collége des professeurs et, de droit, membre des jurys d'examen; il est choisi parmi les savants que leur nom et leur réputation recommandent à l'attention publique; proposé par le collége, il est nommé par le ministre. Les appointements sont élevés et de plus les étudiants qui suivent son cours versent entre ses mains une certaine somme. Ainsi, c'est l'intérêt et l'importance d'un cours qui font la fortune du professeur et le zèle de celui-ci en est sans cesse stimulé.

Les professeurs extraordinaires sont variables en nombre, choisis le plus souvent parmi les *privat docentes* ou les professeurs distingués d'une faculté de province; leur nombre peut être illimité, et il suffit que la faculté désire s'adjoindre un spécialiste ou un homme marquant par quelques travaux pour que la proposition en soit faite et souvent acceptée.

Les *privat docentes* n'ont pas d'émoluments autres que le *stipendium* de leurs élèves. Ce sont des jeunes gens qui se sont fait connaître soit comme assistants, soit par leurs travaux scientifiques. Après une dissertation sur un sujet choisi parmi leurs études de prédilection, ils obtiennent l'autorisation de faire des cours libres sur le sujet qu'ils préfèrent; les plus distingués obtiennent souvent un service dans l'hôpital et acquièrent des titres pour le professorat.

Avec ce système si élastique, on comprend combien peuvent être nombreux les membres du corps enseignant et quel stimulant ils trouvent dans la concurrence et les avantages qui découlent de leur renommée. L'étudiant, d'ailleurs, n'est astreint à aucun cours; il reste complétement libre de son choix, et, pourvu qu'il fournisse son extrait de naissance, le certificat de maturité attestant qu'il a terminé avec succès les études humanitaires et un autre constatant son inscription depuis quatre semestres sur les registres de l'école et son assiduité à la fréquentation des cours et des dissections, il sera admis à subir successivement les trois examens du doctorat devant des jurys spéciaux, composés des professeurs ordinaires auxquels sont adjoints un commissaire du gouvernement et un coexaminateur nommés par l'État, tous deux docteurs, ayant le droit d'interrogation, chargés de surveiller, dans l'intérêt public et individuel, la valeur et la moralité des épreuves.

Certainement, pour donner une idée complète du fonctionnement de la faculté, il nous faudrait bien des détails sur la manière dont, en général, l'élève studieux ordonne ses études pendant les cinq années que, d'ordinaire, il passe à l'école, sur le mode, la matière des examens, etc., mais ce serait nous éloigner de notre but. Nous voulions seulement faire bien saisir le système d'enseignement, la base sur laquelle il repose et la prépondérance considérable donnée aux questions de pratique. Les professeurs ordinaires sont peu nombreux; presque tous, sauf ceux d'anatomie, de physiologie, d'anatomie pathologique ont leur chaire véritable dans les cliniques : c'est là surtout que doit s'enseigner la pathologie, la thérapeutique. Mais à côté d'eux, rivalisant avec eux, stimulant leur zèle ou remplissant toutes les lacunes, prennent place les professeurs extraordinaire et les *privat docentes*. Chacun est complétement libre et indépendant dans son enseignement; c'est l'étudiant qui, guidé par son intérêt, les condamne ou les soutient, car l'honoraire qu'il paye volontairement en s'inscrivant pour suivre un cours en est l'approbation, comme son éloignement en est la critique. Il y a pour nous, en France, dans cette sorte de vénalité de la science, quelque chose qui choque nos habitudes de gratuité et de générosité scientifiques, et ce sentiment préconçu nous met mal à l'aise pour juger nos voisins. Ont-ils tort de prétendre avec Du Bois-Reymond que l'esprit libéral des universités allemandes est en grande partie le résultat de cette disposition, que le système de la non-gratuité met en péril l'indépendance du professeur, la liberté de l'enseignement et l'assiduité des élèves, et que l'impitoyable concurrence, aiguillonnant l'intérêt, stimulant sans cesse les efforts, est la garantie de l'activité scientifique et professorale?

Quoi qu'il en soit, c'est sur les mêmes principes que sont établies toutes les universités allemandes dont les facultés de médecine ne sont qu'un rameau. Parmi les dernières, il en est beaucoup qui sont loin d'avoir les mêmes moyens et la même richesse que celle de Vienne, et, cependant, quelque petites qu'elles soient, à Pesth, Bonn, Greifswald, Gœttingue, Fribourg, Kiel, elles n'en forment pas moins souvent des savants illustres et des savants distingués. Il suffit même de deux ou trois de ces hommes marquants, pour lesquels elles font tout espèce de sacrifices, pour qu'elles jettent un vif éclat et attirent un grand nombre d'étudiants. Deux professeurs de clinique, un professeur d'anatomie pathologique et d'histologie, un physiologiste, aidés par des *privat docentes* enseignant les sciences accessoires et les éléments de l'art médico-chirurgical, suffise à former un enseignement toujours complet.

Autrefois, la chirurgie militaire constituait une branche à part, qui avait, à Vienne, dans l'institut Josephinum, fondé en 1785 par Joseph II, et l'hôpital militaire, son école spéciale. L'instruction professionnelle y était complète, et l'on distinguait deux catégories d'élèves: les uns, moins fortunés ou moins intelligents, n'avaient point fait complétement leurs études classiques, ils sortaient de l'école avec un grade inférieur, ne pouvaient arriver aux fonctions élevées, à celles par exemple de médecin traitant, de médecin en chef d'un régiment, et restaient toujours subalternes; leur durée de service était de huit ans; les autres, déjà distingués par les grades universitaires qu'ils avaient conquis, prenaient, à la fin de leurs études, le titre de docteur et constituaient, après leur sortie de l'école, l'état-major de la chirurgie militaire; ils devaient servir au moins dix ans. Les modifi-

cations profondes apportées au recrutement général et l'obligation égale pour tous du service militaire ont dû apporter à ce système un changement radical. Aujourd'hui, tout étudiant qui n'accomplit pas la durée réglementaire de service comme soldat doit à l'État une année comme sous-aide ; il étudie à la Faculté, prend ses grades de docteur et, rentré dans ses foyers, sera pendant dix ans susceptible d'être rappelé comme médecin militaire. Ceux, au contraire, qui veulent faire leur carrière dans l'armée, après avoir subi les épreuves du doctorat, passent directement, après concours, dans les hôpitaux militaires, y font un certain temps de stage et sont nommés définitivement médecins militaires. L'école spéciale a été licenciée cette année même, et l'on se demande, avec une certaine hésitation, ce qui sortira de cette réforme complète.

L'hôpital militaire, qui était autrefois l'école de santé, avait aussi ses cliniques, et quelques-unes, comme celle de Pitha, Stelwag von Carion, avaient une grande célébrité. Aujourd'hui, ce n'est plus qu'un hôpital ordinaire, plus important seulement par son étendue, car il contient neuf cents lits. Il est administré par un directeur et un sous-directeur, tous deux médecins militaires d'un grade élevé. En Autriche, l'autonomie du corps de santé est complète comme en Prusse, et l'on a depuis longtemps accepté et compris que, dans un établissement hospitalier, celui-là seul devait être chef et responsable qui, par sa profession, a charge de malades. Le sous-directeur, dont le rang hiérarchique correspond à celui de principal de deuxième classe, voulut bien nous faire les honneurs de l'établissement dont il était chargé et nous le faire visiter dans tous ses détails. Nous n'avons peut-être pas trouvé là tout ce luxe, ce brillant, cette exquise propreté qui caractérisent nos hôpitaux, mais il n'en existe pas moins dans les salles, les dépendances, une entente parfaite de l'hygiène et des soins médicaux : séparation des malades par catégorie, suivant le genre de maladie, salles spéciales pour les maladies des yeux, les affections chirurgicales, cutanées, syphilitiques, moyens hydrothérapiques élémentaires dans les salles de fiévreux, balances médicales, thermomètres, chambres d'examens avec tous leurs accessoires, etc. Le service y est fait par une compagnie de santé et par les sous-aides militaires ; chacun de ceux-ci est, en outre, affecté à un détail spécial : distributions, cuisine, bains, tenue des feuilles et des tableaux d'observation, autopsies.

Pourtant comme, sauf le cachet militaire et la discipline du personnel, les installations générales, le mode de traitement, le matériel ressemblent à celui de l'hôpital général, c'est dans une salle de ce dernier, véritable centre de la vie médicale, que nous allons nous introduire, en nous mêlant tout d'abord au cortége nombreux d'étudiants qui vont suivre le professeur Billroth. Nous y reviendrons, d'ailleurs, à plusieurs reprises, regardant, chaque fois, avec plus d'attention, écoutant, avec plus de profit, les actes ou les paroles du maître.

(*A suivre.*)

NÉCROLOGIE

Nous avons la profonde douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Révillout, inspecteur honoraire des eaux de Luxeuil, décédé le 10 avril 1874, dans sa soixante-dix-neuvième année.

Après une longue vie toute consacrée à ses devoirs professionnels, notre vénéré confrère n'avait pas craint, au jour des grandes épreuves, de venir s'enfermer dans Paris assiégé. Là, son grand âge ne l'avait pas arrêté, et il partageait, avec une activité extraordinaire, les fatigues des nombreux services ambulanciers acceptés par son fils, notre distingué et dévoué coopérateur dans ce journal. Bien plus, il avait demandé lui-même et obtenu un service considérable à la caserne Latour-Maubourg (aux Invalides), et lorsque le bombardement se déchaîna furieux sur cette partie de Paris, notre vénéré confrère suivait paisiblement chaque jour la rue de Babylone pour se rendre où son devoir l'appelait. Aussi n'y avait-il eu qu'une voix pour applaudir à la pensée, si délicate et si juste, qui fit attacher, le même jour, sur la poitrine du père et du fils le ruban de la Légion d'honneur.

Mais de telles angoisses patriotiques ébranlent à jamais un homme de soixante-quinze ans, quelque belle que soit sa constitution. Le siége de Paris avait fait lentement son œuvre, et, vendredi, entouré de la compagne si dévouée de sa vie et de ses trois enfants, le docteur Révillout s'éteignait subitement.

Devant cette mort si cruelle, on ne peut que s'incliner silencieusement; cependant une pensée de consolation se fait jour à travers les larmes, quand on voit une vie toute d'honneur et de dévouement si justement récompensée dans la couronne que faisaient à notre regretté confrère les trois enfants qui étaient tout son orgueil : l'un professeur à la faculté des lettres de Montpellier; l'autre, médecin praticien, notre cher ami, si apprécié de nos lecteurs; le troisième, enfin, qui s'est fait déjà un nom très-estimé en linguistique. Aussi, à un nombreux concours d'amis, s'étaient joints des représentants éminents des lettres, de la médecine et de l'Institut, qui avaient tenus à honneur de venir payer leur tribut de douloureuse sympathie à une famille si digne d'estime et si cruellement frappée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Le doyen de la Faculté de médecine vient de décider qu'à l'avenir les thèses ne pourront être livrées à l'imprimeur qu'après avoir été revêtues du *visa* du doyen. En outre, le manuscrit devra être *entièrement* terminé avant d'être présenté au *visa*, et il sera indispensable de produire, en même temps, l'acte de naissance et toutes autres pièces pouvant servir à établir l'identité.

Enfin, en vertu de la même décision, le nombre d'exemplaires à livrer à la Faculté est porté de 100 à 110.

— Les épreuves du concours pour le bureau central (médecine) ont commencé lundi 13 avril devant un jury composé de MM. Vernois, Bourdon, Parrot, Isambert, Millard, Dumontpallier, Gallard, Depaul, J. Simon.

— Samedi dernier a eu lieu, à la Sorbonne, la distribution des récompenses aux membres des sociétés savantes des départements. Parmi les lauréats, nous relevons : M. le docteur Fines, à Perpignan, qui a reçu une médaille d'or, et M. le docteur Quélet, botaniste, à Hémoncourt, qui a été nommé officier d'Académie.

— *Corps de santé militaire.* — Conformément à une décision ministérielle du 8 décembre 1871, et sur la proposition du conseil de santé des armées, le ministre de la guerre a arrêté que les noms des officiers de santé militaire ci-après désignés, qui ont produit les meilleurs travaux scientifiques en 1873, seront insérés, à titre de témoignage de satisfaction, dans le *Journal militaire officiel*, savoir :

MM. Lemarchand, médecin-principal de 1re classe; Wallin, Guillemin, Libermann et Widal, médecins-majors de 1re classe ; Baudon, Tachard, Challan, médecins-majors de 2e classe ; Ferran, Noguès, Mathieu, Raoult, Morand, Tourainne, médecins-majors de 1re classe; Richard, médecin aide-major de 1re classe ; Milon, médecin-major de 2e classe ; Viry, Buez, médecins aides-majors de 1re classe ; Delabausse, Claudot, médecins-majors de 2e classe; Creissel, médecin aide-major de 1re classe; Renard, médecin aide-major de 2e classe ; Gayda, médecin aide-major de 1re classe ; Bussard, médecin aide-major de 2e classe ; Longet, Richon, médecins-majors de 2e classe; Alban, médecin aide-major de 2e classe ; Martrès, médecin-major de 1re classe ; Baudouin, Sédan, Accolas, médecins aides-majors de 1re classe ; Boyreau, médecin-principal de 2e classe ; Noizet, Régnier, médecins-majors de 2e classe : Demmler, médecin aide-major de 1re classe :

MM. Debeaux, pharmacien-major de 1re classe ; Commaille, pharmacien-major de 2e classe; Latour, pharmacien principal de 2e classe; Mullet, pharmacien-major de 2e classe; Amsler, pharmacien aide-major de 1re classe ; Perron, pharmacien aide-major de 2e classe.

— La Société de médecine légale a nommé membres honoraires, M. Ernoul, membre de l'Assemblée nationale, ancien ministre de la justice, et M. Vautrain, président du conseil municipal; membres titulaires, M. le docteur Leblond, et M. le docteur Charpentier.

Pour compléter son personnel, la société aura à pourvoir prochainement à la nomination de huit membres titulaires et de vingt-cinq membres correspondants nationaux.

Pour le moment, elle a déclaré la vacance de quatre places de membres titulaires, et de douze places de membres correspondants. MM. les candidats sont priés d'adresser promptement leur demande et les titres à l'appui au secrétariat général.

— M. le docteur Mandl recommencera ses *conférences cliniques sur les maladies du larynx et des voies respiratoires*, à sa clinique, 12, rue Gît-le-Cœur, jeudi prochain 17 avril, à deux heures, à la suite de la consultation qui commence à midi, et les continuera les jeudis suivants.

— Un professeur devant s'établir avec sa famille, pour la saison des vacances (de juillet à octobre), sur les côtes de Normandie, se chargerait volontiers de quelques enfants, pour tout ou partie de cette période.

S'adresser, pour les renseignements, 61, rue Caumartin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Acné et couperose, leur traitement par une nouvelle méthode. — *Des cosmétiques de la face, de la bouche et de la chevelure*, par le docteur Constantin James. — Brochure in-18. — Prix : 1 franc. G. Masson.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. — Toutes ces thèses se trouvent chez M. Coccoz, libraire-éditeur, 30, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 44. — JEUDI 16 AVRIL 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 16 AVRIL 1874. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les vacances de Pâques amènent périodiquement tous les ans, à cette époque de l'année, quelques-uns des honorables correspondants de nos départements à la tribune de l'Académie. M. Bardinet, le savant directeur de l'école de médecine de Limoges, est l'un des plus fidèles et des plus exacts à ce rendez-vous. Il est peu d'années où il n'ait eu quelque communication intéressante à faire. Cette année, il a entretenu l'Académie d'une sorte de drame pathologique qui s'est passé dans une localité de l'ancien Limousin, à laquelle l'histoire et l'art ont fait plus d'un genre de célébrité. La scène se passe à Brive. Au milieu d'une honnête population il se produit une étrange émotion, des symptômes morbides singuliers, suspects, et qu'il faut bien reconnaître enfin pour ce qu'ils sont, la syphilis, se manifestent çà et là dans la ville, dans des familles qui, par leurs habitudes et leurs mœurs, semblaient devoir être à tout jamais à l'abri d'une semblable effraction; c'était comme une traînée de contagion syphilitique qui envahissait successivement et gagnait de proche en proche femmes, maris et enfants. Que l'on juge de l'étonnement, de l'émotion, des soupçons pénibles, des accusations réciproques, du désordre moral en un mot que cause cette étrange et inattendue révélation. Et notez que ce sont les plus innocentes à coup sûr et les moins suspectables de ces victimes qui succombent, de pauvres petits enfants.

Que s'était-il passé? Le doigt d'une sage-femme avait fait tout le mal. Ce malheureux doigt avait été s'imprégner on ne sait où du virus syphilitique, était devenu l'agent inoculateur et avait successivement importé la syphilis chez toutes les femmes enceintes qui avaient eu recours à l'assistance de la sage-femme; d'où le mal s'était naturellement transmis aux maris et aux enfants.

Le drame s'est terminé judiciairement par la mise en accusation et la condamnation de la sage-femme, pour délit d'homicide par imprudence et d'exercice illégal de la médecine. Mais l'œuvre de la justice faite, tout n'était pas fini. M. Bardinet, qui avait été chargé par le parquet d'une enquête médicale sur cet événement, a pensé avec raison que le résultat de cette enquête ne devait pas rester confiné dans le prétoire, et qu'il intéressait trop le corps médical pour qu'il ne dût pas le porter à sa connaissance. Tel a été le but de sa communication d'hier, qui a été écoutée avec le plus vif intérêt.

M. J. Guérin a été appelé par l'ordre du jour à la tribune, pour la suite de la discussion sur le choléra. Les longues intermittences auxquelles sont soumises depuis quelque temps les discussions sur les trois ou quatre grandes questions pendantes devant l'Académie, ont l'inconvénient de faire perdre la suite des idées qui se produisent ainsi à bâtons rompus, et d'obliger en quelque sorte les orateurs à d'inévitables redites, en les mettant dans la nécessité, pour replacer la discussion sur ses deux pieds, de rappeler les argumentations précédentes. C'est un peu ce qui est arrivé hier. M. J. Guérin désirant défendre sa doctrine de la genèse du choléra contre les nombreuses objections qui y ont été faites, a dû reprendre en grande partie les textes de ses contradicteurs, afin de combattre une à une leurs objections, il en est résulté que le temps lui a manqué pour compléter sa nouvelle argumentation. Elle sera reprise dans la séance prochaine. Nous en ferons ressortir alors les points principaux.

Dr BROCHIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. DOLBEAU

De la carie dentaire.

(Leçons recueillies par M. V. PIETKIEWICZ.)

I.

Messieurs,

« Les maladies des dents, disait Velpeau, sont l'origine de presque toutes les affections des mâchoires. » La suite de ces leçons vous prouvera sans doute qu'il n'y avait rien d'exagéré dans cette assertion de notre illustre maître.

De toutes les maladies des dents, la plus fréquente, la plus importante sans contredit, est la carie. Nous l'étudierons avec soin.

Les vices de conformation nous offrent peu d'intérêt. Les fractures et les luxations ne nous arrêteront pas davantage, que ce soit un traumatisme ou des tentatives d'extraction qui les aient occasionnées. Nous attirerons cependant votre attention sur ces petites fractures de l'émail, que déterminent souvent de brusques changements de température ou la rencontre dans les aliments d'un corps dur, comme un fragment d'os ou un petit caillou.

Ces fêlures, qui passent souvent inaperçues, constituent une cause prédisposante à la carie.

Les dents peuvent être aussi le siége de maladies pendant leur évolution dans les mâchoires. Par des anomalies de position et de développement, elles peuvent encore devenir l'origine d'affections graves du maxillaire. C'est le plus souvent la dent de sagesse qui provoque ces accidents.

L'inflammation de la dent en totalité n'existe pas, mais la carie engendrant une série de phénomènes inflammatoires des parties voisines, doit être l'étude préliminaire du plus grand nombre des affections des mâchoires.

Avant d'aborder ces sujets, nous ne croyons pas inutile de rappeler en quelques mots l'anatomie normale de l'organe dentaire. Dans cet organe, nous trouvons : 1° des parties dures : dentine, émail, cément ; 2° des parties molles : la pulpe et le périoste alvéolo-dentaire.

L'ivoire ou dentine, constituant la plus grande partie de la dent, se compose d'une substance fondamentale parcourue par un grand nombre de canalicules anastomosés, s'ouvrant dans la cavité dentaire par un orifice en contact immédiat avec la pulpe, tandis que, par leur extrémité opposée, ils constituent à la face externe de la dentine un riche réseau anastomotique présentant de nombreux renflements. Dans la symptomatologie de la carie, nous verrons quel intérêt particulier nous offre l'étude de l'ivoire ; car tandis que les parties moyennes ou profondes de la dentine sont à peu près insensibles, cette couche du réseau présente, au contraire, une sensibilité extrême.

Dans l'épaisseur de la dentine se trouve une cavité centrale dont les dimensions varient avec l'âge ; considérable chez l'enfant, elle se rétrécit constamment et finit par disparaître complétement ou à peu près chez le vieillard.

Sa partie la plus large correspond au niveau du collet de la dent ; c'est en ce point que l'organe est le plus facilement attaquable par les instruments, aussi a-t-il été choisi comme lieu d'élection pour la trépanation de la cavité dentaire. Là, en effet, la dentine constitue à peu près seule la paroi de la dent, à peine y trouvons-nous une mince couche d'émail ou de cément.

L'émail recouvre la surface externe de la couronne. Très-épais vers le sommet de la dent, il s'amincit progressivement pour se terminer au niveau du collet. Formé d'une infinité de prismes immédiatement accolés, l'émail contient quelquefois de petites lacunes qui laissent l'ivoire à nu et le prédisposent ainsi à la carie.

Le cément est de l'os ; il recouvre toute la racine ; commençant au niveau du collet par un bord très-mince, il s'épaissit de plus en plus jusqu'au sommet de la racine.

La pulpe dentaire, moulée exactement sur les parois de la cavité centrale de l'ivoire, est un organe mou, de couleur rosée, composée d'une trame fibreuse et de matière amorphe renfermant des noyaux embryoplastiques. Un faisceau vasculo-nerveux très-riche pénètre par l'extrémité de chaque racine dans le sein de la pulpe et s'y ramifie en mailles nombreuses et serrées.

Le périoste alvéolo-dentaire diffère peu du périoste osseux ordinaire. Interposé entre l'alvéole et le cément, il adhère surtout à ce dernier ; au niveau du collet, il se continue avec la muqueuse gingivale, tandis qu'à l'extrémité de la racine il forme une gaîne au faisceau vasculo-nerveux de la pulpe.

Abordant maintenant l'objet de cette leçon, nous passerons successivement en revue l'anatomie pathologique de la carie, son étiologie, sa marche, ses symptômes, ses complications, et nous terminerons par quelques indications concernant le traitement.

Dans les *lésions* de la carie, nous distinguerons trois degrés divers correspondant à autant de périodes de l'altération :

1er degré. — Carie superficielle ou de l'émail ;

2e degré. — Carie moyenne ayant déjà envahi plus ou moins profondément les couches d'ivoire sous-jacentes à l'émail ;

3e degré. — Carie profonde. L'ivoire est ramolli dans toute son épaisseur ; la cavité de la pulpe est perforée.

Dans la carie superficielle, l'émail, devenu opaque, friable en un point, a disparu laissant l'ivoire à nu. Si l'on pratique une coupe mince à ce niveau sur une dent ainsi altérée, on voit alors que l'ivoire est devenu, en ce point, le siége de phénomènes particuliers. Un cône blanc, transparent, à base extérieure, à sommet tronqué dirigé vers la cavité de la pulpe, occupe une plus ou moins grande partie, et quelquefois toute l'épaisseur de l'ivoire au niveau de l'altération de l'émail. Cet aspect est dû à l'oblitération d'une partie ou de la totalité des canalicules par de la dentine de formation nouvelle (dentine secondaire de Tomes et Owen).

Ce cône est le produit de la résistance de l'organe dentaire contre l'envahissement de l'altération par suite de la suractivité des fonctions de la pulpe. Cette production de dentine secondaire se fait aussi quelquefois en dehors des canalicules et empiète sur la cavité de la pulpe qui se trouve ainsi refoulée. C'est là le mécanisme de la guérison spontanée de la carie, et, dans beaucoup de circonstances, nos efforts thérapeutiques devront tendre à provoquer cette réaction fonctionnelle.

La *carie moyenne* est un degré plus avancé de l'affection; les couches d'ivoire immédiatement placées sous l'émail se sont ramollies et creusées d'une cavité quelquefois très-grande relativement à l'étroitesse de son orifice. Dans sa marche envahissante, la carie a pour ainsi dire décollé l'émail s'étendant surtout en largeur, à cause sans doute de l'obstacle que lui oppose le cône de résistance dont nous venons d'étudier tout à l'heure le mode de production. Deux caries ayant débuté isolément par des pertuis quelquefois très-petits peuvent ainsi se trouver réunies et ne former qu'une vaste cavité sous l'émail. Dans ce cas encore nous voyons certains individus très-surpris de sentir tout à coup se briser une dent dont ils ne soupçonnaient nullement l'altération ; l'émail miné, pour ainsi dire par la carie, s'est affaissé sous une pression même très-légère.

Au niveau de l'orifice, les bords de l'émail sont friables et crayeux dans une plus ou moins grande étendue. Au-dessous de ces bords on rencontre des couches d'ivoire jaunâtres, ramollies, de consistance gélatineuse, mais dont l'altération décroît en se rapprochant du centre de la dent jusqu'à ce qu'on atteigne la couche d'ivoire restée normale, si la carie a une marche rapide ; ou, devenu le sujet de phénomènes de dentification secondaire, si la pulpe a réagi contre les causes de destruction de la dent. Le contenu de la carie est représenté par une masse pulpeuse toujours acide tant que l'affection progresse, renfermant des débris d'origine dentaire comme des prismes de l'émail et des fragments d'ivoire altérés, d'autres substances telles que des cellules épithéliales et des leucocythes provenant de la bouche, ou encore quelques parasites végétaux et animaux ; enfin des matières diverses de provenance alimentaire.

La *carie profonde* ou du troisième degré est caractérisée par l'envahissement de l'ivoire dans toute sa profondeur et la perforation de la cavité centrale. Les dimensions de l'orifice de communication et la longueur du trajet varient suivant les cas

Le plus souvent cet accident provoque, du côté de la pulpe, des phénomènes inflammatoires d'intensité variable, pouvant aller jusqu'à la destruction complète, soit par suppuration, soit par gangrène. La phase extrême de cette période est marquée par la disparition de la couronne et le ramollissement des racines.

Étiologie. — Il y a quelques années encore, on admettait une carie de cause interne, vitale, c'est là une opinion absolument erronée. La carie est une maladie qui marche constamment de dehors en dedans. De très-nombreuses et très-intéressantes expériences dues à M. le docteur Magitot ont prouvé que la carie était toujours due à une action chimique des liquides de la bouche sur les tissus de la dent, et avec lui nous mettons au défi de fournir un seul exemple de carie interne. En laissant plongées dans certains liquides pendant un temps fort long (deux années), des dents libres ou recouvertes d'un enduit protecteur, à l'exception d'un seul point de leur surface, M. Magitot est arrivé à produire expérimentalement la carie dentaire à tous ses degrés et avec tous ses caractères anatomiques, sauf, bien entendu, les phénomènes de dentification secondaire, puisque ceci se passait en dehors de l'organisme. Les liquides employés étaient des solutions de substances susceptibles de se trouver dans la bouche. Nous ne pouvons entrer ici dans tous les détails de ces recherches, nous dirons seulement qu'il résulte de cette longue série d'expériences que ce sont surtout les liquides acides ou sucrés après leur fermentation et les matières albuminoïdes fermentées qui sont les agents les plus actifs de la carie dentaire, les uns attaquant seulement l'émail ou seulement l'ivoire, les autres altérant l'ensemble des tissus. Nous citerons cependant en particulier l'alun, à cause de son fréquent usage dans la thérapeutique des affections de la bouche, et dont l'action désorganisante sur l'émail est des plus marquées. La salive normalement alcaline, mais pouvant devenir le siége de fermentations fréquentes ou de modifications par suite de troubles de la santé générale, est donc l'agent de la carie dentaire. C'est là maintenant un fait hors de doute mis en lumière par les travaux de M. Magitot.

Une cause des plus fréquentes et contre laquelle on ne saurait trop mettre en garde est l'emploi de certains dentifrices acides ou renfermant de l'alun, qui agissent chimiquement sur les dents et ne doivent même leur réputation qu'à cette action altérante.

En outre de ces causes efficientes, nous trouvons encore un certain nombre de causes prédisposantes. Ainsi, les petites fractures ou fêlures de l'émail dont nous avons parlé au commencement de cette leçon; les troubles de l'évolution dus à des maladies de la première enfance ou même de la vie fœtale, amenant des lésions de l'émail ou de l'ivoire qui exposent la dent pour plus tard et déterminent les caries des dents homologues. Enfin l'influence de l'hérédité s'exerçant chez l'individu et dans la race ne saurait non plus être mise en doute, c'est ainsi que M. Magitot explique la carie endémique chez certaines populations. (*A suivre.*)

HOPITAL DE RIOM. — M. Aguilhon.

Gangrène symétrique des extrémités.

Par le docteur Faure, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin adjoint de l'hôpital de Riom.

La femme L..., habitant un petit hameau près de Riom, jouit habituellement d'une bonne santé. Elle paraît avoir une constitution assez vigoureuse; brune, un peu maigre, d'une taille moyenne; ses joues sont très-colorées. Mère de trois enfants qui sont vivants et bien portants; — le dernier a huit ans. — Elle a toujours été réglée régulièrement. Cette femme se livre habituellement aux travaux des champs et se nourrit assez mal, comme toutes les personnes de sa condition, vivant principalement de pain blanc — exceptionnellement de pain de seigle, — de légumes et de viandes de porc. Enfin elle ne se rappelle pas avoir été sujette à ressentir pendant les hivers le froid aux mains ou aux pieds d'une manière pénible; elle n'a jamais eu d'engelures.

Le 18 août 1872, ayant très-chaud, L... se lava les mains et les pieds dans une eau de source très-froide; les jours suivants elle eut un embarras gastrique fébrile qui la retint au lit pendant une dizaine de jours.

Un mois après, le 16 septembre, notre malade ressentit dans le pied gauche une légère douleur, qui l'obligea à quitter ses souliers et à prendre des sabots; elle s'aperçut en même temps que son pied avait une teinte bleuâtre. Elle continua à vaquer à ses occupations jusqu'au 19, jour où la douleur devint assez forte pour l'obliger à garder le lit; elle fit cependant à pied environ un kilomètre pour venir à la consultation du bureau de bienfaisance, où on lui prescrivit des frictions avec le baume opodeldoch. Deux jours après, les douleurs devenant plus fortes, elle entra à l'hôpital de Riom dans le service de M. le docteur Aguilhon.

21 septembre. — A son entrée, cinq jours après le début de la maladie, on constate que les orteils du pied gauche ont une teinte bleuâtre; cette teinte est beaucoup plus foncée sous les ongles, elle s'étend un peu sur la face dorsale du métatarse; on remarque en outre sur le dos du pied de petites taches rouges analogues à celles du purpura. — A la face plantaire du gros orteil on remarque sur une étendue d'un centimètre carré une teinte blanche, comme si la peau était exsangue à ce niveau. Les orteils du pied droit présentent aussi une teinte bleuâtre; mais elle est beaucoup moins prononcée et n'existe qu'à l'extrémité des orteils, principalement sous les ongles. Au toucher on trouve que les orteils du pied gauche sont chauds, tandis que ceux de droite sont froids. Des douleurs assez vives se font sentir dans les orteils du pied gauche lorsque la malade veut les remuer et lorsqu'on les touche; mais au repos la douleur est presque nulle. Du côté droit la malade peut remuer les orteils, et l'on peut les toucher sans provoquer aucune douleur.

Du côté des mains il existe aussi une teinte bleuâtre occupant les extrémités des doigts; cette teinte est beaucoup plus prononcée sur la main gauche que sur la droite.

L'auscultation et la percussion ne font découvrir aucune lésion du cœur ni des poumons. Les veines des membres inférieurs ne sont pas variqueuses. L'état général est bon; la peau n'est pas chaude, le pouls n'a pas une fréquence normale; l'appétit est conservé.

24 septembre. — La teinte des orteils à gauche est beaucoup plus foncée et tire sur le noir; la malade y a ressenti pendant la nuit des douleur très-vives, que la chaleur du lit exaspère; aussi laisse-t-elle ses pieds hors du lit. Elle a un peu de fièvre, la peau est chaude, le pouls est à 92, la langue est blanche, l'appétit est perdu. On prescrit des frictions avec un liniment ammoniacal.

27 septembre. — Des douleurs ont apparu dans les orteils du pied droit et dans les doigts des mains; ces douleurs sont très-vives. Les orteils du pied droit sont toujours froids au toucher, et leur teinte bleuâtre n'est pas plus foncée. Des tâches rouges ont apparu sur le dos du pied droit, tandis que celles qui existaient à gauche ont disparu. Un gonflement œdémateux assez considérable s'est produit sur le dos des pieds et des mains; tous les doigts sont gonflés. On prescrit des pilules d'opium.

28 septembre. — L'opium a calmé les douleurs, et la malade a pu dormir la nuit. La chaleur est revenue dans les orteils du pied droit, et ils ont pris une teinte beaucoup plus foncée qui se rapproche de celle des orteils gauches. Le gonflement du dos des pieds et des mains a beaucoup augmenté. Le bout du nez présente une teinte rouge violacé.

30 septembre. — Les douleurs ont beaucoup diminué; le gonflement des mains et du pied gauche a disparu; celui du pied droit existe encore; les orteils de ce côté ont pris une teinte identique à

à celle des orteils du pied gauche; cette teinte est noire comme celle de l'ébène; elle a diminué d'étendue et s'est limitée à une portion de chaque orteil; son étendue varie d'un orteil à un autre; mais elle est sensiblement la même sur chaque orteil correspondant de droite et de gauche. Sur le pied gauche la peau des orteils commence à se dessécher et à se plisser. Aux doigts la coloration bleuâtre a diminué, les douleurs et le gonflement ayant aussi disparu, on est porté à croire que, du côté des mains, le travail morbide a cessé et qu'il ne se produira pas de gangrène.

3 octobre. — Sur le pied droit, les bouts des orteils se dessèchent comme à gauche et prennent l'aspect des parties atteintes de gangrène sèche. Toute douleur a disparu. Il y a toujours un peu de fièvre, le pouls est à 92, la langue est blanche, l'appétit n'est pas revenu.

5 octobre. — Les parties mortifiées des orteils sont sèches et carbonisées; elles sont nettement limitées par un petit sillon rouge; de petites phlyctènes existent tout autour sur les parties saines. Ses douleurs ayant complétement cessé, la malade peut se lever et marcher dans la salle. La teinte violacée du bout du nez est plus foncée; elle occupe une étendue d'un centimètre carré.

17 octobre. — Des douleurs vives ont reparu dans les doigts de la main gauche; la peau qui recouvre toute la dernière phalange est devenue noirâtre. Du côté des orteils, les escarres commencent à se détacher des parties saines.

19 octobre. — Un gonflement considérable s'est produit sur les doigts et le dos de la main gauche; la flexion des doigts est impossible; les douleurs ont diminué. La peau des pommettes présente sur une petite étendue une teinte violacée semblable à celle de l'extrémité du nez.

1er novembre. — Les doigts de la main droite deviennent à leur tour douloureux et prennent une teinte noirâtre à leurs extrémités. Sur les doigts gauches la peau est desséchée et racornie.

20 novembre. — Le travail d'élimination très-avancé sur les orteils commence sur les doigts; à la limite des parties mortifiées la peau est rouge et couverte de petites phlyctènes. La malade sort de l'hôpital.

Je la revois le 31 mars 1873. Les bouts de tous les orteils sont tombés avec la plus grande partie de la dernière phalange; aucun d'eux n'a conservé d'ongle. Aux mains, le petit doigt est à peine déformé, il est effilé à son extrémité, mais il ne paraît pas avoir perdu de portion d'os, son ongle a sa forme normale. Les médius droit et gauche et l'annulaire gauche ont perdu toute la troisième phalange; ils sont terminés par un moignon arrondi et sont dépourvus d'ongle. Les autres doigts ont conservé une portion de la troisième phalange et sont munis d'un ongle, mais cet ongle est déformé. Sur la pointe du nez on voit une cicatrice très-superficielle; les pommettes n'en présentent pas.

Un an après, le 24 mars 1874, les ongles ont repoussé sur le petit orteil de chaque pied et sur le gros orteil du pied gauche; tous les autres orteils en sont dépourvus. A la main gauche le pouce et le petit doigt sont munis d'un ongle dont la forme est régulière; l'index présente un ongle déformé; les deux autres doigts en sont dépourvus. A la main droite, le pouce et le petit doigt sont aussi munis d'un ongle à forme régulière; tous les autres doigts ont des ongles déformés.

Quoique les deux pouces aient une conformation en apparence régulière, on ne sont cependant sous l'ongle aucun corps résistant, et la malade ne peut pas se servir de ses pouces comme avant sa maladie; il n'y a donc pas eu reproduction de tissu osseux.

La malade nous dit que lors des changements des temps, elle éprouve des douleurs dans les doigts et les orteils, tandis qu'avant sa maladie elle n'éprouvait rien de semblable. Elle nous dit en outre que, lorsqu'il fait froid, ses doigts et ses orteils deviennent comme morts et qu'elle ne peut plus s'en servir; elle nous affirme que jamais elle n'avait éprouvé une sensation semblable avant sa maladie.

Cette observation me paraît présenter un type complet de la maladie décrite par mon ami le docteur Maurice Raynaud, sous le nom de *gangrène symétrique des extrémités;* elle présente de nombreuses analogies avec l'observation XV de sa thèse inaugurale; dans les deux cas, la maladie a présenté les mêmes symptômes, la même marche et la même terminaison.

Au point de vue étiologique, je rappellerai que chez ma malade il n'existait aucune des causes prédisposantes signalées par M. Raynaud; elle n'avait ni les attributs du tempérament lymphatique, ni ceux du tempérament nerveux; elle n'avait aucune disposition à contracter des engelures; elle n'avait jamais eu de névroses; sa menstruation avait toujours été régulière et n'a pas cessé de l'être pendant et après sa maladie.

Doit-on considérer comme une cause occasionnelle l'imprudence qu'elle a commise de plonger ses pieds et ses mains dans une eau très-froide alors qu'elle avait la peau couverte de sueur? L'embarras gastrique qui suivit et qui persista dix jours a-t-il été le premier indice du trouble de l'économie? Je ne le pense pas; car, à la suite de cet embarras gastrique, il s'est passé environ quinze jours pendant lesquels la malade n'a ressenti aucun malaise et s'est livrée à ses travaux habituels.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 avril 1874. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qni ont régné, pendant 1873, dans le département de l'Allier.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une lettre de remercîments de M. Reverdin, lauréat de l'Académie; 2° une lettre de l'Académie royale des sciences, à Amsterdam, accompagnant l'envoi de plusieurs mémoires et bulletins; 3° un travail de M. Blanc sur l'emploi topique de la feuille de choux en médecine (Comm. : MM. Delpech et Verneuil); 4° un rapport de M. le docteur Rinaldi sur l'épidémie de choléra de la province de Constantine pendant les années 1873-1874.

PRÉSENTATIONS

M. Larrey présente : 1° de la part de M. le docteur Guipon (de Laon) un travail sur les propriétés abortives du perchlorure de fer dans la variole; 2° de la part de M. le docteur de Séré deux brochures, l'une sur le rôle de l'estomac et du pylore dans la digestion, l'autre sur le diagnostic des signes de la mort; 3° au nom de MM. les docteurs Joly et Peyret une étude sur un pygopage humain et bifemelle; 4° de la part de M. le docteur Gubian une brochure sur le traitement de la syphilis par les eaux de la Motte-les-Bains.

M. Fauvel présente, au nom de MM. les docteurs Berger et Rey, un volume intitulé : *Répertoire bibliographique des travaux des médecins et des pharmaciens de la marine française.*

M. le Président annonce que MM. Bardinet (de Limoges), Seux (de Marseille) et Cazeneuve (de Lille), assistent à la séance.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre associé étranger et d'un membre correspondant étranger.

Les listes de présentation portaient, pour la place d'associé étranger, en première ligne : M. Richard Owen; en deuxième ligne *ex æquo :* MM. Donders et Hooker, et, pour la place de correspondant étranger, en première ligne; M. Corrigan (de Dublin); en deuxième ligne *ex æquo :* MM. Schwan (de Liége) et West (de Londres).

MM. Richard Oven et Corrigan sont élus à l'unanimité : l'un, membre associé étranger, l'autre, membre correspondant étranger.

LECTURE

Syphilis communiquée par le doigt d'une sage-femme. — M. BARDINET, directeur de l'école de médecine de Limoges, donne lecture d'une note ayant pour titre : *Syphilis communiquée par le doigt d'une sage-femme à un grand nombre d'accouchées de la ville de Brive, et transmise aux maris ainsi qu'aux enfants de plusieurs d'entre elles, pendant le cours de l'année* 1873. Ce titre seul indique sommairement le fait collectif important dont il s'agit et qui peut se résumer par l'énoncé des faits principaux sur lesquels a porté l'enquête que M. Bardinet a été appelé à faire :

Une sage-femme éprouve au médius de la main droite un accident local, qui ne dure pas moins d'une année.

Quelque temps après, elle présente les symptômes d'une syphilis en voie de généralisation : affaiblissement, douleurs rhumatoïdes, chute des cheveux et des sourcils.

Mêmes accidents chez son mari.

Vient ensuite le tour des femmes qu'elle accouche : la plupart d'entre elles perdent leurs cheveux, comme la sage-femme, et éprouvent des accidents secondaires que M. Bardinet peut personnellement constater.

Leurs maris, quand ils ne s'abstiennent pas de tout rapport intime, sont atteints.

Les nouveau-nés le sont aussi : plusieurs d'entre eux succombent.

On peut, en somme, évaluer à plus de cent le nombre des personnes atteintes.

C'est au développement et à la démonstration de ces faits dans tous leurs détails qu'est consacré le travail de M. Bardinet, dont la lecture a été écoutée avec le plus vif intérêt et accueillie par des bravos unanimes.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

M. J. GUÉRIN rappelle les circonstances dans lesquelles il a porté devant l'Académie la question des origines du choléra et les importantes déductions qu'il en avait tirées au point de vue non-seulement de l'étiologie, mais aussi de la pathologie, de la thérapeutique et de la prophylaxie du choléra. Il rappelle que les diverses théories soutenues jusque-là n'avaient, à ces points de vue, fourni aucune solution satisfaisante et qu'il croyait avoir été plus heureux en proposant cette genèse du choléra. Malgré ses efforts, l'Académie n'a point partagé ses convictions et a continué à soutenir la doctrine de l'importation.

M. J. Guérin passe en revue les discours de ses différents adversaires : M. Fauvel, dit-il, m'a accusé d'avoir improvisé un système de cabinet, et il a été assez bienveillant pour ajouter que je l'avais défendu avec toute l'habileté et toutes les ruses de l'avocat; il a dit, en outre, que je m'étais dérobé à la discussion et a cherché à démontrer que toute la vérité était contenue dans son œuvre, le rapport à la conférence de Constantinople. Quant à moi, j'attends encore que notre collègue nous prouve les bons résultats auxquels l'a conduit sa méthode. M. Fauvel, ajoute M. Guérin, a terminé son discours par une prophétie; il avait prédit que mes doctrines n'étant que des fantômes, personne ne se donnerait la peine de les combattre. M. Fauvel n'a pas été heureux dans cette prophétie, et je pourrais m'écrier, comme Oreste : « Grâce au Ciel, mon bonheur (ou mon malheur) passe mon espérance ». En effet, cinq collègues m'ont fait l'honneur de prendre part à la discussion.

M. Chauffard est entré plus sérieusement dans l'examen de ma doctrine ; après avoir rappelé très-exactement tous les documents antérieurs et avoir surtout insisté sur le rapport international qu'il considérerait volontiers comme un dogme, il a examiné avec un grand soin les faits que j'avais présentés, les idées que j'avais émises, et je déclare avoir été extrêmement flatté d'être discuté par un adversaire aussi sérieux et aussi courtois.

M. Hervieux a rappelé la doctrine soutenue par M. Chauffard et s'en est déclaré partisan; mais il a ajouté deux choses d'une certaine importance : la première consistant à admettre une sorte de trait d'union, de mariage entre le choléra sporadique et le choléra asiatique; la seconde à reconnaître la permanence de certaines formes de choléra pouvant expliquer de nouvelles éclosions de l'épidémie.

M. Barth a reproduit en grande partie les documents de son important travail, et, comme toujours, s'est montré impartial, sévère dans ses déductions, et parfaitement courtois.

M. Woillez a rappelé tous les documents antérieurs, a continué, comme ses prédécesseurs, à combattre ma doctrine, a émis quelques doutes sur certains faits, et, comme M. Fauvel, m'a accusé de m'être dérobé aux preuves écrasantes de l'importation ; il a même été jusqu'à m'accuser d'illibéralisme. M. Bouchardat a aussi combattu la doctrine de la spontanéité du choléra. Seul M. Joly a soutenu l'origine spontanée du choléra, mais en combattant toute idée de contagion. Enfin M. Briquet a rappelé les documents fournis par son important rapport.

M. Guérin répond ensuite aux différents reproches qui lui ont été adressés par ses adversaires. Il prouve, par des citations extraites de ses précédentes communications, que, loin de s'être dérobé à la discussion, ce dont on l'a accusé à plusieurs reprises, il a déclaré au contraire, qu'il accepterait le débat dans toute son étendue, avec toutes ses conséquences, et que si seulement certains de ses adversaires avaient pris la peine de lire ses discours, ils auraient vu qu'il s'y était toujours montré disposé à provoquer la discussion et à accepter d'avance l'examen de toutes les opinions contradictoires qu'elle pourrait soulever. Il fait observer qu'il se trouve obligé devant les arguments qui lui ont été opposés, de rappeler ses précédentes assertions, et de rétablir en quelque sorte l'autorité de l'opinion qu'il a émise, de la genèse qu'il attribue au choléra. En un mot, il cherche à prouver de nouveau que le choléra avait apparu avant l'époque à laquelle on soutient que s'est faite l'importation.

L'Académie se rappelle, ajoute M. Guérin, qu'en 1832 on considérait le choléra comme une maladie complète, apparaissant d'emblée avec tout son appareil symptomatique, et, dans la grande majorité des cas, foudroyant les malades. M. Guérin n'a pas tardé à démontrer que les épidémies de choléra étaient précédées de diarrhées, qu'il a appelées diarrhées pré-épidémiques; que les cholériques, avant de présenter tous les symptômes du choléra, avaient pendant un certain temps de la diarrhée, diarrhée qu'il a désignée sous le nom de diarrhée prémonitoire ou prodromique; qu'à côté des cholériques on voyait des gens atteints de la diarrhée simple (diarrhée concomitante), et qu'enfin tout le monde, en temps d'épidémie, était plus ou moins atteint de diarrhée (diarrhée générale). M. Guérin a montré les relations qui reliaient entre elles ces différentes formes de diarrhées, et que tout cela n'était qu'une seule et même maladie, soit qu'elle fût seulement ébauchée, suivant sa propre expression, soit qu'elle apparût dans son complet développement. Il a enfin fait ressortir toute l'importance des affections diarrhéiques saisonnières en tant que travail préparatoire, en quelque sorte des épidémies cholériques. Il croit avoir fait connaître ainsi dans toutes ses phases la véritable évolution et particulièrement ce qu'il a appelé l'embryogénie du choléra. Cette doctrine avait pour résultat de susciter une réforme dans la nosologie, dans la pathologie et dans la thérapeutique du choléra ; l'importance de cette généralisatton ressort d'elle-même.

M. Hervieux a fait sur la fièvre puerpérale un excellent livre dans lequel il a démontré que toutes les fièvres puerpérales sont dues à un même poison ; mais il n'a pas tenu compte des phénomènes qu'on observe avant que la fièvre puerpérale apparaisse dans toute son intensité, et il n'a point mentionné qu'avant d'être fièvre puerpérale avec poison, la maladie présentait toute une phase pendant laquelle elle ne donne pas lieu encore aux accidents qu'elle provoque quand elle est arrivée à l'état de maladie accomplie. En un mot, il faut distinguer la maladie non encore accomplie de la maladie réalisée; M. Hervieux n'a décrit que la seconde. On a fait de même pour le choléra ; on l'a fait venir de toutes pièces, armé de pied en cap, de l'Inde. Or M. Guérin croit avoir montré que la diarrhée qu'il continue à appeler prodromique ou prémonitoire n'est autre chose qu'une expression symptomatique et étiologique du choléra, que c'est le choléra lui-même en essence. M. Chauffard, dans un travail antérieur, avait parfaitement exposé les relations intimes qui existent entre les symptômes du choléra dit sporadique et ceux du choléra épidémique, et que plusieurs de ces symptômes étaient véritablement communs aux deux espèces de choléra ; M. Guérin, mieux que personne, a pu se rendre compte de la vérité de cette opinion, ayant été atteint plusieurs fois de la diarrhée prémonitoire et ayant éprouvé des ver-

tiges, des crampes et divers accidents donnés comme symptômes du choléra.

M. Woillez a dit qu'un individu pouvait transporter le choléra sans avoir la diarrhée : cela est vrai ; mais il est non moins vrai, suivant M. Guérin, qu'un individu peut tout aussi bien porter avec lui le choléra n'ayant que la diarrhée seule comme symptôme de cette maladie. D'ailleurs, il en est de même de toutes les épidémies ; et c'est là une vérité consacrée non-seulement par la science, mais aussi par le bon sens, que tous les individus ne sont pas également atteints par la maladie :

Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés.

Ce que le poëte dit de la peste peut aussi bien s'appliquer au choléra.

On a conclu de la diminution de la mortalité dans les dernières épidémies que le choléra diminuait d'intensité et tendait à disparaître. Il n'en est rien, suivant M. Guérin, et la mortalité a diminué tout simplement parce qu'on soigne mieux les cholériques qu'autrefois, et qu'on parvient à empêcher la maladie d'évoluer complétement. M. Guérin n'en veut pour preuve que ce qui fut observé en 1839, en Angleterre, où l'on avait adopté le système des visites préventives : sur trois cent mille diarrhées, deux cent-cinquante seulement sont devenues de véritables choléras. On a donc empêché des cas de choléra de devenir mortels.

M. Guérin rappelle aux défenseurs de l'importation l'immunité dont paraît jouir la ville de Lyon, ville populeuse et encombrée dans laquelle on n'observa pas un seul cas de choléra, alors que, dans une petite ville située à quatre lieues de Lyon, le choléra sévissait dans toute son intensité. Si la doctrine de l'importation était vraie, comment, dans ces conditions, le choléra n'aurait-il pas été importé à Lyon.

M. Guérin ne croit pas qu'on puisse mettre en doute aujourd'hui la coïncidence avec le choléra des manifestations diarrhéiques. Chargé en 1866, d'un rapport de santé, il a pu, par lui-même, constater cette vérité, contrairement à l'assertion émise, par un médecin des hôpitaux, dans un rapport officiel pour la même année. Les phénomènes qu'on observe dans le choléra dit sporadique ne sont autre chose que des manifestations incomplètes en quelque sorte et qui ne sont pas encore assez avancées pour déterminer la contagion. Toutes les maladies contagieuses ne sont pas toujours contagieuses, aucune ne l'est à son début.

M. Guérin rapproche les diarrhées saisonnières de ce qu'on observe dans l'Inde, pendant les périodes intermédiaires aux épidémies cholériques ; il y règne toujours quelques cas isolés ; mais les conditions étiologiques ne sont pas suffisantes pour imprimer à ces cas le caractère de la contagion. On ne peut donc pas dire, comme l'a fait M. Chauffard, que les diarrhées saisonnières n'ont rien de commun avec le choléra par cela seul qu'elles ne sont pas contagieuses. A cette objection d'ailleurs, M. Guérin répond par le fait suivant : une petite fille arrive, des buttes Chaumont, place du Caire, atteinte d'une simple diarrhée saisonnière ; elle donne la diarrhée à ses deux sœurs et le choléra à son père, qui en est mort. Or cette jeune fille avait soigné sa mère qui était morte du choléra. Ces faits se passaient en 1873, avant l'explosion du choléra au Havre. M. Broca a cité un fait analogue, antérieur aussi à l'explosion du choléra au Havre.

M. Chauffard admet bien qu'un grand nombre de symptômes sont communs au choléra sporadique et au choléra asiatique ; mais il prétend qu'ils diffèrent l'un de l'autre par la réaction cholérique. Ces différences tiennent simplement à ce que, à côté des types vrais, confirmés, il existe des cas incomplets qui n'aboutissent pas à leur complète évolution, comme le dit fort bien Lucrèce : « Les différences d'association des éléments produisent de grandes différences dans les résultats. » M. Guérin regarde comme une profonde erreur de croire que les mêmes causes peuvent produire des effets différents, et que, réciproquement, des causes différentes peuvent amener les mêmes résultats.

Il n'y a pas de lois particulières à la pathologie, et les faits pathologiques sont soumis aux mêmes lois que les faits physiques. A cette occasion, M. Guérin rappelle, en terminant, les déductions philosophiques qu'il a tirées de ses études sur les difformités ; il a établi que toutes les causes essentielles différentes produisent des effets différents, et que les causes identiques produisent des effets identiques.

M. CHAUFFARD proteste énergiquement contre une opinion que lui prête M. Guérin et qu'il n'a jamais émise. Il a bien dit que des causes différentes pouvaient donner lieu à quelques symptômes communs, mais il a toujours reconnu une évolution diverse pour le choléra asiatique et le choléra sporadique. C'est l'application d'une même vérité que M. Guérin et M. Chauffard font d'une façon différente.

La séance est levée à 5 heures.

VARIÉTÉS

Les hôpitaux, la faculté de médecine, les cliniques chirurgicales de Vienne. — Notes d'un médecin (1).

Par le docteur BARTHÉLEMY.

Cliniques chirurgicales. — Visite chez Billroth. — Billroth est encore jeune et sera bientôt le chirurgien le plus renommé de l'Allemagne. Fier de sa nationalité, il sait cependant rendre hommage aux mérites étrangers ; j'en veux citer une preuve. Nous suivions un jour sa visite, Collin, le fabricant d'instruments de Paris, le docteur Onimus et plusieurs étrangers ; il nous montrait, avec une certaine satisfaction, une opération d'exstrophie de la vessie chez une petite fille et des cas de redressement, par fracture, des jambes tordues par le rachitisme chez des enfants. La première avait conservé une incontinence d'urine, et, dans les opérations pratiquées chez les seconds, et dont il nous décrivait le plan, il se plaignait de la difficulté qu'il a souvent rencontrée à retirer le ciseau ou la gouge qui lui sert à produire la brisure des os. Se tournant vers Collin, il le pria de vouloir bien réfléchir à ces inconvénients et de lui inventer un obturateur pour la première, un instrument particulier pour les seconds : hommage public, involontaire peut-être, rendu par lui à l'ingéniosité de la fabrication parisienne.

Mais le voici qui arrive, entrons avec lui dans ses salles. Les *assistants* ont déjà fait la visite, les pansements, ils attirent son attention sur les blessés les plus graves, les nouveaux venus, et tandis qu'il les examine, nous pouvons promener nos regards sur les dispositions des salles, les appareils, l'ensemble du service. Nous le rejoindrons ensuite dans la salle de cours et d'opérations.

Salles. — Les salles sont élevées, les lits peu nombreux, de vingt à vingt-cinq. Les fenêtres presque toujours ouvertes n'occupent que la partie supérieure des murs, le jour et l'air viennent d'en haut. Au milieu, une table allongée, avec les ustensiles et les objets de pansements. Dans l'un des angles, une séparation ou cloison, c'est la chambre de l'infirmière. Il n'y a pas d'infirmiers ; partout le service est fait par des femmes, et malgré quelques abus, on paraît beaucoup s'en louer. Les lits sont en bois, peints en blanc ; une paillasse, un matelas très-dur, des draps très-étroits, comme ceux du pays, et une couverture constituent toute la literie ; dès que le malade est levé, le drap supérieur, boutonné à la couverture, est replié sur les pieds, et le lit toujours aéré. A la tête, un petit tableau noir avec compartiments divisés par des raies de peinture blanche. Il porte, écrits à la craie, le nom, l'âge, etc., du malade, l'époque de son entrée, l'opération pratiquée et sa date, la ration alimentaire prescrite et un tableau quadrillé sur lequel s'inscrit matin et soir la température du malade, ce tableau sert pendant une semaine.

Pansements. — Les pansements sont, en général, très-simples : une couche de charpie ou de ouate, une compresse mouillée, un morceau de taffetas ou de baudruche et souvent rien absolument. Pas d'onguents, pas de pommades, pas de cérat ; de l'eau et, comme désinfectant, le permanganate de potasse en solution.

Une foule d'ulcères, plaies, toutes les fractures, ont des bandages plâtrés ; dès que le gonflement des premiers jours a disparu pour ces

(1) Suite. — Voir le numéro du 14 avril 1874.

derniers, le bandage est appliqué; jusque-là le membre est maintenu sur des coussins par les moyens les plus simples. Quelquefois des attelles, souvent une légère extension pratiquée avec des poids réfléchis sur une petite roue portée par une tige fixée par un écrou aux pieds du lit. La plupart des malades ont encore une ou deux de ces planchettes que j'ai décrites dans un article précédent, et qui rendent vraiment de très-grands services et les petits pupitres pour redresser la tête.

Je trouve d'ailleurs en usage presque tous les différents appareils de traction, d'extension permanente, de suspension et les ustensiles pour pansement que j'avais remarqués à l'Exposition, car c'est un détail que j'avais oublié de mentionner, Billroth étant le professeur renommé, c'est sous la rubrique de son nom et ou de sa clinique que tous figuraient dans les vitrines ou sur les tables de l'Exposition.

(*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Parnasse médical français ou dictionnaire des médecins poëtes de la France, anciens ou modernes, morts ou vivants, par le docteur A. Chereau. — Un joli vol. in-12. — 7 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité physiologique de l'hallucination, par le docteur Ant. Ritti, ex-externe de l'asile des aliénés de Fains. In-8 de 75 p. Prix, 2 francs. — Paris. J.-B. Baillière et fils.

De l'urée dans les vomissements, par le docteur Albert Juventin. — Paris, 1874. — In-8° de 41 pages. — 1 fr. 25. — J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 45. — SAMEDI 18 AVRIL 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 18 AVRIL 1874. — N° 45.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le mouvement des aliénés à l'infirmerie spéciale de la préfecture de police, en 1873.

La statistique suivante, due à M. le professeur Lasègue, en présentant l'état numérique des malades envoyés à l'infirmerie spéciale, donnera une idée du mouvement annuel des cas d'aliénation dans la ville de Paris.

Le service du placement des malades est sous l'autorité du préfet de police. Les individus supposés atteints d'aliénation sont recueillis dans une infirmerie organisée à cet effet et soumis à un examen médical. S'ils ne sont pas reconnus aliénés, ils sont remis en liberté immédiatement ; dans le cas contraire, ils sont dirigés, par les soins et sous la surveillance de l'administration, sur l'asile Sainte-Anne. Cet établissement distribue les malades entre les asiles et les hospices et reçoit lui-même en traitement un nombre relativement réduit d'aliénés des deux sexes.

Parmi les individus examinés médicalement, les uns sont amenés à l'infirmerie sur la demande de leurs familles, avec l'assistance et aussi sur les plaintes des voisins. Pour ceux-là, le commissaire du quartier fait enquête ; il constate l'identité, recueille les renseignements de tout ordre et veille à la sauvegarde de leurs intérêts.

Sur le nombre total de 2,507, dont 1,450 hommes et 1,057 femmes, 660 hommes et 662 femmes appartenaient à cette première catégorie.

411, dont 280 hommes et 130 femmes, ont été arrêtés sur la voie publique, faisant scandale, signalés par leurs allures ou leurs propos, mais n'ayant pas commis d'actes délictueux.

774, dont 510 hommes et 264 femmes, étaient en état d'arrestations préventives ou condamnés et détenus pour crimes ou délits.

On voit par ce relevé que les aliénés, accusés ou convaincus d'avoir accompli des actes contraires aux lois, forment à peu près la moitié du chiffre total, et ainsi se justifie la législation qui a confié au magistrat chargé d'aviser à la sûreté publique le placement d'office des individus atteints de folie.

20 malades seulement avaient des ressources suffisantes pour être traités soit à la maison nationale de Charenton, soit dans les maisons de santé privées. Les autres, indigents, entretenus aux frais du département en tout ou en partie, ont été plus encore l'objet d'une assistance charitable que de mesures de surveillance.

283 individus soumis à l'examen des médecins ont été ou rendus à la liberté, ou transférés dans des hôpitaux généraux, à titre de malades non aliénés.

Le nombre des malades atteints d'alcoolisme à ses divers degrés et dirigés sur les asiles ou renvoyés après un séjour à l'infirmerie, a été en 1873, de 556, soit 456 hommes et 100 femmes. Dans ce nombre, on ne compte que les cas où la folie toxique s'était exclusivement développée sous l'influence d'excès de boisson. Les cas mixtes où l'alcoolisme ne représentait qu'une complication de troubles antécédents de l'intelligence, ne sont pas et ne peuvent pas être mentionnés.

Une petite épidémie de syphilis.

Franchissons encore pour aujourd'hui l'enceinte de nos hôpitaux, où le silence s'est fait d'ailleurs pendant toute la semaine qui vient de s'écouler, pour nous transporter avec l'honorable professeur de Limoges, M. Bardinet, au siége de la petite épidémie syphilitique dont nous n'avons fait qu'esquisser, dans le dernier numéro, le côté dramatique. Et là, avec le rapport d'enquête en main, nous allons essayer de mettre en relief quelques-uns des incidents de cette scène pathologique qui paraissent plus particulièrement intéressants au point de vue clinique.

Résumons d'abord le fait général en deux mots.

L'état sanitaire de la ville de Brive était excellent ; les suites des couches en particulier étaient régulières et heureuses, quand, vers la fin du mois de février de l'année dernière, on apprit que certaines femmes récemment accouchées éprouvaient des accidents d'une nature exceptionnelle ; les enfants de plusieurs d'entre elles étaient gravement atteints, au point même que quelques-uns succombaient ; parmi les maris, un certain nombre étaient pris à leur tour et présentaient des symptômes semblables à ceux qui s'étaient développés chez leurs femmes. On ne tarda pas à faire la remarque que toutes les femmes atteintes avaient été accouchées par la même sage-femme. Celles-là seules avaient du mal, aucune de celles qui avaient reçu d'autres soins ne présentait rien de semblable. Or cette sage-femme avait depuis longtemps un doigt malade, un simple bobo, disait-elle. Il faut s'arrêter un instant sur ce bobo.

La sage-femme. — Ce mal de doigt de la sage-femme, qui datait d'un an environ au moment de l'enquête, et qui à cette époque (24 février 1874), laissait encore des traces manifestes

de son passage, consistait en une ulcération siégeant sur le bord de l'ongle du médius droit, dans la rainure et au voisinage de l'index. On ne sait rien sur la manière dont ce mal a été contracté. Tout ce qu'on tient, à cet égard, de la sage-femme elle-même, c'est qu'elle s'était fait une piqûre à ce doigt et que c'était à la suite de cette piqûre qu'il lui était venu du mal. Avait-elle déjà contracté la syphilis par les voies ordinaires à l'époque où elle s'était fait cette piqûre? Est-ce dans l'exercice de ses fonctions qu'elle avait été infectée? On n'a rien pu savoir de positif sur ce point. Toujours est-il que, quelque temps après la manifestation de ce mal au doigt, elle est devenue souffrante, elle a maigri, elle a été en proie à des douleurs névralgiques, à des douleurs articulaires rhumatoïdes, à de la céphalalgie, elle a eu des taches diverses, des squames sur la peau, « elle était toute pelée », comme elle le disait elle-même, et elle a fini par perdre ses cheveux et ses sourcils.

Il faut ajouter que son mari a présenté peu de temps après des accidents semblables, il avait perdu ses cheveux et « la plante des pieds ».

Maintenant que le point de départ est connu, voyons les faits principaux qui ont été relevés sur les femmes accouchées par cette sage-femme, pendant la durée de sa maladie.

Les accouchées. — Toutes les inoculations ont eu lieu pendant une période de huit mois, du 28 février au 29 octobre 1873. Le nombre des femmes inoculées pendant cette période et qui ont figuré au dossier d'enquête est de quinze. On verra plus loin que le nombre réel des femmes infectées est beaucoup plus élevé. Il y a eu dans les déclarations de toutes ces femmes une concordance remarquable à l'égard du laps de temps écoulé entre l'époque de l'accouchement et celle des manifestations morbides extérieures, apparentes. C'est un mois au moins, deux mois au plus après l'accouchement.

Voici en quoi ont consisté les accidents et l'ordre dans lequel ils se sont produits.

Quelques femmes seulement ont dit avoir éprouvé de bonne heure de la cuisson dans les parties; mais le plus souvent rien d'anormal ne s'est produit, en apparence du moins, pendant les premiers jours ou les premières semaines. Le plus habituellement, dès la fin du premier mois ou dans le cours du deuxième, il s'est produit une éruption pustuleuse débutant aux parties génitales et s'étendant à la tête, à la bouche, aux seins, à l'anus et sur le reste du corps.

Il s'est manifesté ensuite un état général de lassitude, des névralgies, des maux de tête, des douleurs articulaires, puis une desquamation plus ou moins étendue des mains et de la plante des pieds, et, chez presque toutes, la chute des cheveux.

Les maris et les enfants. — Parmi les maris de ces femmes, sept ont échappé à la contagion; il y a tout lieu de penser qu'ils s'étaient abstenus de tous rapports avec elles; mais huit d'entre eux, qui avaient eu des rapports avec leurs femmes peu de temps après leur accouchement, ont éprouvé des accidents en tout semblables.

M. Bardinet a pu constater que plusieurs avaient été atteints de la manière la plus grave; ils présentaient encore, lors de sa visite, le 13 mars, les accidents secondaires les mieux caractérisés : plaques muqueuses, ulcérations à l'anus et à la verge, indurations ganglionnaires, tubercules durs à la tête.

Quant aux enfants, l'éruption chez eux a été, en général, plus précoce, elle a eu lieu au bout de huit jours chez quelques-uns, au bout de quinze jours au plus tard. M. Bardinet explique cet écart considérable entre le moment de l'éruption chez les mères et chez les enfants, par cette circonstance que, chez les femmes, l'éruption en question était déjà une manifestation secondaire, l'accident primitif ayant, dans tous les cas, échappé, caché qu'il a dû être dans les profondeurs des parties génitales encore tuméfiées par le fait de la parturition, tandis que, chez les enfants, l'éruption était la première manifestation.

Ajoutons à ces faits, qui, jusque-là, ne sont connus, pour la plupart, que par les déclarations des malades, que les médecins qui ont été appelés à leur donner des soins n'ont pas hésité à reconnaître la nature syphilitique des lésions qu'ils ont pu encore constater. M. Bardinet, notamment, qui a été appelé à examiner vingt et quelques malades, hommes ou femmes, a constaté chez eux, comme nous venons de le rappeler pour quelques hommes, l'existence d'accidents secondaires nombreux et de la nature la moins contestable : plaques muqueuses à l'intérieur de la bouche, à l'anus, sur les seins, tubercules durs sur le cuir chevelu, adénites indurées, traces de psoriasis palmaire, ulcérations sur l'aréole des seins, enfin la chute des cheveux, qui paraît avoir joué un si grand rôle dans cette crise pathologique, parce qu'il a été un des phénomènes qui ont le plus frappé et le plus vivement affecté les femmes qui en ont été victimes.

Une circonstance très-digne d'intérêt, et signalée comme telle par M. Bardinet, est la similitude frappante entre les accidents qui se sont produits chez toutes ces femmes et ceux qu'avait présentés la sage-femme. On n'a eu à signaler, ni d'un côté ni de l'autre, aucun fait de blennorrhagie, ni aucun fait de bubon succédant à un chancre. Toutes les malades ont présenté la même forme, le même type morbide, modelé en quelque sorte sur le type primitif.

Encore les enfants. — Un dernier mot sur les enfants. Des enfants des quinze femmes qui figurent sur le relevé de M. Bardinet, six seulement ont échappé à la maladie, neuf ont éprouvé des accidents de syphilis, dont quatre sont morts.

En étudiant, chez ces neuf enfants, l'époque où s'est produite l'éruption, M. Bardinet a été frappé d'une différence considérable. Chez les uns, elle a été précoce; chez les autres, elle a été tardive. Cette différence dans l'époque de la manifestation des accidents soulève une question : celle de savoir comment la syphilis s'est développée chez ces enfants? si elle s'est développée chez tous de la même manière? ou si elle n'est pas arrivée chez les uns secondairement, après avoir passé par la mère, si elle n'a pas été transmise, chez les autres, directement par le contact de la sage-femme?

M. Bardinet, se fondant sur ce que, chez les enfants qui ont eu l'éruption précoce, cette éruption s'est montrée d'abord sur la tête, incline à déduire de cette coïncidence l'infection directe par le doigt de la sage-femme. Tout en considérant cette interprétation comme la plus probable, on comprend cependant que notre savant confrère ne se soit pas prononcé d'une manière positive à cet égard.

Enfin, pour apprécier toute la gravité du fait dont nous venons de relater les principales circonstances, il est bon de faire remarquer que les quinze femmes accouchées, qui ont fait le sujet de cette enquête, auxquelles il faut ajouter huit maris affectés de seconde main et les neuf enfants dont il vient d'être question, ce qui fait déjà trente-deux personnes, sont loin de représenter le chiffre total des personnes infectées par la même source. Beaucoup de personnes, par un sentiment exagéré de pudeur ou de fausse honte, ont gardé le plus ab-

solu silence sur leur état, et ce n'est qu'indirectement qu'on a pu savoir qu'elles avaient partagé le même sort. Tout compte fait, approximativement, M. Bardinet évalue à plus de cent le nombre des personnes infectées par le même fait, dans la même période de temps.

— Ce fait, si grave, n'est pas sans précédent, et il est malheureusement de ceux dont on peut avoir à craindre encore le retour. Sans rappeler les épidémies récentes de syphilis vaccinale (nous nous servons ici du mot épidémie, malgré son impropriété, pour nous conformer au langage reçu) on trouverait probablement dans l'histoire des prétendues épidémies de syphilis, dont les auteurs nous ont transmis la relation, plus d'un exemple semblable, si une analyse rétrospective était possible. Mais en voici un dont la similitude n'est pas douteuse, et que nous trouvons dans l'*Histoire médicale des maladies épidémiques*, d'Ozanam. C'est une observation recueillie, en l'année 1727, par Jean Bayer et consignée dans les *Acta. nat. curios.*

Au mois de mars 1727, une sage-femme fut attaquée, au doigt index de la main droite, d'une pustule, à la suite de laquelle il survint une tuméfaction douloureuse du bras et, bientôt après, une éruption générale (qu'on qualifie de dartreuse). La pustule subsista au doigt pendant quatre mois. Cette femme, continuant à exercer sa profession, communiqua sa maladie à plus de cinquante femmes enceintes qu'elle explora ou accoucha; elles éprouvaient toutes un prurit extraordinaire aux parties touchées et une grande agitation. Un chirurgien consulté par cinq ou six de ces malades, reconnut chez toutes, à la vulve, des ulcères de même nature et des pustules enflammées. La contagion se propagea aux enfants que les mères allaitaient et aux maris, tellement qu'en quatre mois on compta quatre-vingts personnes contaminées. Un traitement antisyphilitique rétablit, en quelque temps, la plupart des malades.

— Une question pratique importante se dresse encore, pour un avenir plus ou moins prochain, devant les médecins chargés de veiller à la santé de ces malheureuses familles, c'est celle de l'éventualité des accidents tertiaires contre laquelle ils devront rester armés.

On ne saurait, à notre avis, donner trop de publicité à de tels faits (nous n'entendons parler, bien entendu, que de la publicité médicale), afin de prémunir les praticiens contre l'éventualité de pareils surprises, et de les engager à s'entourer de toutes les précautions possibles pour en prévenir le retour, ou, tout au moins, en arrêter les progrès.

Dr Brochin.

THÉRAPEUTIQUE

De quelques indications spéciales du phosphate de chaux,

par le docteur Mercadié.

On a beaucoup parlé depuis quelques mois des résultats obtenus dans le traitement de la phthisie par une nouvelle préparation de phosphate de chaux, le chlorhydrophosphate.

Je n'y contredirai pas, ayant observé moi-même les excellents effets de ce médicament. Mais je crois qu'il agit surtout à titre de reconstituant général, en favorisant l'appétit et l'assimilation; c'est-à-dire que, sous son influence, les malades se trouvant placés dans de meilleures conditions, peuvent réagir avec succès, et l'évolution de la maladie être arrêtée pour un temps plus ou moins long, ce qui, dans certain cas, équivaut à une guérison temporaire.

Quant à la transformation crétacée des tubercules, je crois avec le professeur Sée que, jusqu'à plus ample informé, elle est au moins problématique, aucune expérience décisive ne démontrant que le phosphate de chaux soit doué à cet égard de propriétés spéciales, quoiqu'il paraisse favoriser la formation de la lymphe plastique et des tissus nouveaux.

C'est donc au point de vue de son action reconstituante et de l'impulsion qu'il donne à la nutrition, que l'on doit surtout envisager le phosphate de chaux, et à ce titre il a, en effet, dans la phthisie une utilité incontestable. — Mais cette utilité est encore bien plus topique dans les anémies, même symptomatiques, dans la chlorose, la scrofule, le rachitisme.

A l'égard de ce dernier, si l'on n'avait déjà été fixé, les expériences du docteur Bernard de Montbrun sur l'action comparée du lait de femme et du lait de chienne, — expériences rapportées à l'Académie par le docteur Devilliers, — n'auraient pu laisser aucun doute. — Il est donc inutile d'en parler.

Dans les anémies, la chlorose, la scrofule, les faits ne manquent pas non plus. Mais, comme ils n'ont pas eu le même retentissement, j'en dirai quelques mots en me plaçant à un point de vue spécial.

Dans les anémies et dans la chlorose, c'est toujours le fer et le quinquina qui se trouvent au bout de notre plume lorsque nous formulons notre ordonnance, et cependant que de mécomptes n'avons nous pas tous éprouvés!

Pour ce qui me concerne, depuis longtemps je n'insiste plus lorsque le résultat se fait attendre, et j'ai obtenu bien plus de succès, et de succès rapides, avec l'arsenic et le chlorhydrophosphate de chaux.

Il en est de même pour la scrofule, principalement lorsqu'il existe des manifestations du côté du tissu osseux. Seules, les préparations d'iode sont bien souvent insuffisantes, tandis qu'on peut obtenir des résultats vraiment merveilleux en leur associant le phosphate de chaux.

Il serait trop long de rapporter les observations que j'ai recueillies; je ne veux d'ailleurs qu'insister sur quelques réflexions qui me paraissent importantes, parce qu'elles résultent d'expériences comparatives que j'ai pu suivre avec le plus grand soin.

Dans les maladies dont je parle, le plus grand écueil, c'est le défaut d'assimilation; et si l'on ne parvient pas à changer les conditions de vie dans lesquelles — on pourrait dire grâce auxquelles, — s'est précisément développée la maladie, on arrive très-difficilement à un bon résultat. Tandis que des moyens presque indirects, l'exercice, le changement de lieux, les bains de mer, les bains sulfureux, réussissent très-bien.

Or le phosphate de chaux m'a paru avoir, sur les autres médicaments, cet avantage de produire le résultat désiré, malgré les mauvaises conditions d'hygiène dans lesquelles se trouvent les malades. Et combien y en a-t-il qui ne peuvent en changer!

L'air n'est pas plus pur, les aliments ne sont pas mieux choisis, et cependant l'appétit revient, la digestion s'effectue malgré la nourriture grossière, et l'assimilation reprend toute son énergie, comme le prouvent les forces, l'embonpoint et les couleurs qui renaissent.

A plus forte raison arrive-t-on à un bon résultat lorsqu'on parvient à modifier l'hygiène; mais j'ai voulu appuyer sur ce fait, que c'est le médicament réparateur par excellence des grandes villes. Je dois ajouter, il est vrai, que les résultats dont je parle ne peuvent être attribués au phosphate de chaux seul, car je ne les avais pas obtenus jusqu'ici avec les préparations ordinaires. — Celle dont je me suis servi (chlorhydrophosphate de chaux) contient une certaine proportion de chlorure de calcium, médicament assez actif et peu étudié encore, et je suis porté à mettre sur son compte une partie des effets observés; car, administré seul, il réveille l'appétit et facilite la digestion, comme l'ont déjà signalé les médecins anglais. En outre, il exerce sur toute l'économie une stimulation des plus favorables, de sorte que, concourant au même but que le phosphate de chaux, il n'est pas étonnant que leur association produise des résultats aussi remarquables.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 mars 1874 (1). — Présidence de M. PERRIN.

DISCUSSION SUR LES FRACTURES DU COL DU FÉMUR

M. VERNEUIL. Je crains que M. Lannelongue n'ait conclu un peu trop vite avec les trois pièces qu'il nous présente. Dans l'une d'elles, en effet, je vois non pas une fracture du col, mais bien une fracture de l'extrémité supérieure du fémur. Quant aux deux autres, la pénétration y présente pour moi une évidence parfaite, et si l'on voulait apporter une extrême rigueur dans le langage, on donnerait à ces lésions le titre de fractures extra-capsulaires du fémur. Quant au diagnostic, je crois que les signes caractéristiques sont suffisants pour qu'on le puisse établir sans toucher le membre, à savoir (la saillie de la racine de la cuisse, l'élargissement du grand trochanter, la rotation en dehors, enfin le raccourcissement). Le meilleur traitement, à mon avis, consiste à placer le malade dans la gouttière de Bonnet : je ferai également une réserve quant au pronostic; on peut, suivant moi, affirmer que, quelles que soient les précautions prises, les malades atteints des fractures du col du fémur succombent dans des proportions notables.

M. LARREY. Je tiens à émettre mon opinion à l'appui du traitement de la fracture du col par le maintien des malades dans la position horizontale. Bien qu'éloigné en apparence, par ma carrière, de l'étude des fractures du col, j'ai eu cependant l'occasion d'en observer un grand nombre aux Invalides et à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Dupuytren. Je sais qu'il tenait grand compte, comme signes, du gonflement, de la sensibilité, de la déviation de la pointe du pied en dehors, et que, comme traitement, il donnait la préférence à la double flexion sur le plan incliné, et je me souviens à ce propos d'une alternative fort délicate à laquelle je fus soumis dans un concours d'agrégation avec Lenoir, Sédillot, Malgaigne, dans lequel on avait proposé comme question : *Quel est le meilleur traitement des fractures du col de fémur ?*

Imbu des idées de Dupuytren, j'étais disposé à opter en faveur de la flexion, quand mon père me détourna de cette idée en m'assurant que, d'après son expérience, le meilleur traitement consistait, sans aucun doute, dans l'immobilisation sans traction. Il appliquait, du reste, dans ce cas, l'appareil inamovible qu'il avait imaginé et qui depuis a si souvent changé de nom et de nature. Cette méthode de l'immobilisation, dans le décubitus, si longtemps combattue, est aujourd'hui, je crois, généralement adoptée; c'est à elle que je me suis depuis longtemps arrêté, proscrivant absolument l'extension continue. Quant aux faits exposés et aux pièces présentées par M. Lannelongue, je n'y trouve point, pour ma part, de preuves contre la pénétration.

M. LANNELONGUE. Je n'ai point voulu refaire ici l'histoire des fractures du col du fémur, et je crois, à ce propos, que la discussion a notablement dévié. J'émets la proposition suivante : Il y a un certain nombre de fractures du col du fémur sans lésion du grand et du petit trochanter. Voilà ce qui légitime, à mon point de vue, l'intérêt des pièces que j'ai présentées, et qui se rapprochent, comme analogie, d'un certain nombre d'autres observées par moi au musée Dupuytren.

Or, je le demande, dans les fractures du col sans lésion du grand et du petit trochanter que deviennent les signes donnés par M. Guérin, par M. Panas et par nos autres collègues, tous signes basés sur l'existence même de ces lésions? Je maintiens que, dans un grand nombre de cas, le diagnostic que l'on dit facile à établir entre les fractions intra et extra-capsulaire présente, au contraire, d'extrêmes difficultés. Je reviens aux pièces que j'ai présentées. Dans la première, la plus récente, il y a fracture du col et, quoi qu'on puisse dire, c'est une fracture extra-capsulaire du col du fémur. La pièce qui représente une consolidation, une guérison si l'on veut, peut faire naître quelques doutes. Ces doutes, je les ai moi-même partagés; mais à force d'examiner et de comparer cette pièce avec d'autres pièces similaires, je suis arrivé à me convaincre qu'il s'agit encore ici d'une fracture de la base du col du fémur. La pénétration est un mécanisme admis par tout le monde, m'a-t-on dit. Je donnerai une opinion diamétralement opposée, basée sur les idées d'autres auteurs. Il y a des cas dans lesquels on a pu observer la production d'une fracture extra-capsulaire avant qu'il y ait eu contact du corps avec le sol, et cela par action musculaire et sans qu'on pût admettre une affection organique de l'os. Quant à la pièce que je vous présente, pièce que j'ai levée telle quelle sur le cadavre, sans qu'aucun moyen de traitement ait pu en dénaturer les rapports, j'affirme qu'il n'y a point là de pénétration; car si l'on donnait à cette forme de lésion le titre de pénétration, il faudrait admettre que toutes les fractures indirectes fussent des fractures par pénétration, ce qui n'est pas; car, pour moi, la pénétration est un enclavement d'un fragment dans un os, ou de deux fragments l'un dans l'autre.

Il m'est impossible d'admettre d'autre définition, et il faut que ce mécanisme de la pénétration ait présenté des caractères bien tranchés, bien spéciaux, pour qu'on ait fait de ces fractures un groupe distinct.

Or, me basant sur ce fait que, d'une part, c'est à la suite de l'examen des pièces fraîches et récentes, qu'on a conclu à la non-pénétration, que l'admission de la pénétration résulte, au contraire, de l'examen des pièces sèches et anciennes, et que, d'autre part, un certain nombre de fractures du col se produisent, sans chute, sur le grand trochanter, je crois pouvoir en conclure que la pénétration n'est pas, comme on l'a dit, une règle absolue, et que le mécanisme n'est pas nécessairement identique à celui que l'on indiquait tout à l'heure. L'élargissement du grand trochanter, revendiqué à bon droit par M. Guérin, est un excellent signe clinique dans certains cas; mais je ne puis admettre avec lui que la grande généralité des malades atteints de fractures du col du fémur guérissent, quel que soit leur âge. Pour moi, c'est une affection d'autant plus grave que le malade est plus âgé et, lorsqu'il succombe, ce n'est pas aux lésions même de la fracture, c'est à l'immobilisation et à la privation de l'hygiène de la marche, hygiène qui lui est absolument refusée. Je termine en disant que je n'ai point voulu faire du nouveau; j'ai vu, dans les faits que je communiquais, un côté intéressant, et je crois avoir bien vu des fractures du col. Je m'empresse, d'ailleurs, de déclarer que si, dans le cours de cette communication, j'ai commis quelques omissions involontaires relatives aux travaux de quelques-uns de nos collègues, je serai très-heureux de les réparer.

M. GUÉRIN. Il résulte des idées que j'ai émises sur la fracture du fémur que je ne laisse point mes malades trop longtemps dans la gouttière de Bonnet. Trois semaines d'immobilisation suffisent ordinairement. Pour moi, le mot guérison n'implique que la consolidation. Or je n'ai pas dit, du reste, qu'aucun malade atteint de fracture du col du fémur ne mourait entre mes mains; j'ai dit que je guérissais généralement les fractures du col, ce qui est tout différent. Il faut, en effet, compter avec les escarres et les congestions hypostatiques. M. Le Fort a dit que, depuis vingt ans, il enseignait la valeur du signe du grossissement du grand trochanter; je ne puis admettre cette assertion, et j'invite M. Le Fort à produire une pièce constatant un enseignement fait dans ce sens. Or je considère ce signe comme suffisant à lui seul, même en l'absence de la rotation en dehors.

M. TRÉLAT. M. Lannelongue persiste dans sa manière de voir. Il continue à considérer les pièces qu'il nous présente comme des preuves à l'appui de la non pénétration. Je tiens à constater que nos collègues ont été unanimes à juger le contraire. Il y a là une divergence énorme que je tiens à constater pour la question de la pénétration, comme pour l'opinion émise par M. Lannelongue, à savoir : que les fractures indirectes seraient des fractures par pénétration.

M. LE FORT. Un mot en réponse à M. Guérin : j'ai fait allusion à des travaux que j'ai présentés il y a longtemps à la société anatomique et relative à l'éclatement, à l'élargissement du grand trochanter, dans la fracture du col du fémur. J'étais alors interne, et je n'avais point l'autorité pour tirer de ce fait anatomo-pathologique un signe absolument clinique.

(1) Fin. — Voir le numéro du 11 avril 1874.

COMMUNICATION

M. TILLAUX fait la communication suivante :

Trachéotomie chez un adulte, avec le galvano-cautère.
(Voir le numéro du 24 mars 1874.)

DISCUSSION

M. TRÉLAT. Je tiendrais à ce que, dans le cours de la discussion, le mot couteau fut substitué au mot anse galvanique.

M. VERNEUIL. Je ferai quelques réflexions fort courtes. L'observation de M. Tillaux constitue la sixième trachéotomie pratiquée sans une goutte de sang. Ce résultat doit, en effet, être obtenu avec un bon instrument. Je me rappelle (contrairement à ce qu'a observé notre collègue) que, dans des circonstances analogues, j'ai pu distinguer très-nettement la nature des couches que je traversais. Quant aux accidents consécutifs à l'opération, je ne crois pas que le procédé y ait été pour rien. Il en est de même de l'aggrandissement de la plaie; je rappelle que pareil résultat a été observé sur des sujets à constitution appauvrie, opérés cependant à l'aide du bistouri. C'est pour moi bien plus une affaire de mauvais terrain qu'une conséquence de la galvano-caustie.

En résumé, je pense que l'observation de M. Tillaux doit compter à l'actif de la trachéotomie pratiquée chez l'adulte à l'aide du galvano-cautère.

PRÉSENTATION

M. DUBRUEIL présente des épingles d'un nouveau modèle destinées à affronter et à maintenir en contact les deux lèvres de la plaie, à la suite de l'opération du bec de lièvre.

La séance est levée à cinq heures trente-cinq minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

Séance du 18 mars 1874 — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : *La Gazette des Hôpitaux. — L'Union médicale. — Le Progrès médical. — Le Mouvement médical. — La France médicale. — La Tribune médicale. — La Gazette de Joulin. — Le Bordeaux médical. — Le Lyon médical. — Le Journal médical de la Mayenne. — Le Montpellier médical.*

Des vues longues, courtes et faibles par J. Soelberg Wells, traduit sur la quatrième édition anglaise par M. G. Darin.

Traité de chirurgie dentaire par John et Ch. Tomes, traduit sur la deuxième édition anglaise par M. G. Darin.

M. HEURTAUX membre correspondant à Nantes offre à la société : *Tissu fibreux et fibromes. — Inflammation*. Ces deux importants travaux sont extraits du nouveau *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

M. CHASSAIGNAC demande à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire.

M. MARJOLIN offre, de la part du docteur Gros, médecin en chef du chemin de fer du Nord, un *Rapport sur le service médical du chemin de fer du Nord, pendant l'année* 1872.

RAPPORT

M. LEDENTU lit un rapport sur le travail de M. Perrier, relatif à une observation de ligature de l'iliaque externe.

DISCUSSION

M. PANAS. Je trouve le rapport de M. Ledentu très-remarquable; aussi l'observation que je lui ferai ne sera-t-elle qu'une simple question. Pourquoi la gangrène est-elle survenue et l'autopsie a-t-elle révélé quelque chose à cet égard ? C'est ce petit point que je serais heureux de voir élucider.

M. BLOT. Je demande pardon à monsieur le rapporteur de répondre à la question de M. Panas; il me semble que l'état lardacé des tissus qu'il nous a décrit explique le sphacèle. Je demande du reste si, en raison du soin extrême qui a été apporté à ce travail, le rapport de M. Ledentu ne doit pas être réservé pour les mémoires de la société.

M. VERNEUIL. Je demanderai un supplément d'information à M. Ledentu. Le malade n'a-t-il point présenté de troubles particuliers tels que des frissons, de la fièvre, avant le développement de la gangrène ? Dans l'autopsie qui a été faite, n'a-t-on rien trouvé dans les reins et dans le foie ?

M. LANNELONGUE. Qu'il me soit permis de répondre au sujet de l'autopsie qui a été pratiquée par mon interne et à laquelle j'assistais. Nous n'avons trouvé d'abcès ni dans le poumon, ni dans le foie. Le malade a succombé évidemment à son affection gangréneuse; il rentre dans la catégorie des malades atteints d'un mauvais état général. Depuis longtemps, en effet, il était épuisé et en proie à une anémie profonde, et j'avais même pensé à lui pratiquer la désarticulation de la cuisse. J'en avais été détourné par des accidents fébriles plusieurs fois répétés et par la débilité du sujet. Ces accès de fièvre avaient coïncidé avec l'ouverture ou l'occlusion des trajets fistuleux qu'il présentait, mais n'avaient point de rapport avec la fièvre hectique. Je m'associe d'ailleurs pleinement aux éloges que mérite le travail de M. Ledentu. Je me sépare pourtant en un point de l'opinion émise par M. Perrier. M. Perrier a lié l'iliaque externe et cela pour une hémorrhagie de la fémorale à la partie moyenne. Il aurait pu lier dans la plaie même les deux bouts de l'artère lésée; c'est ce que j'aurais fait, convaincu de la vérité de l'idée transmise par mes maîtres : qu'en pareille occurrence, on ne réussit jamais mieux que lorsque l'on s'attaque directement au point lésé. Supposons, en effet, que le malade de M. Perrier ne soit pas mort de gangrène. N'aurait-on pas pu craindre pour lui une hémorrhagie anastomotique par un des deux bouts. Je crois donc qu'il y a opportunité à se demander si la ligature faite à la partie moyenne n'eût pas été préférable à l'opération pratiquée par M. Perrier.

M. TRÉLAT. M. le rapporteur a mis en relief l'action ulcérative qu'a exercée l'état général sur les tuniques artérielles. Je voudrais savoir s'il a voulu parler d'une influence spéciale sur les artères en particulier. Nous savons, en effet, que, quand les fonctions de nutrition languissent, le travail plastique nécessaire aux réunions échoue; ou bien se trouve lui-même l'objet d'une destruction spéciale, témoins les faits relatés, par moi, dans des cas de bec de lièvre, d'uranoplastie, etc. Cette destruction est donc avérée pour certains tissus. En est-il de même pour les artères, c'est ce que j'ignore absolument. En un mot, M. Ledentu a-t-il voulu dire que l'ulcération consécutive au mauvais état de son malade intéressait tous les tissus d'une manière générale ou le système artériel en particulier ?

M. LEDENTU. Je remercie mes collègues de l'accueil qu'ils ont fait à mon rapport, et je vais tâcher de répondre aux objections qui m'ont été faites. Je dirai à M. Panas, qui me demande quelle a pu être la cause de la gangrène : que la ligature de l'iliaque externe prédispose déjà singulièrement à cet accident; mais que le sphacèle a dû surtout reconnaître pour cause, d'une part, la gêne énorme apportée à la circulation collatérale par l'état lardacé des tissus; et, d'autre part, l'oblitération de la veine fémorale. Certes ces considérations ne suffisent pas pour légitimer absolument le choix entre la ligature et la désarticulation; mais ce qui prime tout, c'est que le cas était déplorable, et qu'en pareil cas on fait ce que l'on peut. M. Lannelongue s'est chargé de répondre à la question posée par M. Verneuil, relativement à l'autopsie, et j'ajouterai que l'observation ne relate point de symptômes de fièvre hectique coïncidant avec la gangrène. J'arrive aux objections de M. Lannelongue: Oui, certes, dans un cas d'hémorrhagie traumatique, on est autorisé à chercher à lier les deux bouts de l'artère dans la plaie. Cette recherche est du reste parfois extrêmement difficile, et je me rappelle que, durant la guerre, à Blois, après avoir cherché à lier de la sorte les deux bouts dans la plaie, j'ai été contraint de lier plus haut (le malade a, du reste, parfaitement guéri). J'accorde cependant qu'en pareil cas de traumatisme récent, on doit faire cette tentative; mais ce n'est pas là le cas de M. Perrier : une ligature des deux bouts d'un vaisseau aussi profondément altéré eût été probablement suivie d'une section consécutive de l'artère malade, et je crois que, dans ce cas, la ligature au-dessus est de beaucoup préférable.

Je serais fort embarrassé, et ceci est en réponse à M. Trélat, de préciser l'action de l'état général des malades sur les ulcérations des artères ; on est amené à conclure que cette influence doit exister sans qu'il soit possible de rien préciser à cet égard, à l'aide des faits dont on peut aujourd'hui disposer. Dans les cas qué j'ai colligés, en effet, on voit bien l'ulcération des artères être presque constamment consécutive à un mauvais état général ; mais la nature intime de cette influence n'est pas claire ; et je crois que dans ce cas il n'est pas illogique de la faire résider dans une modification spéciale du pus.

Les conclusions de M. Ledentu sont adoptées.

LECTURES

M. THÉOPHILE ANGER lit une note sur la paralysie du rameau cutané de l'épaule dans les luxations scapulo-humérales.

Commission : MM. Panas, Duplay, Marc Sée.

M. PERRIER lit une note sur un kyste hématique folliculaire de la mâchoire supérieure chez un nouveau-né.

Commission : MM. Tillaux, Guyon, Magitot.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. VERNEUIL. Je présente à la société un malade fort intéressant au sujet duquel je demanderai conseil à mes collègues.

Ce jeune homme est entré dans mon service en août 1872. Il arrivait de la province, maigre, chétif, épuisé par des hémorrhagies incessantes fournies par un polype naso-pharyngien.

En présence d'aussi mauvaises conditions, je n'osai rien tenter de radical, et je divisai mon intervention en deux temps.

Le premier temps consista à pratiquer la section du voile du palais à l'aide du galvano-cautère. Cette section se fit sans une goutte de sang, et aussitôt après le polype se précipita pour ainsi dire dans la cavité buccale. J'en sectionnai à l'aide de l'écraseur un fragment de la grosseur d'une mandarine, et après cette opération, qui se pratiqua avec la plus grande facilité, le malade put respirer, manger, dormir, en un mot se trouva notablement soulagé. Je partis en vacances : mon malade, craignant d'avoir affaire à un autre chirurgien, quitta l'hôpital. Il est revenu me trouver il y a quelques jours. Depuis la section incomplète de sa tumeur, aucune hémorrhagie ne s'est produite, mais vous pouvez constater que le tronçon du polype s'est notablement modifié. Au lieu d'avoir affaire à une surface nette, abrupte, dure, criant presque sous la chaîne et distante du voile du palais d'un bon travers de doigt, vous voyez que le tronçon est revenu dans la cavité buccale, non pas à l'état de masse dure et isolée, mais bien de véritable nappe recouvrant la voûte palatine et rejetant le voile du palais en arrière. Or, ce tissu offre une analogie considérable avec celui qui forme les tumeurs érectiles veineuses. Mon doigt déprime la tumeur, s'y enfonce, puisque lorsque cette pression cesse, une expansion réelle rend à la tumeur son volume primitif.

D'ailleurs point de douleurs, point d'hémorrhagie. Ce fait absolument étranger à ces battements que l'on signale dans les fibromes, dans les cancers, me paraît indiquer une vascularisation veineuse tout à fait extraordinaire. J'ai pensé que cette variété de tumeur offrirait un assez grand intérêt à la société : aussi étais-je bien aise de vous montrer le malade et de vous demander votre avis ; car il est bien certain que ni pinces ni érignes ne seront applicables en pareil cas, et que la vascularisation extrême de la tumeur exigera pour son extraction des précautions toutes particulières.

M. PAULET. Pour moi, c'est un fongus hématode bien net, et je serais d'avis d'attaquer cette nappe procédente à l'aide de pointes de feu, jusqu'à ce qu'on fût revenu sur le véritable tronçon ou pédicule du polype.

La séance est levée à cinq heures dix minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

PROGRAMME

D'un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire.

Une décision présidentielle en date du 5 octobre 1872 dispose que chaque année un concours aura lieu au mois de septembre pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire, et que les candidats admis, dans la proportion déterminée par les besoins du service, seront répartis, à leur choix et suivant leur convenance, entre les douze villes ci-dessous indiquées qui possèdent à la fois un hôpital militaire ou des salles militaires dans un hospice civil et une faculté de médecine ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie, savoir : Paris, Montpellier, Nancy, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Lille, Besançon, Grenoble et Alger.

En exécution de ces dispositions, un concours pour les emplois d'élève de santé militaire s'ouvrira :

A Paris, le 24 août 1874 ;
A Lille, le 31 du même mois ;
A Nancy, le 6 septembre ;
A Besançon, le 6 du même mois ;
A Lyon, le 9 du même mois ;
A Marseille, le 13 du même mois ;
A Montpellier, le 16 du même mois ;
A Toulouse, le 20 du même mois ;
A Bordeaux, le 24 du même mois ;
A Rennes, le 28 du même mois.

Aux termes de la décision précitée, sont admis à concourir :

Pour les emplois d'élève en médecine :

1° Les étudiants pourvus des deux diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès science complet ou restreint ;

2° Les étudiants ayant 4, 8 et 12 inscriptions valables pour le doctorat et ayant subi avec succès les examens de fin d'année correspondant au nombre de leurs inscriptions.

En exécution du décret du 22 août 1854, 14 inscriptions d'école préparatoire seront acceptées pour 12 inscriptions de faculté.

Pour les emplois d'élève en pharmacie :

1° Les étudiants pourvus du diplôme de bachelier ès sciences complet ;

2° Les étudiants ayant 4 ou 8 inscriptions pour le titre de pharmacien de 1re classe et ayant subi avec succès les examens semestriels.

10 inscriptions d'école préparatoire pourront suppléer à 8 inscriptions d'école supérieure.

Les autres conditions sont les suivantes :

1° Être Français ;

2° Avoir eu au 1er janvier de l'année du concours plus de dix-sept ans et moins de vingt et un ans (élèves sans inscriptions), moins de vingt-deux ans (élèves à quatre inscriptions), moins de vingt-trois ans (élèves à 8 inscriptions) et moins de vingt-quatre ans (élèves à 12 inscriptions) ;

3° Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins, et pourra être vérifiée, au besoin, par le jury d'examen ;

4° Souscrire un engagement d'honneur de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans au moins à dater de l'admission au grade d'aide-major de 2e classe.

Toutes les conditions qui viennent d'être indiquées sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée, pour quelque motif que ce soit.

Les candidats en activité de service, s'ils sont compris dans la liste d'admission, seront placés en position de congé pouvant être renouvelé aussi longtemps qu'ils conserveront la qualité d'élève du service de santé.

La même mesure sera appliquée à ceux des élèves que la loi appellerait à l'activité pendant le cours de leurs études, et, à cet effet, des sursis de départ leur seront accordés au moment de l'appel de leur classe.

FORMALITÉS PRÉLIMINAIRES. — Les candidats auront à requérir leur inscription à leur choix sur une liste qui sera ouverte à cet effet, à dater du 1er juillet prochain, dans les bureaux de MM. les intendants militaires des 1re, 3e, 5e, 7e, 8e, 9e, 10e, 12e, 14e et 16e divisions. La clôture de cette liste aura lieu dans chaque ville cinq jours avant l'ouverture du concours dans cette localité.

En se faisant inscrire, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance :

1° Son acte de naissance dûment légalisé ;

2° Un certificat d'aptitude au service militaire dans la forme ci-dessus indiquée ;

3° Les diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences complet ou restreint, s'il est candidat en médecine sans inscriptions, et pour les concurrents à 4, 8 et 12 inscriptions, les certificats d'examens de fin d'année ; le diplôme de bachelier ès sciences complet, s'il est candidat en pharmacie sans inscriptions, et pour les concurrents à 4 et 8 inscriptions, les certificats des examens semestriels (ces pièces pourront n'être produites que le jour de l'ouverture des épreuves);

4° S'il a moins de 12 inscriptions valables pour le doctorat, ou de 8 inscriptions valables pour le titre de pharmacien de 1re classe, l'indication de la ville où il désire faire ses études.

Chaque candidat indiquera exactement son domicile, où lui sera adressée, s'il y a lieu, sa commission d'élève du service de santé.

(*A suivre.*)

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

PILULES DE LOUVARD

AU FER *PUR* INALTÉRABLE ET A L'ABSINTHE

De toutes les préparations ferrugineuses, elle est la plus efficace et celle dont l'action est la plus rapide dans la chlorose et l'anémie. Quels que soient les désordres de l'estomac, elle est toujours bien tolérée, et, sous son influence, les fonctions digestives sont rétablies en quelques jours.

Pharmacie **LOUVARD,** rue Royale, 60, à **Versailles.**

Vente au détail, pharm. GUINHABERT, 108, r. de Grenelle-Saint-Germain, Paris et dans les principales pharmacies.

ÉTABENT THERMAL DE ROYAT GRANDE SOURCE

OUVERT TOUTE L'ANNÉE. — SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

NOUVEAU PARC, NOUVELLE PISCINE, NOUVEAU CASINO

Bains et Piscines à l'eau thermale courante.— Aspiration, Pulvérisation, Douches, Hydrothérapie. Application des méthodes allemandes

Même composition que les Eaux d'Ems

Traitement des affections nerveuses, rhumatismes, dyspepsies, affections de l'appareil génito-urinaire, engorgements résultant de fractures et luxations, anémie, maladies des voies respiratoires; Drs CHEVALLIER, DECHAMBRE, DURAND-FARDEL, GUBLER, HOMOLLE, LE FORT, LEPILEUR, NIVET, PETREQUIN, ROTUREAU, Félix ROUBAUD, etc. — 24 bouteilles : 15 francs. — 50 bouteilles : 30 francs.

Dépôts à Paris : boulevard Montmartre, 22 ; rue Duphot, 2 ; rue J.-J. Rousseau, 62 ; passage Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, 6 et 8 ; rue Taranne, 19.

ROYAT, par ses beaux sites, ses promenades délicieuses, son altitude et la salubrité de son sol volcanique, se recommande aux malades comme station d'air pur et vivifiant.

Grand nombre de médecins conseillent une saison thermale à ROYAT pour compléter la cure de Vichy.

VIN DE QUINQUINA AU MALAGA D'ABBADIE

RUE SAINTE-APOLLINE, 21 (Porte Saint-Denis), PARIS

Ce vin qui, depuis 1814, est préparé avec le plus grand soin, **avec des quinquinas choisis et d'excellent vin,** se recommande à MM. les médecins qui veulent prescrire l'emploi d'une préparation sûre et toujours identique.

Ce vin, d'une saveur agréable, est parfaitement pris par les enfants, les vieillards les convalescents, et par toutes les personnes dont l'estomac est délicat. — *Dépôts dans toute la France.*






PEPSINE BOUDAULT

SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, SUCCESSEUR DE BOUDAULT, 24, RUE DES LOMBARDS, A PARIS.

FARINE MORTON

FARINE D'AVOINE

D'ÉCOSSE

Le Meilleur Aliment pour les

ENFANTS

1 FR. 20 LA BOITE

Dépôt principal à Paris : HUGOT, 19, rue des Blancs-Manteaux

Pour faciliter la vulgarisation de la FARINE D'AVOINE, il a été établi dans les principaux centres des dépôts où les pharmaciens la trouveront aux mêmes conditions qu'à Paris.

Ces dépôts, pour la vente EN GROS *exclusivement*, sont :

LILLE. . . . **Dupont,** droguiste.	CLERMONT. . **Florand et Deschamps.**
HAVRE . . . . **Jouvin,** droguiste.	LYON. . . . . **Clémençon,** rue Constantine, 8.
REIMS. . . . **Petit,** pharmacien.	BORDEAUX. . . **Degraaf et Duval.**
NANCY . . . . **Monal,** pharmacien-droguiste.	BAYONNE. . . **Lucien Lebeuf.**
RENNES. . . . **Roussin, Elias et Ce.**	PAU. . . . . **Cazaux fils, frères,** place Bosquet.
ORLÉANS . . . **Pâtre,** pharmacien.	TOULOUSE. . **Paul Cany.**
DIJON. . . . **Verneau,** pharmacien.	MONTPELLIER **Coulougnac et Martin.**
NANTES. . . . **Proust et Thibault.**	MARSEILLE. . **Paret, Roman et Ce.**
TOURS . . . . **Maupuy,** pharmacien.	NICE. . . . . **Chevassus,** pharmacien.
POITIERS . . . **Delaubier et Ce.**	

BELGIQUE

BRUXELLES. . . . . **Pharmacie Anglaise.**
LIÉGE . . . . **Pharmacie Goossens.**

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

SIROP LAGNOUX

AU VALÉRIANATE DE CAFÉINE

spécifique contre la **coqueluche,** la **chorée,** l'**asthme nerveux** et l'**hystérie.**

LE FLACON : 4 FRANCS

Pharmacie LAGNOUX

57, rue du Cherche-Midi.

VINS DE QUINQUINA TITRÉS

Au Malaga et Alicante

KINA-ORANGÉ DELIGNON

Tonique, fortifiant, fébrifuge

Il remplace avec avantage tous les vins de quinquina au Malaga.

KINA FERRUGINEUX DELIGNON

Au pyro-phosphate de fer

Tonique, reconstituant par excellence, il renferme les éléments formateurs des *os* et du *sang*.

Prix unique : Le fl., 3 fr. 50; le lit., 6 fr.

Paris, phie BOSREDON, 41, rue des Francs-Bourgeois.

Ces vins sont préparés avec des quinquinas de premier choix et un mélange de vin vieux de *Malaga* et d'*Alicante*, additionné de *Sirop d'oranges amères* qui neutralise l'action irritante du quinquina sur les organes digestifs. Pas de constipation à craindre.

NOTA. — Un flacon de ces vins est remis aux médecins qui le demandent et qui peuvent ainsi apprécier leur valeur thérapeutique, leur saveur très-agréable, et leur prix avantageux qui fait réaliser une économie de 50 pour 100 sur les autres vins de quinquina simples ou composés.

VIN

DU DOCTEUR

CLERTAN

PHOSPHATÉ RECONSTITUANT

Les effets de cette préparation sont immédiats chez les personnes d'une constitution languissante ou affaiblie par des excès de toute nature. — Son usage est recommandé anx vieillards, aux enfants, aux nourrices. — C'est le plus héroïque des moyens à opposer au diabète. — C'est aussi un puissant prophylactique de la phthisie tuberculeuse et des maladies du système osseux.

Prix de la bouteille : 3 fr. 50

Pharmacie C. COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

PILULES DE PEPSINE

Digestion difficile, dyspepsie, vomissements, etc.

PIL. DE PEPSINE au fer réduit dans toutes les maladies où le fer est nécessaire.

PIL. DE PEPSINE au proto-iodure de fer. Maladies scrofuleuses, syphilitiques, etc.

Chez **HOGG,** pharmacien-chimiste, 2, rue Castiglione, Paris. Pharmacies de province ; on envoie *franco* par la poste.

N° 46. — MARDI 21 AVRIL 1874. 47e ANNÉE. MARDI 21 AVRIL 1874. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

La question de l'*absorption*, très-intéressante assurément puisqu'elle est une des conditions premières de la nutrition, a parcouru des phases bien diverses. Pour ainsi dire méconnue depuis Érasistrate jusqu'à Harvey, elle devait être un des corollaires les plus importants de la découverte de la circulation du sang.

On ne pouvait, en effet, soupçonner les phénomènes intimes de la nutrition tant que l'on croyait, avec Galien, que le foie est l'organe essentiel de la sanguification et que c'est de lui que partent toutes les veines.

Après Harvey les veines mésaraïques furent chargées de l'absorption intestinale. A peu près à la même époque, Asellius découvrait les vaisseaux lactés, Rudbeck les vaisseaux lymphatiques, Pecquet le canal thoracique, et Thomas Bartholin, de Copenhague, pouvait démontrer enfin, dans un petit traité plein d'*humour* (*De hepate defuncto*, 1661) que le foie ne méritait pas l'importance qu'on lui avait accordée dans la fabrication du sang.

A partir de ce moment des expériences nombreuses furent pratiquées sur les absorbants : Haller, Meckel, Kaw, Boerhaave professèrent que le système absorbant est aussi bien représenté par les veines que par les vaisseaux lymphatiques. Bichat a accordé plus d'importance aux vaisseaux lymphatiques qu'aux veines. Aujourd'hui nous sommes revenus à l'opinion de Haller et de Meckel d'après les expériences les plus formelles. Nos moyens d'analyse, si précis et si délicats, ont permis, en effet, de reconnaître que les veines absorbent tout aussi bien que les vaisseaux lymphatiques ; ils ont permis aussi de constater que ces deux ordres de vaisseaux n'ont pas les mêmes aptitudes à absorber toutes les substances indistinctement : les veines mésaraïques absorbent l'eau et les autres principes du chyle, sauf les matières grasses ; les sels métalliques, les matières colorantes sont plus facilement absorbés par les veines ; les virus, au contraire, sont plus particulièrement absorbés par les lymphatiques.

Tel est l'état de la science actuelle sur la question de l'absorption. L'absorption par les veines n'est pas plus douteuse que l'absorption par les lymphatiques. Aussi n'est-ce pas sans quelque surprise que nous avons lu la note de M. Oré à l'Institut : *Expérience qui démontre le rôle des veines dans l'absorption*. Poussé sans doute par le désir de rendre hommage à la mémoire de Magendie, M. Oré a répété, dans des conditions plus démonstratives, une expérience que ce grand physiologiste avait instituée dans le but de prouver que les veines absorbent diverses substances introduites dans les tissus. M. Oré isole, comme le faisait Magendie, l'artère et la veine crurale chez un chien ; il incise ensuite les parties molles jusqu'à l'os, de telle manière que la veine et l'artère crurale soient les seuls liens d'union entre le segment supérieur et le segment inférieur du membre. Cela fait, M. Oré enlève l'épiderme soulevé par un agent vésicant en un point du segment inférieur, et il applique sur la partie dénudée une solution de sulfate de strychine.

Les crises tétaniques et la mort qui surviennent à la suite de cette application prouvent nécessairement que le poison a été absorbé par la veine crurale. Cette expérience, excusable du temps de Magendie, ne l'est plus aujourd'hui malgré les perfectionnements du procédé de l'auteur. Elle est au moins inutile, car les procédés chimiques ont démontré depuis longtemps ce que Magendie avait cherché à prouver, mais en vain, au moyen de la ligature des vaisseaux cruraux.

Puisque M. Oré est dans cette voie, veut-il nous permettre, non pas un conseil, mais une simple insinuation ?

D'une manière générale, les veines absorbent aussi bien que les lymphatiques ; mais ces deux ordres de vaisseaux doivent avoir une spécialité d'action dans l'absorption. Pourquoi ne chercherait-on pas à déterminer expérimentalement cette action spéciale ? Le progrès, ce nous semble, est de ce côté.

Voici, d'ailleurs, les motifs qui inspirent notre désir. Les veines et les lymphatiques sont des organes distincts, remplissant par conséquent des fonctions différentes. Or ces deux organes viennent puiser leur *matière fonctionnelle* dans le même milieu, dans les réseaux capillaires. Quel est le produit spécial, et nécessairement différent, que chacun d'eux puise dans ce milieu ?

A l'occasion de la note précédente, M. Bouillaud rappelle qu'il a eu le premier l'idée d'établir un rapport de cause à effet entre l'oblitération des veines et les collections séreuses, qu'on attribuait à une débilité des vaisseaux lymphatiques. Cette revendication est fort juste. M. Bouillaud raconte qu'en 1820, on essaya, selon l'usage antique et sans cesse renaissant, de lui enlever son idée en l'attribuant à Lower, qui en avait parlé comme on pouvait en parler de son temps (1660), c'est-à-dire très-vaguement. M. Bouillaud, en établissant cliniquement qu'une certaine classe d'hydropisies emprunte son étio-

logie à l'oblitération des veines, a découvert une vérité parfaitement reconnue aujourd'hui. C'est ce qu'on appelle l'*hydropisie mécanique* (néoplasmes du péritoine, échinocoques, altérations du foie, du cœur, de la rate, du mésentère, etc.), par opposition aux hydropisies qui reconnaissent d'autres causes (froid, maladie de Bright, etc., etc.).

— Il y a trois espèces d'*alcalescences* de l'urine : la première est due à une trop grande quantité de carbonates alcalins résultant des substances ingérées ; la seconde est due à la présence du phosphate de soude résultant d'une grande fatigue musculaire ou de l'évolution de certaines maladies ; la troisième est due à la décomposition de l'urée et à la formation du carbonate d'ammoniaque dans la vessie. Nos lecteurs n'ont pas oublié, sans doute, que dernièrement, à l'Académie de médecine, M. Pasteur, pour expliquer la formation de l'urine ammoniacale, avait fait intervenir, comme toujours, un germe faisant office de ferment. Ce germe, selon l'honorable académicien, devait être transporté dans la vessie par les sondes. De nombreuses protestations accueillirent cette explication.

M. Bouillaud répondit que l'alcalescence spontanée de l'urine se produit chez les sujets atteints de maladies graves ; d'autres affirmèrent que l'urine est alcaline et ammoniacale chez les sujets atteints de rétention d'urine avant l'introduction de la sonde, etc., etc. M. Gubler, mû sans doute par un sentiment de politesse académique, envoie sa réponse au palais Mazarin, sous le titre suivant : *Du rôle des néocytes dans les métamorphoses des substances organiques et particulièrement dans la fermentation ammoniacale de l'urine.* Disons d'abord ce que c'est que le *néocyte* de M. Gubler, car nos lecteurs en chercheraient en vain la signification dans le savant *Dictionnaire* de Littré et Robin. Le néocyte de M. Gubler est un néophyte en bas âge, un tout jeune corpuscule entré nouvellement dans la corporation des cellules épithéliales.

Il est *probable*, d'après M. Gubler, que ce jeune corpuscule, qu'on trouve parfois dans les urines ammoniacales, est le grand facteur de la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque. « La transformation sur place, dit le savant académicien, d'un mucus bronchique, opalin et visqueux en un mucopus opaque et diffluent, s'explique naturellement, dans mon hypothèse, par la consommation de la matière protéique amorphe absorbée et assimilée par les néocytes, qui ont pris des contours plus nets et se sont chargés de fines granulations graisseuses. Les mêmes échanges nutritifs rendent compte, à mon avis, de la métamorphose de l'urée en carbonate d'ammoniaque au contact des globules du pus vésical. »

Nous ne contredirons pas à cette hypothèse qui, en attendant, en vaut bien une autre ; mais M. Gubler ajoute, en guise de corollaires, quelques opinions qui, débarrassées de la gangue au milieu de laquelle elles semblent perdues, expriment les progrès que la science biologique a réalisés dans ces derniers temps. « La sécrétion, dit M. Gubler, n'est pas un travail étranger à la *nutrition*, c'est seulement un cas particulier du grand phénomène de l'assimilation et de la désassimilation dans lequel la matière inutile à l'entretien des cellules, qui sont placées aux confins de l'organisme, est aussitôt expulsée par les émonctoires. »

Ce fait est vrai dans sa généralité ; mais il y a des organes, tels que le foie, qui empruntent à un sang différent de celui qui les nourrit les éléments de leur sécrétion. « Sans doute, continue M. Gubler, ces échanges moléculaires, effectués par les éléments des tissus, profitent à l'organisme tout entier, en vertu des rapports harmoniques d'où résulte l'unité individuelle ; mais si notre esprit, justement préoccupé de la finalité des phénomènes, peut concevoir des *fonctions*, les organes sécréteurs ne manifestent, en réalité, que des *actions* trophiques. » Cette belle période, très-littéraire sans doute, n'est que la paraphrase de notre formule : *Les cellules vivent et ne fonctionnent pas.* Nous y voyons aussi la consécration de notre grande division de la vie en mouvements *de la vie organique* et en *mouvements de la vie fonctionnelle*. Nous observerons néanmoins que M. Gubler généralise un peu trop le nom d'*organes sécréteurs.* Il y a d'autres éléments que les glandes, dont l'*action est purement trophique* et qui ne sécrètent rien. De toute façon, il est donc mieux de dire catégoriquement et franchement : *Mouvements organiques et mouvements fonctionnels.*

— Avis aux concurrents malheureux et autres du prix d'Ourches :

M. Dusgate lègue à l'Institut de France une rente annuelle de 500 francs pour fonder un prix quinquennal de 2,500 francs à délivrer tous les cinq ans à l'auteur du meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et sur les moyens de prévenir les inhumations précipitées. Si l'Institut accepte, il se met en contradiction avec l'Académie de médecine, qui a rendu 20,000 francs aux héritiers du marquis d'Ourches.

Dr Édouard Fournié.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Dolbeau

De la carie dentaire (1).

(Leçons recueillies par M. V. Pietkiewicz.)

Symptômes. — Les symptômes varient avec les degrés de l'affection.

Au début, la carie apparaît sous la forme d'une petite tache blanchâtre, due à la dissociation des prismes de l'émail en ce point. La chute de ces éléments altérés produit une dépression peu profonde. Jusqu'alors la marche de la maladie a été absolument indolente, mais lorsque l'altération vient à découvrir la couche superficielle de l'ivoire, cette couche du réseau, sur la structure de laquelle nous avons appelé votre attention dans l'anatomie de l'organe dentaire, la cavité peut devenir le siége d'une sensibilité très-vive. Jamais cependant on n'observe de douleurs spontanées, ce sont toujours des douleurs provoquées par de brusques changements dans la température de la bouche ou par le contact des instruments. Cette sensibilité s'observe en particulier dans les caries à marche rapide, dont le fond, de coloration blanchâtre ou jaunâtre, est constitué par de l'ivoire ramolli, tandis que les caries à marche lente, qui présentent une coloration noirâtre et une densité plus grande de la substance par suite de l'oblitération des canalicules, sont ordinairement indolentes.

La deuxième période, suite ordinaire de la première, peut quelquefois marquer le début de l'affection dans certaines dents dont la couronne présente des défectuosités de l'émail, telles que des sillons ou des trous au fond desquels l'ivoire se trouve à nu. Les symptômes varient de même que dans la période précédente, suivant la marche lente ou rapide de l'altération. Dans la forme rapide, c'est le commencement de cette période qui est surtout douloureux ; les douleurs deviennent moins vives et disparaissent même complétement quelquefois lorsque l'altération a dépassé la couche du réseau anastomotique et gagné des parties plus profondes. Rarement encore les

(1) Suite. — Voir le numéro du 16 avril 1874.

douleurs sont spontanées, le plus souvent elles sont provoquées par des différences de température ou le contact de substances acides ou sucrées. C'est dans cette forme aussi que l'on trouve de vastes cavités creusées dans l'épaisseur de l'ivoire et présentant de très-petits orifices extérieurs. Dans les caries à marche lente, le plus souvent indolentes, le fond de la cavité coloré en brun ou en noir est quelquefois d'une densité extrême qui offre un obstacle insurmontable à une altération plus profonde. On a donné avec Duval le nom de *carie sèche* à cette guérison spontanée de la dent. D'autres fois la marche de la maladie n'est suspendue que momentanément, et la destruction reprend son œuvre interrompue, mais gênée par la résistance du tissu, elle prend alors les aspects les plus irréguliers.

Dans le troisième degré, la pénétration de la cavité de la pulpe s'accompagne de phénomènes tout particuliers. Les douleurs deviennent alors spontanées et donnent lieu à des crises violentes auxquelles succèdent des intervalles de calme complet ou à peu près; mais le contact d'un liquide chaud ou froid, celui de quelque matière alimentaire, le vide pratiqué dans la carie par des manœuvres de succion, ramène ces accès. La mise à nu de l'organe central produit le plus souvent son inflammation. Si cette inflammation est superficielle, les douleurs qu'elle détermine peuvent être intermittentes et localisées à la région dentaire; souvent aussi ces douleurs irradient sur le trajet des nerfs de la cinquième paire et de leurs anastomoses et provoquent des névralgies diverses. Si l'inflammation de la pulpe est générale, les douleurs deviennent alors d'une acuité extrême et amènent cette horrible souffrance désignée sous le nom de rage de dent. Quelquefois cette inflammation est suivie de la destruction de la pulpe par suppuration ou par gangrène, en raison de l'étranglement du faisceau vasculaire dans une cavité inextensible.

Complications. — Un grand nombre de complications peuvent survenir pendant la marche de la carie dentaire; le cadre restreint de cette leçon nous oblige à passer rapidement sur ces accidents, qui varient nécessairement suivant les périodes de l'altération, mais se développent surtout dans le cours de la deuxième et de la troisième période.

La complication locale la plus fréquente de toutes est la périostite alvéolo-dentaire, soit directe, soit par propagation de l'inflammation de la pulpe. Ce n'est quelquefois qu'une inflammation aiguë de courte durée (périostite simple), mais elle peut aussi passer à l'état chronique ou devenir l'origine de fistules, d'abcès, de kystes, de nécroses et d'ostéite du maxillaire (périostite suppurée). Nous avons vu déjà que des névralgies de la cinquième paire et de ses anastomoses pouvaient compliquer la carie, dans certains cas les désordres du système nerveux deviennent plus sérieux encore et se présentent sous forme de névroses plus ou moins graves.

Chez les enfants, on observe assez souvent une surdité qui résiste à tout traitement; des accidents du côté de la vision, l'amaurose, l'atrophie papillaire ont aussi été observés.

Traitement. — L'extraction a été longtemps et est encore trop souvent le seul traitement de la carie. Pour M. Magitot, jamais et dans aucun cas la carie dentaire n'est une indication d'extraction; de graves accidents de voisinage, tels que phlegmon du cou, ostéite du maxillaire et, dans certaines conditions encore, peuvent seuls justifier cette opération.

Sans être aussi absolu que cet auteur, nous dirons que la carie est une affection curable, que le plus souvent une thérapeutique rationnelle peut amener la disparition de tous les accidents de la carie et conserver l'organe en lui permettant de reprendre ses usages.

Les moyens thérapeutiques varient nécessairement selon la période de la maladie; nous ne pouvons donner que de très-courtes indications à cet égard.

Dans la première période, la résection, pratiquée surtout à l'aide de limes plates et fines, suffit le plus souvent pour arrêter la marche de la carie en faisant disparaître une petite cavité devenue un foyer actif de fermentation.

Dans la deuxième période, ou carie moyenne, le cautère, ou mieux les astringents comme le tanin, l'acide phénique, la créosote, etc. peuvent servir à provoquer la formation de dentine secondaire. L'acide arsénieux peut être employé dans le même but, mais à très-faibles doses alors, et non point comme caustique.

Dans la troisième période, alors que la pulpe est à nu, il est nécessaire de détruire cet organe. Nous le pouvons facilement à l'aide de divers moyens et en particulier de l'acide arsénieux pulvérisé, caustique très-sûr et d'un maniement facile. Il est bon, toutefois, avant son application, de faire quelques pansements calmants dans la dent cariée lorsque la pulpe est enflammée, si l'on veut éviter d'atroces douleurs à son malade.

Lorsque, par l'emploi d'un ensemble de moyens thérapeutiques dont nous regrettons de ne pouvoir faire une étude complète, tous les accidents de la carie ont disparu; lorsque la guérison, dont le mécanisme diffère suivant le degré de l'altération, est obtenue; il n'y a plus qu'une seule indication à remplir, c'est de mettre l'organe à l'abri des causes de destruction, et, pour cela, il n'y a qu'un moyen : l'obturation.

Sans décrire cette opération, dont les détails appartiennent au cours de médecine opératoire, nous dirons que l'obturation, qui n'est que l'application de la méthode d'isolement, se pratique à l'aide de subtances diverses et choisies suivant les cas, n'ayant aucune action thérapeutique par elles-mêmes, mais destinées à soustraire les couches d'ivoire sous-jacentes aux causes de retour de l'affection.

Parmi les substances employées le plus fréquemment, nous citerons l'or, des alliages nombreux d'argent, d'étain, de cadmium que l'on amalgame au moment de s'en servir, des ciments blancs comme l'oxychlorure de zinc; la gutta percha qui convient dans les vastes cavités à parois fragiles, etc.

VARIÉTÉS

Les hôpitaux, la faculté de médecine, les cliniques chirurgicales de Vienne. — Notes d'un médecin (1).

Par le docteur BARTHÉLEMY.

Salle des cours. — La salle des malades n'est point le lieu de l'enseignement; la visite y est rapidement passée, et c'est à l'amphithéâtre qu'on se rend. Au milieu, un vide entouré d'une balustrade contient la table à opération, quelques chaises, une armoire pour les instruments, etc. Le professeur, les *assistants*, quelques invités y prennent place. Par trois côtés, le quatrième restant libre pour l'éclairage, s'élèvent des gradins très-ascendants pour que nul ne soit gêné; les places y sont numérotées; chaque étudiant, en s'inscrivant, reçoit un numéro d'ordre et sa place ne lui sera jamais disputée. Le professeur commence aussitôt sa leçon; elle a pour sujet un des faits saillants du service, c'est plutôt une conversation, une improvisation le plus souvent simple, sans prétention et d'une durée variable. Puis vient l'*ambulatorium*, ou ce que nous appellerions la consultation; des malades de la ville, beaucoup, ayant l'apparence, sinon de la for-

(1) Fin. — Voir les numéros des 14 et 16 avril 1874.

tune, au moins de l'aisance, se présentent. Les *assistants*, ou les élèves du service (*Pratickanten*), les ont déjà examinés, le professeur contrôle leur diagnostic, explique et justifie son avis; il prescrit le traitement à suivre, séance tenante, procède même aux petites opérations, et tel cas intéressant devient aussitôt le sujet d'une courte dissertation. Pour les démonstrations pratiques, tout est d'ailleurs préparé, et, dans un cabinet voisin; le professeur dispose d'atlas, de planches, de collections pathologiques qui lui appartiennent et peuvent lui être utiles. C'est ainsi que plus d'une fois, à propos d'un fait accidentel et que le hasard amenait, nous l'avons vu, pour des scolioses, des sarcomes des os, des pieds-bots, des courbures rachitiques des os, faire apporter immédiatement des pièces, des moules, des planches d'une immense utilité, soit pour la justification de ces conseils, soit pour une démonstration rapide de la nature de la maladie.

La consultation finie, les opérations commencent, et, suivant leur importance, l'un des assistants ou le professeur les pratiquent. Quelques mots suffisent pour en démontrer l'opportunité et expliquer le procédé, la méthode à employer. C'est ainsi que presque tous les jours les heures s'écoulent de huit heures à midi. Quoique je n'ai pas l'intention d'exposer tous les faits vraiment nombreux que j'ai pu voir relativement au petit nombre d'heures que j'ai pu consacrer à ces visites intéressantes, je ne voudrais pas pourtant les passer sous silence, et je choisirai, parmi les opérations dont j'ai pu constater les résultats ou que j'ai vu pratiquer, les plus saillantes.

Amputation de cuisse. — Une amputation de cuisse, pour tumeur blanche du genou avec flexion, présenta plusieurs particularités, non dans le choix du procédé, simple méthode circulaire, mais surtout dans les moyens hémostatiques et la conservation du périoste. Une bande roulée, bandage compressif, fut d'abord appliqué jusqu'au-dessus du lieu où devait porter la section; là fut enroulé le tube élastique d'Esmarch, dont un aide maintint le nœud; la bande, alors enlevée, laissa voir le membre pâle et exsangue, et l'amputation se fit sans perdre une goutte de sang. Grâce à ce moyen, tout le sang veineux est refoulé et rentre dans la circulation, et la section des veines, si souvent aussi comprimées que les artères, ne laissent pas écouler ce flot de sang noir qui est autant de perdu pour le blessé.

Les parties molles furent coupées au moyen de la spatule de Langenbeck.

Traitement des sténoses du larynx. — Que ces rétrécissements soient cicatriciels, syphilitiques ou consécutifs à la trachéotomie, on n'imaginait point encore qu'on pût aller leur appliquer toutes les méthodes de traitement employées pour les autres. Canaux, sections, cautérisations, dilatation. C'est pourtant ce que le jeune professeur de Vienne pratique avec une merveilleuse dextérité et journellement. Pour en donner une idée, voici à quel traitement était soumise une jeune fille depuis près de deux mois :

Entrée à l'hôpital dans un état terrible et menacée de suffocation, elle est trachéotomisée; une double canule de caoutchouc durci est mise en place. Le calme rétabli, et après quelques jours, on constate que les deux cordes vocales sont rapprochées et réunies presque complétement par une membrane cicatricielle; destruction partielle de celle-ci avec la galvano-caustique; quelques jours après, continuation du traitement par la dilatation. Pour cela le larynx de la malade, sa canule trachéale étant en place, est habitué à supporter le contact des instruments par l'introduction, souvent répétée, d'une sonde de gomme avec mandrin, rapidement passée. Plus tard, la sonde étant mieux supportée, chaque jour le chirurgien introduit une sonde plus volumineuse, terminée par un petit bouton métallique; il faut que ce bouton vienne faire saillie dans la canule même, à demeure dans la trachée. Pour cela faire, on ne laisse en place que la canule extérieure ou engaînante; elle présente, sur la convexité de sa courbure, un trou; c'est dans ce trou que la sonde arrivera, sera saisie et maintenue par une petite pince à pression continue, introduite par l'orifice de la canule.

La sonde est laissée une demi-heure en place. Plus tard encore, la sonde, trop gênante pour l'orifice supérieure du larynx et la bouche, est remplacée, comme moyen dilatant, par un petit cylindre aplati, allongé dans le sens antéro-postérieur, en étain, qui, une fois introduit dans la glotte, est facilement abandonné par la tige recourbée qui a servi à l'y conduire, et reste en place, retenu à son extrémité inférieure par la pince de la canule, comme pour la sonde, et, à son extrémité supérieure, par un fil, qui sortira par la bouche et qui servira à la retirer. La jeune fille était arrivée à supporter les numéros supérieurs de cette série; sa glotte avait reconquis presque ses dimensions, elle commençait à respirer convenablement après l'enlèvement de la canule, et tout faisait présager une guérison complète, lorsque la plaie de la trachéotomie serait obturée.

Shorrer est à la recherche d'un instrument qui permette de pratiquer la dilatation du larynx, tout en donnant au patient le moyen de respirer par son intermédiaire; ainsi serait évitée la nécessité de la trachéotomie. Déjà quelques essais ont été faits, et il espère arriver bientôt à surmonter sûrement toutes les difficultés de cette méthode périlleuse.

Bien qu'autrefois, j'aie été assidu aux cliniques de laryngoscopie de Paris, je dois avouer que presque tout me parut nouveau dans ce petit service, instruments et manœuvres. Je renonce à regret à exposer ici les cas singuliers ou les opérations audacieuses que j'y ai vu pratiquer. Ce sont là des tours de maître, dont la description m'éloignerait sans doute du but pratique que j'ai surtout en vue dans ces notes, et je ne citerai encore qu'un fait original et un fait vulgaire qui porteront, sans commentaires, leur enseignement.

Insensibilisation localisée. — Bien que Shorrer opère avec dextérité, il n'agit pourtant qu'avec lenteur et une extrême précaution; ce n'est jamais d'emblée et sans préparation qu'il introduira dans ce canal, si susceptible et si important, ses instruments; je l'ai vu, pour des ablations de polypes, retenir en préparation des hommes pendant plus de huit jours. Mais lorsque les attouchements et le passage rapide des sondes d'étain n'ont pas fait disparaître l'extrême sensibilité du larynx, il a recours à un moyen d'insensibilisation qui lui enlève toute susceptibilité. Il consiste, la veille de l'opération, à toucher le larynx, dans l'après-midi, avec un pinceau imbibé de chloroforme, dix, douze fois en quelques heures; puis, dans la soirée, mêmes applications avec une solution de douze grains de morphine pour deux drachmes d'eau. La tolérance est alors absolue et complète le lendemain, et dure même pendant vingt-quatre heures. C'est l'assistant qui est chargé de ces soins préparatoires.

Trachéotomie. — Le second fait auquel je ferai allusion est une vulgaire opération de trachéotomie. Si je le cite, ce n'est pas qu'il y ait dans la pratique du chirurgien quelque chose de tout à fait nouveau; mais j'eus à y prendre part comme auteur, et j'éprouvais une certaine satisfaction à voir un homme qui, en moyenne, est appelé à faire deux ou trois fois cette opération par semaine, être obligé de compter avec les péripéties terribles contre les quelles j'avais eu moi-même à lutter. Il s'agissait, chez un homme déjà mûr, menacé d'asphyxie par un sarcome de la corde vocale, d'ouvrir à la respiration une voie artificielle.

Shorrer préfère naturellement le procédé anatomique qui, lentement, couche par couche, arrive sur la trachée, à tous les procédés d'amphithéâtre, qui pénètrent d'emblée dans les voies aériennes; l'ouverture d'une artériole, de quelques veines, arrêtent un instant, et le sang vient masquer bientôt le champ de l'opération. Dans sa position allongée, le cou tendu, le patient asphyxiait, et sa face commençait à se cyanoser. J'aurais voulu suspendre un moment l'opération, le relever, laisser la respiration, en se rétablissant un moment, remettre l'équilibre dans la circulation veineuse; Shorrer préféra continuer; il ponctionne la trachée, le sang s'y engouffre, la respiration menace de se suspendre; ah! combien les secondes sont longues! Il agrandit aussitôt, cherche à placer des érignes pour dilater, et pressé de plus en plus, car les respirations s'éloignent, l'écume monte à la bouche, la cyanose est complète, des mouvements convulsifs se produisent; l'opérateur, avec son doigt pour guide, pousse la canule. Aussitôt la respiration artificielle est pratiquée, une violente douche d'eau froide est lancée sur l'épigastre avec une grosse seringue; peu après, la respiration se régularise, le calme revient; l'homme a été mis sur son séant, assis sur le lit, lorsque tout à coup la même scène

se reproduit et nous met en émoi. Un retard peut être la cause de la mort; la canule mise en place, trop courte, était sortie du canal, et dut aussitôt être remplacée par une autre plus longue. Nul pansement ne fut fait, nulle compresse, nulle cravate de tulle ou de mousseline. La malade, comme plusieurs autres dans la salle, respirait librement sans que rien fût interposé sur l'orifice de la canule.

J'exprimais à Shorrer combien m'avait été utile, en pareil cas, la pince de Trousseau ou celle de Laborde; il m'avoua qu'il avait réduit son appareil opératoire au strict nécessaire, qu'il n'avait jamais eu à le regretter, et que la minutie des soins dont on entoure en France ces opérations lui paraissait inutile. La chose est possible pour lui, mais la démonstration, à part moi, me parut incomplète.

Clinique des maladies d'oreilles. — Si la clinique des maladies du larynx méritait les quelques lignes que je viens d'y consacrer, nous pourrions passer plus rapidement dans les services de Grüber et de Politzer, et nous contenter d'en constater la disposition générale. Les instruments dont ils se servent, les travaux qu'ils ont publiés depuis plusieurs années, sont très-connus parmi nous; le livre de Trollch, en particulier, nous a initiés à la pratique des médecins auristes de Vienne, et il serait inutile de dire ici ce qu'on peut très-bien apprendre ailleurs. Ces services sont peu importants, comme nombre de lits et de malades; c'est surtout la consultation qui est considérable, les maladies d'oreilles n'exigeant que rarement l'entrée à l'hôpital. C'est au point de vue de l'appropriation et de l'installation de la salle de clinique qu'il faut nous arrêter un instant. Une large fenêtre, sans barreaux, occupe l'un des murs; vis-à-vis, une longue table étroite où se placeront les malades et les étudiants, justement bien en face pour éclairer l'examen de l'oreille; sur la table, les otoscopes, miroirs, seringues à injection, etc... Sur les murs, une foule de planches représentant les différents aspects de la membrane du tympan, saine ou malade, une préparation parfaite, sous un tableau vitré, de l'oreille interne et de ses différentes dépendances; une pièce artificielle plus grande des mêmes parties; une grande planche murale vernie, représentant le tympan, la chaîne des osselets et l'oreille interne, destinée aux démonstrations; dans un cabinet voisin, d'une part, toute la collection des instruments d'otiatrique, et de l'autre, un musée de pièces anatomiques, ayant trait aux altérations pathologiques de l'oreille osseuse, des nerfs et des centres de l'audition; telle est l'énumération succincte de tous ces objets, qui donnent immédiatement les moyens d'une démonstration improvisée.

Clinique d'ophthalmologie. — C'est avec une entente non moins intelligente de l'intérêt des malades et des besoins de l'étude, qu'ont été installées les cliniques d'ophthalmologie. Seulement ici ce ne sont plus de petites salles isolées, uniques, mais bien des salles vastes, nombreuses qui se succèdent. Rien de curieux d'ailleurs comme leur aspect; on croirait en y pénétrant, être introduits dans la grotte d'Azur; les fenêtres sont à moitié closes et masquées par des rideaux; les murs, les lits et jusqu'à l'escalier qui conduit à la salle, sont peints en bleu, nulle part de rideaux aux lits, mais partout une lumière douce et bleuâtre qui repose les yeux. A peine, au moment d'une opération ou pour l'examen d'un malade, une fenêtre est-elle entr'ouverte, une bougie allumée. Cette occlusion presque hermétique des salles aurait eu pourtant ses inconvénients; car si l'obscurité est pour les affections des yeux un adjuvant souvent indispensable et toujours utile, l'aération n'en est pas moins une nécessité tout aussi importante pour les opérations du spécialiste que pour celles du chirurgien en général; aussi a-t-on eu soin, pour pallier l'inconvénient de l'occlusion, de ménager des moyens de ventilation. Ils consistent en larges tuyaux traversant les murailles dans leurs parties supérieures et inférieures, débouchant à l'extérieur, et fermés plus ou moins, à volonté, par un tiroir en rosace. La salle de consultations, de cours et d'examen se trouve séparée des salles même de malades, et ceux qui ont fréquenté les cliniques libres de Paris, comme celles de Wecker, Galezowski, Desmares, se feront une idée du nombre d'images, appareils, lampes, etc., qui y sont réunis pour la commodité des études et des démonstrations. C'est là que je fus présenté à Arlt. Tout en lui respire la bonhomie la plus gracieuse, la bonté la plus complète; malades et élèves ont pour lui une affection réelle; il voulut bien me faire asseoir à ses côtés, et, pendant plus d'une heure, me faire assister à la consultation; chaque malade arrive avec une note d'un des *assistants*; le professeur l'examine à son tour, fait établir par ses élèves le diagnostic, les redresse dans leurs erreurs, puis prescrit le traitement. Attiré par mes goûts autant que par un sentiment de sympathie respectueuse pour cet éminent praticien, je retournai souvent à sa visite, et si je n'ai pu y recueillir des faits autres que ceux que la fréquentation des cliniques de Paris, ou la lecture des auteurs m'avait appris, du moins ai-je eu le plaisir de voir avec quel soin, quelle dextérité il opère. Il est rare que chaque jour n'amène pas quelque cas de fistule, d'iridectomie, de cataracte, etc.

Pour la cataracte sénile, c'est le procédé de de Græfe, dans toute sa rigueur primitive, mais pour les cataractes de la jeunesse sa manière de faire s'éloigne un peu du procédé de discission pure et simple. On sait qu'après avoir ouvert une première fois la capsule, une partie de la substance cristallinienne fait hernie, se dissout dans l'humeur aqueuse et se résorbe, et que la plaie produite se cicatrise ensuite. Alors la résorption s'arrête, et une nouvelle discission devient ainsi nécessaire, deux, trois ou un plus grand nombre de fois : pour marcher plus rapidement au but, la résorption complète, et éviter ces déchirures multiples de la capsule. Arlt, dès que la résorption devient stationnaire, fait avec un couteau lancéolaire une incision à la cornée. L'humeur aqueuse sort, le cristallin se porte en avant, la plaie primitive de la capsule se déchire et se rouvre; l'humeur aqueuse qui bientôt rétablit la chambre antérieure, baigne de nouveau la substance du cristallin; sa résorption recommence plus active et paraît se compléter beaucoup plus rapidement.

Pour l'épicanthus, difformité bien rare, les ectropions, les entropions, les ptérygions, les procédés ont sans doute une certaine originalité; mais sans le secours de figures, il serait difficile d'en donner une idée, et si je voulais rendre un compte réel et exact de ce service important, il me faudrait passer en revue presque toute la pathologie oculaire, travail qui, pour ceux qui ne savent pas encore, serait tout à fait insuffisant, et presque inutile pour ceux qui ont déjà appris. Je ne signalerai donc que le mode de pansement généralement adopté : simple, léger, exerçant une contention exacte, il est applicable à toutes les opérations oculaires.

L'œil lavé, bien débarrassé des moindres caillots, une couche de charpie fine est appliquée sur les paupières closes; par-dessus, une rondelle de coton, maintenue par deux ou trois bandelettes de linges, de la largeur d'une bande à doigts, enduites aux deux extrémités seulement de matière emplastique, placées en croix, et se fixant sur la joue et le front. Le tout est maintenu par un petit bandage dont le plein en double toile est ovale, et se termine à chaque extrémité par un ruban de fil, partant obliquement autour de la tête. Jæger y ajoute, sur les côtés, deux rubans pareils, qui s'appliquent circulairement autour de la tête.

PROGRAMME

D'un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire (1).

FORME ET NATURE DES ÉPREUVES

I. — *Concours en médecine.*

Candidats sans inscription ou n'ayant pas passé le premier examen de fin d'année :

1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle;

2° Interrogations sur la physique et la chimie, d'après le programme des connaissances exigées pour le baccalauréat ès sciences restreint.

Candidats à quatre inscriptions au moins, ayant passé avec succès le premier examen de fin d'année :

1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle médicale et de physiologie élémentaire;

2° Interrogations sur la physique et la chimie dans leurs parties afférentes à la science médicale;

3° Interrogations sur l'ostéologie, les articulations et la myologie.

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 18 avril 1874.

Candidats à huit inscriptions au moins, ayant passé avec succès le deuxième examen de fin d'année :

1° Composition sur une question de physiologie ;

2° Interrogations sur l'anatomie descriptive et sur la physiologie.

Candidats à douze inscriptions au moins, ayant passé avec succès le troisième examen de fin d'année :

1° Composition sur une question de pathologie générale ;

2° Interrogations sur la pathologie interne et la pathologie externe.

3° Interrogations sur l'anatomie et la physiologie.

II. — *Concours en pharmacie.*

Candidats sans inscription ou n'ayant pas satisfait aux examens semestriels de première année :

1° Composition sur une question de physique et de chimie ;

2° Interrogations sur la physique, la chimie et les éléments d'histoire naturelle.

Candidats à quatre inscriptions au moins, ayant satisfait aux examens semestriels de première année :

1° Composition sur une question de physique et de chimie ;

2° Interrogations sur la chimie médicale et les éléments de chimie organique ;

3° Interrogations sur la botanique, la zoologie, la minéralogie et l'histoire naturelle des médicaments.

Candidats à huit inscriptions au moins, ayant satisfait aux examens semestriels de seconde année :

1° Composition sur une question de chimie ;

2° Interrogations sur la chimie minérale et la chimie organique ;

3° Interrogations sur la pharmacie, la toxicologie, la botanique et l'histoire naturelle des médicaments.

Les épreuves ci-dessus spécifiées auront lieu devant un jury unique composé d'un médecin inspecteur, qui le présidera et sera chargé de régulariser les opérations du concours, de deux médecins et de deux pharmaciens militaires, désignés par le ministre.

Il sera accordé trois heures pour la composition ; chaque épreuve d'interrogation durera de dix à quinze minutes.

Les compositions sont lues à huis clos par le jury. Chaque examinateur interroge séparément les candidats pour sa spécialité. L'appréciation des candidats pour chaque épreuve est exprimée par un chiffre, de 0 à 20.

Après la dernière épreuve, le jury procède, en séance particulière, au classement des candidats par ordre de mérite.

Le classement général se fait à Paris, après que le jury d'examen a terminé ses opérations.

Dispositions générales.

Les élèves du service de santé militaire qui auront moins de douze inscriptions en médecine ou de huit inscriptions en pharmacie seront dirigés chacun sur celles des douze villes ci-dessus mentionnées qu'il aura choisie pour y faire ses études. (Toutefois, aucun pharmacien militaire n'étant attaché aux hôpitaux de Grenoble, de Besançon et de Montpellier, les élèves pharmaciens ne pourront être placés dans ces trois localités.)

Attachés à l'hôpital militaire, sous les ordres et la surveillance du médecin en chef, ils concourront, suivant leur spécialité et le degré d'avancement de leurs études, à l'exécution du service ; en même temps, ils suivront les cours et travaux pratiques de la faculté de médecine, ou de l'école supérieure de pharmacie, ou de l'école préparatoire, et y subiront les divers examens aux époques et dans la forme déterminées par la législation en vigueur.

Ces élèves ne porteront pas d'uniforme et ne recevront aucune indemnité ni subvention. Ils auront donc à pourvoir, au moyen de leurs propres ressources, aux frais d'entretien, de nourriture et de logement, ainsi qu'à l'achat des livres et instruments nécessaires à leurs études. Toutefois, ceux d'entre eux qui auront été boursiers au Prytanée militaire pourront obtenir, sur leur demande, une subvention mensuelle fixée à 1,200 francs par an à Paris, 1,000 francs à Lyon et Marseille, et 800 francs dans les autres villes ci-dessus désignées.

Cette faveur ne pourra être étendue à aucun autre élève, pour quelque motif que ce soit.

Les élèves du service de santé qui seront en possession de douze inscriptions pour le doctorat, ou de huit inscriptions pour le titre de pharmacien de première classe, seront réunis à Paris et placés sous les ordres du directeur de l'école du Val-de-Grâce ; inscrits à la faculté de médecine ou à l'école supérieure de pharmacie, ils suivront les cours spéciaux en rapport avec le degré de leur scolarité. A l'intérieur du Val-de-Grâce, ils recevront l'enseignement pratique et complémentaire des matières sur lesquelles portent les examens de doctorat et ceux de pharmacien de première classe.

Pendant la première année de séjour au Val-de-Grâce, les élèves en médecine devront satisfaire aux deux premiers examens de doctorat, qui seront subis dans l'ordre déterminé par le décret du 28 juillet 1860. Après la seizième inscription en médecine et la douzième inscription en pharmacie, les élèves eu médecine auront à subir les trois derniers examens de doctorat et la thèse, et les élèves en pharmacie auront à satisfaire aux trois examens probatoires. Toutes ces épreuves devront être terminées avant le 1er mai, époque où commencera le stage proprement dit, qui finira au mois de septembre.

Les élèves de cette catégorie porteront l'uniforme et recevront la sol de attribuée à l'ancien grade de sous-aide (2,360 francs par an) ; dès que chacun d'eux aura obtenu le titre de docteur ou de pharmacien de première classe, la solde spéciale de l'emploi de stagiaire lui sera acquise.

A dater de l'admission à l'emploi d'élève du service de santé, les frais d'inscriptions, d'exercices pratiques, d'examens et de diplôme seront payés par l'administration de la guerre. Toutefois, en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen seront à la charge de l'élève.

Un second échec au même examen, de fin d'année, semestriel ou de fin d'études, entraîne d'office le licenciement de l'élève et sa radiation immédiate des contrôles.

En cas de démission ou de licenciement, l'élève sera tenu au remboursement des frais de scolarité qui auront été payés pour son compte.

Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient volontairement le service de santé militaire avant d'avoir accompli la durée de leur engagement d'honneur.

Paris, le 10 avril 1874.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

51. Reignier. Étude sur la paralysie musculaire dans l'hystérie.

52. Mansard. Essai sur l'histoire de la diphthérie pharyngienne, et sur les paralysies consécutives à cette affection.

53. Courrégelongue. Rétraction des doigts à la suite du phlegmon de l'avant-bras et de la main.

54. De Molènes. De l'aconitine cristalisée et de son azotate.

55. Cazalis. De la valeur de quelques phénomènes congestifs dans la dothiénentérie.

56. Lemoine. Des parasites animaux et végétaux de l'organe de la vue.

57. Marce. De l'ulcération de la carotide interne dans la carie du rocher.

58. Audoyer. Des ulcérations inflammatoires du col de l'utérus.

59. Delatour. Considérations générales sur le bec de lièvre.

60. Chopinet. De la tarsalgie des adolescents.

61. Juventin. De l'urée dans les vomissements.

62. Burlureaux. Considération sur le siége, la nature, les causes de la folie paralytique.

63. Legué. Documents pour servir à l'histoire médicale des possédées de Loudun.

64. Pétrini. De l'anémie et de l'ischémie cérébrale.

65. Moreaud. Considérations sur quelques cas de rhumatisme articulaire, accompagnés de lésions cardiaques, observés chez les vieillards.

Erratum. — L'auteur de la thèse n° 39, sur le tabac, est M. Parent.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les candidats du concours pour le bureau central sont : MM. Blache, Bordier, Caresme, Cotard, Decori, Desplats, d'Heilly, Dieulafoy, Ducastel, Gérin-Rose, Gingeot, Gouguenheim, Gouraud, Granchet, Hallopeau, Hemey, Huchard, Hybord, Jeoffroy, Labbadie-Lagrave, Laborde, Landrieux, Legros, Lépine, Liouville, Quinquand, Rathery, Rendu, Ruck, Sanné, Schweich, Straus, Tenneson.

— *Hôpital Saint-Louis. — Conférences cliniques sur les maladies de la peau.* — M. le docteur Hillairet commencera ces conférences le jeudi 23 avril et les continuera tous les jeudis. — Examen des malades à huit heures, salles Saint-Louis et Henri IV. — Conférence théorique à neuf heures et demie.

— La Société de chirurgie tiendra sa prochaine séance le 22 avril 1874.

Ordre du jour : M. Longuet. Observation de plaie du cœur. — M. Duplay. Anévrysme du creux poplité, traité par la ligature.

— Clientèle à céder dans un chef-lieu de canton très-riche et très-populeux. Rapport annuel de 6,000 à 8,000 francs. S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique des maladies des voies urinaires, par sir Henry Thompson, professeur de clinique chirurgicale et chirurgien à « University College Hospital » traduit avec l'autorisation de l'auteur et annoté par Éd. Martin, Éd. Labarraque et V. Campenon, internes des hôpitaux de Paris, membres de la Société anatomique; suivi des leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, professées à « University College Hospital », traduites et annotées par les docteurs Jude Hue et F. Gignoux, avec 280 figures intercalées dans le texte. 1 vol. grand in-8 de 1020 pages. Cartonné, 20 fr. Paris, 1874. J.-B. Baillière et fils.

Des hémorrhagies dans la cirrhose, par le docteur Azini. — In-8°. — 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. V. Gerdy, ancien médecin inspecteur des eaux d'Uriage et correspondant de l'Académie de médecine, mort l'année dernière, a légué à cette compagnie le capital nécessaire pour constituer une rente annuelle et perpétuelle de 4,500 francs, destinée à fonder une institution nouvelle pour l'avancement et les progrès de l'hydrologie médicale. D'après les dispositions de ce legs, deux anciens internes des hôpitaux de Paris, Montpellier, Strasbourg (alors faculté française) ou des six premières villes de France, devront être désignés, à la suite d'un concours spécial, par une commission académique, et seront nommés pour quatre ans, à la charge de résider chaque année dans un des quatre établissements principaux de France, pour y étudier les progrès et les effets des eaux minérales, les conditions hygiéniques et climatologiques des localités, y recueillir des observations de malades suivis même après la cure.

A défaut de réalisation, V. Gerdy lègue à l'Académie une rente annuelle de 1,500 francs pour fonder un prix de 3,000 francs à décerner tous les deux ans au meilleur travail sur un sujet d'hydrologie.

L'Académie qui a accepté ce legs, a été appelée hier à désigner par le scrutin une commission chargée de régler les dispositions de ce prix.

On ne peut assurément méconnaître l'excellence des intentions du testateur, et personne mieux que lui, qui avait consacré la plus grande et la meilleure partie de son existence à l'étude et à la pratique de la médecine thermale, n'était à même de connaître et d'apprécier les *desiderata* de la science à cet égard. Le moyen qu'il a proposé dans les dispositions rappelées ci-dessus est-il le meilleur? répondra-t-il complétement au but désiré? sera-t-il d'une exécution pratique et facile? N'ayant pas sous les yeux le texte du testament, dans lequel Gerdy est entré, paraît-il, dans les plus minutieux détails à ce sujet, il nous serait difficile de nous prononcer sur la valeur de ces diverses dispositions. On peut présumer toutefois, par la réserve qu'il a faite lui-même, en cas de non-réalisation, qu'il n'avait pas une confiance entière dans leur efficacité ou qu'il entrevoyait, du moins, quelques difficultés dans l'application.

C'est à la commission qui vient d'être nommée par l'Académie, qu'il appartient désormais de nous fixer sur tous ces points et de tirer le meilleur parti possible des généreuses intentions du donateur.

Une partie de cette séance s'est passée en conversation sur des affaires d'intérieur, et le temps resté disponible pour les travaux scientifiques a été occupé par une nouvelle discussion entre MM. Colin et Bouillaud sur les mouvements du cœur. Pourquoi un point de physiologie que l'on pouvait croire fixé à tout jamais, et que chacun de nous croyait posséder suffisamment, est-il de nouveau remis en question et semble-t-il s'obscurcir par de nouvelles contradictions aussi inattendues? La lance d'Achille, disaient nos vieux poëtes, avait la propriété de guérir les plaies qu'elle faisait. Est-ce que la méthode expérimentale aurait le triste privilége de détruire le lendemain son œuvre de la veille? Ce n'est évidemment pas la méthode en soi qu'il faut rendre responsable de ces vicissitudes, mais ceux qui s'en servent. Tout cela prouve tout au moins les difficultés de sa mise en œuvre. En attendant que les expérimentateurs se mettent d'accord, nous tenons pour l'observation, et, sur ce terrain, M. Bouillaud a le beau rôle de son côté.

La suite de la discussion sur le choléra s'est trouvée ainsi ajournée encore une fois, M. J. Guérin n'ayant pas voulu engager la deuxième partie de son argumentation dans l'étroit défilé qui lui était réservé. Ce sera probablement pour mardi prochain.

Dr Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. Desprès.

Opération d'Esmarch; résection d'une portion du maxillaire inférieur pour une ankylose ou constriction fibreuse des mâchoires (1).

C... (Alfred), peintre en bâtiment, quarante ans, est entré à l'hôpital Cochin le 3 juin 1873. Blessé en mai 1871, il avait reçu un coup de feu qui avait porté sur le côté droit du cou. La balle avait fracturé la branche montante du maxillaire, fracturé le maxillaire supérieur, et était sortie au niveau de la narine du côté droit. La plaie avait mis cinq mois à guérir, sans qu'il sortît aucune esquille; les mouvements de la mâchoire avaient persisté.

L'année suivante, il survint des abcès qui suppurèrent un certain temps, puis la blessure se rouvrit à la partie postérieure, à l'angle de mâchoire. La cicatrisation se fit.

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 8 avril 1874.

Au mois de mai 1873, l'écartement des mâchoires devint un peu plus difficile, et la mâchoire se resserra au point que le malade ne pouvait manger aucun aliment solide.

A son entrée à l'hôpital, C... était dans l'état suivant : les mâchoires étaient serrées et ne permettaient pas l'introduction d'un corps plus épais qu'une lame de couteau. Plusieurs dents cariées en avant permettaient au malade de boire, mais aucun aliment solide ne pouvait être introduit dans la bouche. Il existait une fistule au devant du bord antérieur du masseter ; cette fistule conduisait sur un os dénudé.

Les fonctions digestives du malade étaient profondément troublées. Le défaut de nourriture, que le malade remplaçait par des boissons alcooliques, et d'anciennes coliques de plomb causaient des vomissements répétés chaque jour.

Je diagnostiquai une névrose limitée de la branche montante du maxillaire et une bride fibreuse cicatricielle suivant le trajet de la balle et unissant le maxillaire inférieur au maxillaire supérieur, au niveau de l'union de la branche montante du maxillaire avec le corps de la mâchoire.

L'articulation temporo-maxillaire jouissait encore de quelques mouvements, et il était évident que l'ankylose était de nature fibreuse et extérieure à cette articulation.

Ce malade fut soumis à la diète lactée, et, après huit jours de ce traitement, les vomissements cessèrent. A ce moment, je me proposai de faire l'opération palliative dite opération d'Esmarch avec la modification proposée par Rizzoli.

Le 15 juin, l'opération a été pratiquée. Une incision a réuni le trou d'entrée de la balle et la fistule par laquelle le séquestre avait été senti. Les fibres du masseter ont été coupés et l'os a été mis à nu, à l'union de la branche montante du maxillaire, avec le corps de cet os, juste au devant de la bride fibreuse, qui immobilisait la mâchoire. Un coin d'os a été détaché par deux traits de la scie à main. Le trait de scie postérieur n'a pas été complet ; l'os a cédé, et une portion de la branche montante, 1 centimètre environ, est venue avec le coin reséqué, et, dans cette portion d'os brisée, il y avait un séquestre invaginé que vous voyez sur les os que je vous présente. J'avais fait la section de l'os au lieu indiqué, dans l'espoir de tomber près du foyer de la nécrose, et l'événement a justifié mes prévisions. La plaie a été cautérisée avec la solution saturée de chlorure de zinc, et une anse de tube à drainage a été interposée entre les deux os.

Pendant les deux mois nécessaires pour la guérison, trois fois j'ai cautérisé le fond de la plaie, et les choses se sont passées de la manière suivante :

Un séquestre a été éliminé à la fin du deuxième mois : c'était la surface de section du corps de la mâchoire. Pendant ce temps, un petit abcès et une fistule se sont formés à la place de la fistule antérieure et étaient liés à un abcès dentaire de la mâchoire supérieure. L'abcès et la fistule ont guéri rapidement. Une fois, cependant, j'ai cru devoir dilater la plaie, qui restait stationnaire, et j'ai cautérisé.

Au troisième mois, un séquestre a été senti du côté de la bouche, dans le pli génien, et un séquestre a été éliminé : c'était la surface de section que vous voyez et qui s'était détachée de la branche montante du maxillaire. A ce moment, la plaie et les fistules antérieures étaient cicatrisées.

Après ces trois mois, le malade écartait les mâchoires dans une étendue de 1 centimètre ; il pouvait mâcher du pain et de la viande, la soupe, les purées, et, en général, tous les aliments en pâte étaient parfaitement pris par le malade.

Depuis le mois de septembre 1873 jusqu'à ce jour, le malade a continué à mâcher, et quelquefois, comme exercice, je lui faisais mâchonner un bouchon. Deux fois, en janvier et en mars 1874, les fistules se sont ouvertes et un petit séquestre a été éliminé ; il paraissait provenir de la branche montante du maxillaire inférieur. Pendant ce temps, les mouvements de la mâchoire ont gagné en étendue, et la cicatrice de la plaie de la résection s'est rétractée sans qu'il parût qu'il y eût une reproduction osseuse.

Aujourd'hui, le malade écarte les mâchoires dans une étendue de 3 centimètres au moins. Il y a une fausse articulation à l'union de la branche montante du maxillaire inférieur avec le corps de cet os : elle est un peu serrée, mais la mobilité y est évidente. L'articulation temporo-maxillaire est encore mobile, et, pendant que le malade écarte la mâchoire, bien que le mouvement se passe dans la fausse articulation, il y a un léger déplacement du condyle de la mâchoire.

Au total, voilà un malade opéré depuis dix mois, qui a gagné peu à peu depuis l'opération. Les mouvements de la mâchoire sont libres au devant de la bride qui unissait les deux mâchoires, et il y a tout lieu de penser qu'il n'y aura point de soudure osseuse. Mais cette opération palliative, comme celle du même genre entraîne avec elle une difformité ; les arcades dentaires ne correspondant plus, le malade ne peut plus mâcher sérieusement qu'à l'aide des molaires du côté opéré et des quelques incisives qui lui restent.

On se trouve donc, en résumé, entre ces deux alternatives : ou de faire une section simple du maxillaire qui ne déplace point l'arcade dentaire inférieure, et d'avoir une consolidation osseuse qui détruise tout le bénéfice de l'opération, ou bien d'enlever un coin du maxillaire pour assurer la fausse articulation, et de déplacer l'arcade dentaire inférieure. C'est ce que j'ai obtenu chez mon malade, et je crois que c'est là l'effet utile et la conséquence réelle de l'opération d'Esmarch et Rizzoli.

HOPITAL MILITAIRE D'ORLÉANSVILLE.

Ostéo-périostite du maxillaire inférieur. — Évolution rapide. — Mort.

Par M. Daga, médecin principal.

La lecture de l'excellente revue critique de M. le docteur Spillmann sur les différentes formes de l'ostéite aiguë insérée dans les *Archives générales de médecine* (numéros de mai et juin 1873), le fait récent de périostite phlegmoneuse chez les enfants, publié par M. Bouchut, dans la *Gazette des Hôpitaux* (numéros 20 et 21, année 1874), m'ont rappelé le souvenir d'une ostéo-périostite du maxillaire inférieur que j'ai observée, il y a quelques années, en Algérie, chez un adulte indigène, et dont l'évolution rapide, et la terminaison aussi promptement funeste qu'inattendue nous ont vivement impressionnés.

Obs. — Abd-el-Kader, né dans la province d'Alger, âgé de vingt-trois ans, sert depuis cinq ans au premier régiment de tirailleurs. Doué d'une robuste constitution, d'un tempérament lymphatique sanguin, il s'est toujours très-bien porté. Malade depuis quatre jours, il entre à l'hôpital d'Orléansville, le 4 avril 1867, avec le diagnostic : fièvre rémittente.

Le 5 avril, à la visite du matin, cet indigène, inquiet, anxieux, se plaint de vives souffrances occasionnées par une des grosses dents molaires inférieures du côté droit, et menace de se détruire en se jetant par la fenêtre si on ne la lui arrache immédiatement.

Il ne peut rester au lit, et s'est promené dans la salle une partie de la nuit, en poussant des cris de douleur. Je constate un gonflement sensible de la joue droite, que je suis tenté tout d'abord d'attribuer au développement d'un oreillon, en raison du mouvement fébrile et de l'état général du malade. Mais, en poursuivant mon examen, je découvre, à l'intérieur de la bouche, une tumeur arrondie, du volume d'une petite noix, siégeant à la face externe du maxillaire inférieur, un peu au-dessus et en avant de l'angle de la mâchoire du côté droit, se prolongeant antérieurement jusqu'au voisinage des petites molaires.

Cette tumeur lisse, unie à la surface, un peu dure, non fluctuante, résiste au doigt, mais, sous l'influence d'une pression énergique, elle donne issue, par un pertuis situé au-dessous des deux dernières molaires, à une petite quantité de pus grisâtre. La langue est comme soulevée par l'empâtement œdemateux de tout le plancher buccal. Cet empâtement s'étend à la région sus-hyoïdienne, et s'accompagne de gêne prononcée de la parole, de la déglutition, et d'une salivation abondante.

La tumeur ouverte avec le bistouri, qui traverse un tissu épaissi, résistant, laisse échapper un mélange de sang et de pus mal lié. Le stylet introduit par l'ouverture arrive jusque sur le maxillaire qui est

dénudé, rugueux dans l'étendue de 2 à 3 centimètres. Je fais quelquelques scarifications sur le plancher de la bouche.

Prescription. Diète, frictions sur le cou avec l'onguent mercuriel belladoné, cataplasmes, iodure de potassium deux grammes, gargarisme opiacé.

6 avril. — 84 pulsations, chaleur à la peau, vive céphalalgie, plaintes incessantes, langue blanchâtre, un peu sèche, tuméfaction plus prononcée de la région sus-hyoïdienne avec rougeur foncée et chaleur des téguments. La tumeur périostique du maxillaire a notablement diminué ainsi que l'œdème sublingual, ce qui me permet d'enlever, sans trop de difficulté, l'avant-dernière molaire désignée par le malade comme étant la cause de toutes ses souffrances. La carie de cette dent d'ailleurs superficielle, est bornée à la couronne.

Même traitement, plus quinze sangsues à la région sus-hyoïdienne.

7 avril. — Nuit très-agitée; le malade s'est levé à diverses reprises. Il est plus calme au moment de la visite et continue à se plaindre de céphalalgie, d'insomnie. Le phlegmon s'étend à toute la paroi antérieure du cou jusqu'au voisinage de la fourchette sternale; salivation toujours abondante.

Trente sangsues, frictions mercurielles belladonées, cataplasmes.

8 avril. — État stationnaire.

Eau de Sedlitz, frictions et cataplasmes.

9 avril. — 104 pulsations, langue humide, plusieurs selles liquides. Du pus fétide s'écoule à l'intérieur de la bouche, par l'ouverture que j'ai pratiquée, persistance de la rougeur, du gonflement, de la chaleur dans toute la région antérieure du cou. Malgré l'absence de fluctuation appréciable, je me décide à pratiquer à la région sus-hyoïdienne, un peu à gauche de la ligne médiane, une incision de 4 centimètres en divisant sur la sonde cannelée l'aponévrose cervicale. Puis, avec l'extrémité de cet instrument, je pénètre aussi profondément que possible dans diverses directions, en écartant les tissus, afin de donner passage au pus. Mais il n'existe de collection nulle part, et il ne s'échappe de cette large et profonde ouverture qu'une petite quantité de pus d'un gris noirâtre, d'une odeur infecte.

Bouillon, vin de cannelle, injections chlorurées,

Au soir. — 108 pulsations dépressibles, le malade éprouve un peu de soulagement.

10 avril. — Agitation et délire pendant toute la nuit; l'infirmier de garde est obligé de maintenir le malade dans son lit. A la visite du matin, je suis effrayé de son état d'abattement, de prostration, 132 pulsations très-faibles. La tuméfaction du cou a notamment diminué. Il s'écoule de l'ouverture pratiquée la veille quelques grammes seulement de pus grisâtre, d'une odeur gangréneuse, mêlé à des bulles d'air, et par la pression du doigt sur les téguments, on détermine un bruit de gargouillement, 48 inspirations bruyantes, langue humide, gêne de la déglutition, douleur au voisinage de l'ombilic et dans la région du foie.

Même prescription.

Au soir. — 136 pulsations filiformes; le malade, plongé dans la prostration et la stupeur, ne manifeste aucune souffrance.

Il succombe le 11, à quatre heures du matin.

Le cadavre ayant été réclamé, l'autopsie, à mon grand regret, n'a point été pratiquée. J'ai prolongé l'incision faite sur le cou pendant la vie, et j'ai constaté que le pus fusait au loin dans les interstices musculaires jusqu'au voisinage du sternum, et jusque dans les couches les plus profondes. Ce pus est sanieux, grisâtre, d'une odeur horriblement infecte. Il n'existe pas de foyer purulent. Les veines faciale et jugulaire sont remplies de caillots sanguins et fibrineux, légèrement adhérents à la membrane interne. La sonde cannelée introduite de bas en haut, pénètre avec la plus grande facilité jusqu'au bord inférieur et à la face externe de l'os maxillaire, qui est dénudé, rugueux dans une partie du corps et de la branche du côté droit.

Telle a été la marche rapide de cette redoutable affection. Nous avons eu affaire à un phlegmon du cou qui a entraîné la mort du malade en provoquant sans doute une septicémie presque foudroyante. Ce phlegmon diffus lui-même a été occasionné par l'ostéo-périostite du maxillaire inférieur.

Mais quelle a été la cause de cette ostéite? Faut-il l'attribuer à la carie dentaire? Je ne le pense pas. La carie, comme je l'ai signalé, était superficielle et limitée à la couronne de l'avant-dernière molaire. Je ne prétends pas que la carie des dents ne puisse, dans quelques circonstances, produire de graves désordres. Un travail intéressant du docteur Roux de Maximieux publié dans le *Bulletin de thérapeutique* (numéros dn 15 août 1872), démontre que cette altération engendre parfois des accidents sérieux et d'un diagnostic difficile. Mais ces faits sont exceptionnels et se présentent avec un cachet de chronicité qui ne permet point de les comparer à celui dont j'ai donné la relation.

Ma première pensée a été de rapporter cette ostéite à la syphilis, si fréquente chez les indigènes de l'Algérie. Mais un examen approfondi des parties génitales, des téguments, des ganglions de l'aine, du cou, ne m'a fait découvrir aucun vestige d'accident primitif ou secondaire. Notre malade, interrogé dans ce sens, m'a affirmé n'avoir jamais eu d'affection de quelque nature que ce soit. D'ailleurs la syphilis que j'ai observée spécialement chez les Arabes, sous toutes les formes, dans ce qu'elle a de plus grave et de plus hideux, ne m'a jamais offert, pendant un séjour prolongé dans notre colonie algérienne, ce caractère de malignité.

Ferai-je intervenir la scrofule, le scorbut ou quelque autre état diathésique? Cette hypothèse ne peut être admise. Abd-el-Kader avait, à son arrivée à l'hôpital, une forte constitution et toutes les apparences d'une bonne santé habituelle. Il ne présentait pas les symptômes de la cachexie palustre. Il vivait dans d'excellentes conditions hygiéniques au point de vue du logement, de l'alimentation, du travail. L'état sanitaire, à cette époque, était aussi satisfaisant que possible à Orléansville, et nous n'avions en traitement, à l'hôpital, qu'un petit nombre de malades atteints d'affections légères. Notre indigène n'avait subi aucune violence, n'avait point fait de chute. Je ne trouve donc aucune cause probable pour expliquer la manifestation de cet état pathologique si grave.

Sous ce rapport, cette observation présente une parfaite analogie avec les exemples d'ostéite aiguë signalés dans la revue critique de M. le professeur Spillmann, avec cette réserve toutefois que la lésion, au lieu d'atteindre les os longs des membres, a frappé exclusivement le maxillaire inférieur dans un point circonscrit. Dans un bon nombre des cas mentionnés par notre collègue, l'étiologie est restée douteuse.

Au point de vue des symptômes, de la marche, de la terminaison de l'affection, nous constatons la même analogie. On observe dès le début le mouvement fébrile qui a frappé surtout l'attention du médecin de régiment, l'accablement, la prostration, la céphalalgie, l'insomnie, le délire, la douleur locale violente avec exacerbations nocturnes des plus manifestes, douleur rapportée par le malade à la carie dentaire, mais qui, en réalité, me semble dépendre de la lésion osseuse et périostique, l'œdème aigu du tissu cellulaire sublingual, le phlegmon diffus du cou, sa marche rapidement envahissante, enfin la mort survenue le sixième jour après l'entrée du malade à l'hôpital, ou le dixième jour après le début des premiers accidents.

J'ai attribué cette rapide et fatale terminaison à la septicémie en raison des symptômes si graves des derniers jours, de l'odeur infecte du pus, de la présence de l'air putride qui s'était infiltré dans les tissus du cou, de la douleur ressentie dans la région du foie.

L'autopsie nous aurait fourni certainement d'utiles renseignements à cet égard.

Quant au traitement, il a été aussi énergique, aussi prompt

qu'il pouvait l'être. Malgré la bonne constitution du sujet, j'ai préféré l'application de sangsues aux émissions sanguines générales. Le cou a été recouvert d'onguent mercuriel belladoné, de cataplasmes. J'ai prescrit au début, sans y insister toutefois, l'iodure de potassium, dans l'hypothèse d'une influence syphilitique admise tout d'abord. Je me suis empressé enfin, malgré l'opposition et la répugnance du malade pour cette opération, d'inciser profondément la région sus-hyoïdienne, où je croyais rencontrer un foyer purulent.

Des incisions multiples, comprenant l'aponévrose cervicale, pratiquées quarante-huit heures plus tôt, sur divers points de la face antérieure du cou, alors que le phlegmon envahissait la région sous-hyoïdienne auraient-elles conjuré le danger? Il est permis d'en douter en présence d'un dénoûment aussi soudain, aussi imprévu?

HOPITAL DE HAM. — M. Surmay.

Fracture comminutive du péroné; arrachement de la malléole interne; luxation du tibia en dedans et issue de la surface articulaire tibiale à travers une plaie; destruction des ligaments articulaires; gangrène du pied; amputation de la jambe au lieu d'élection pendant le sommeil anesthésique obtenu au moyen de l'opium et du chloral (1).

Le 23 juin 1873, on apporte à l'hopital un homme de soixante-trois ans, qui, dans une manœuvre d'atelier, venait d'être gravement blessé. A travers une plaie de la face interne de la région tibio-tarsienne, l'extrémité articulaire du tibia complétement luxée faisait issue; la malléole interne était arrachée et ne tenait plus que par le ligament tibio-tarsien; le péroné était fracturé à 6 centimètres environ au-dessus de la malléole externe. Comme la plaie était parfaitement nette et régulière, comme il était facile de remettre et de maintenir les parties en place, je pris le parti de tenter la conservation du membre, et j'agis en conséquence.

Le malade en question, nommé B..., était un vieil ivrogne que j'avais bien des fois soigné dans des attaques de *delirium tremens*, et qui, d'ailleurs, n'avait peut-être pas eu, depuis un an, huit jours de lucidité entière, je pensai à me mettre en garde contre une nouvelle attaque de délire, et je prescrivis 8 centigrammes d'extrait thébaïque, en huit pilules à prendre d'heure en heure.

La même prescription fut faite et observée le lendemain, et, le jour suivant, 26 juin, le malade étant resté calme, la dose d'extrait thébaïque fut abaissée à 5 centigrammes.

Mais le délire commença dans la nuit du 26 au 27. Je remarquai aussi le 27 au matin que les lèvres de la plaie étaient sphacélées. — Extrait thébaïque, 10 centigrammes en dix pilules, d'heure en heure.

Le délire continua le 27, et malgré 10 centigrammes d'opium donnés dans la journée, l'agitation devint telle pendant la nuit du 27 au 28 qu'il fallut attacher le malade sur son lit.

Le 28 au matin, B... était un peu moins agité, mais on ne l'avait pas détaché, et il était en délire complet. De plus la gangrène s'était étendue à tout le pied. Je pris la résolution de pratiquer, le jour même, l'amputation au lieu d'élection.

L'âge du malade, ses habitudes si anciennes d'ivrognerie, un vieux catarrhe bronchique dont il était atteint, me parurent fournir une contre-indication formelle à l'emploi des inhalations chloroformiques. Pourtant, je désirais vivement, sinon anéantir, du moins diminuer la résistance d'un tel patient. Pour atteindre ce but avec le moins de danger possible, j'eus alors l'idée d'associer l'action de l'opium à celle du chloral et j'instituai la médication suivante :

15 centigrammes d'extrait thébaïque seront donnés en trois doses égales, la première à dix heures du matin, la deuxième à onze heures et la troisième à midi. L'administration de l'opium sera suivie de celle du chloral à la dose de 2 gr. 50 en 60 grammes de sirop simple, en trois fois, dont la première aura lieu à une heure, la deuxième à deux heures et la troisième à trois heures, après quoi il sera procédé à l'opération.

Les choses ayant été faites ainsi que je les avais prescrites, le sommeil vint progressivement, sans aucune agitation, et il fallut réveiller le malade pour lui faire prendre la dernière dose de chloral. Lorsque j'arrivai, à trois heures, je le trouvai bien endormi, la figure bonne, la respiration parfaitement régulière et calme, le pouls à 96 environ, environ, la peau moite et chaude.

On transporte B... sur la table d'opération, et cette manœuvre lui fait ouvrir les yeux. Pendant toute la durée de l'opération, il sourit et parle comme un homme pris d'une douce ivresse et ne manifeste un peu de sensibilité que par quelques mouvements réflexes. Il se rendort pendant le pansement à l'ouate, et, remis dans son lit, il dort jusqu'au lendemain à quatre heures du matin, ne se réveillant que pour demander à boire et reprenant aussitôt son somme.

A partir de quatre heures du matin jusqu'à l'heure de ma visite, le malade fut parfaitement calme, tantôt sommeillant, tantôt éveillé et parlant peu dans un délire tranquille.

C'est en cet état que je le trouvai à neuf heures du matin, ne souffrant que de quelques picotements dans la jambe, ayant une soif assez vive, ignorant absolument l'opération qu'il avait subie.

C'est dans le même état satisfaisant qu'il est aujourd'hui, 12 juillet, treize jours après l'opération. B..., qui depuis un an, ainsi que je le disais au commencement, n'a presque pas eu de lucidité entière, mais a été presque constamment soit en délire tranquille, soit en délire agité, est toujours le même. Il n'a presque pas cessé de prendre chaque jour de l'extrait thébaïque, à la dose de 10 à 15 centigrammes, car quand j'ai essayé de supprimer le médicament l'agitation est revenue. Pour le reste, il est aussi bien que possible; il est sans fièvre, il mange un peu, et sa plaie, que j'ai dû découvrir huit jours après le premier pansement, a été trouvée alors en bon état. Rien n'annonce qu'il en soit autrement à l'heure qu'il est et je me propose de laisser l'appareil ouaté pendant quinze jours au moins s'il ne survient aucune indication de le renouveler.

Ainsi voilà une anesthésie aussi complète et aussi heureuse que possible obtenue au moyen de l'association à doses modérées de l'opium et du chloral. Si, dans les expériences que j'appelle, tout devait être aussi heureux et aussi simple, nul doute qu'un grand progrès serait réalisé dans les procédés pour procurer l'insensibilité aux malades soumis aux opérations de la chirurgie. C'est matière à expérimentation sérieuse et il n'y a pas pour cela de plus parfaite compétence que celle de l'éminente société à laquelle j'ai l'honneur de m'adresser.

Les accidents mortels qu'il faut attribuer aux inhalations de chloroforme sont déjà si nombreux que, tout en continuant d'employer ce moyen, on en cherche toujours un autre qui soit moins dangereux. C'est ainsi que, après les expériences de M. Cl. Bernard sur les animaux, M. Guibert, de Saint-Brieuc, puis MM. Labbé et Goujon ont fait précéder les inhalations chloroformiques d'injections de morphine et ont obtenu des résultats heureux. On a pu ainsi arriver à l'anesthésie avec des inhalations moins prolongées, on a pu supprimer, peut-être, la période d'agitation qui précède le sommeil chloroformique, mais on n'a pas supprimé ces inhalations et c'est certainement dans ce mode même d'administration du chloroforme qui ne permet pas le dosage du médicament et qui en rend l'absorption extrêmement rapide qu'il faut voir l'une des principales causes des accidents terribles qu'on a eu à déplorer. Ne sait-on pas que bien des fois la mort est arrivée subitement après la première inhalation?

On a tenté aussi d'obtenir l'anesthésie au moyen du chloral seul. M. le docteur Noir, de Brioude, est, je crois, le premier qui ait fait cet essai, en France, et le résultat a été l'insensibilité désirée. Mais la dose a été portée à 5 grammes, et ce n'a pas été sans certains phénomènes pénibles et inquiétants. A l'étranger la même expérience a été faite; les mêmes accidents se sont reproduits, et même la mort s'en est suivie.

Je ne sache pas que l'association de l'opium et du chloral, telle que je l'ai faite, ait été appliquée auparavant. J'ai vu, dans cette manière de procéder, l'avantage de substituer aux vapeurs du chloroforme, le

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 25 mars 1874.

choral qui paraît être moins dangereux, de pouvoir doser exactement les substances employées et de les faire pénétrer dans l'organisme par une absorption graduelle, et non par une irruption soudaine, et c'est cette dernière particularité qui m'a fait donner, au moins pour la première tentative, à l'injection stomacale, la préférence sur l'injection sous-cutanée de la morphine. Peut-être sera-t-il permis d'ajouter plus tard que les doses, restant modérées, seront aussi sans danger.

J'en appelle à l'expérimentation, et c'est d'elle seule qui faut attendre la solution de toutes les questions que soulève naturellement la communication que j'ai l'honneur de faire à la société.

P. S. — Le dix-septième jour après l'opération, sans que rien ne l'ait fait prévoir ni ne l'ait expliqué, à moins qu'il ne faille faire intervenir l'alcoolisme, le malade fut pris de tétanos.

J'employai aussitôt la même médication que j'avais si heureusement mise en usage pour obtenir le sommeil et l'anesthésie. J'obtins exactement le même résultat. Chaque jour B... s'endormait de la même manière, au même moment, et pendant le même temps, pendant qu'il dormait il se plaignait et avait des secousses tétaniques, mais ces secousses étaient beaucoup moins fréquentes et moins énergiques qu'alors qu'il était éveillé, ce qui arrivait tous les matins vers cinq heures. De cinq à dix heures du matin, heure à laquelle il commençait à prendre les médicaments, B... accusait de vives souffrances, puis, à mesure qu'il avançait dans l'exécution du traitement, le calme venait, et enfin il s'endormait jusqu'au lendemain.

Le tétanos n'a pas présenté l'intensité ni surtout cet appareil navrant de torture qu'on lui voit habituellement, et pourtant le malade a succombé le huitième jour après le début qui s'était fait, par le trismus, et la mort est arrivée alors que les contractions occupèrent, sans désemparer, les muscles respiratoires.

Il résulte de cela que la même médication a toujours produit les mêmes effets chez le même sujet, et relativement au tétanos, qu'elle a diminué les souffrances, mais sans enrayer la maladie qui s'est terminée par la mort.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 avril 1874. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

La correspondance officielle comprend : 1° les rapports sur les épidémies qui ont régné dans les départements des Pyrénées-Orientales et de la Corse, en 1873 ; 2° des rapports de vaccination.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend : 1°, des lettres de MM. Bouis et Giraud-Teulon qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section de chimie et de physique ;

2° Une lettre de M. le docteur Beaupoil d'Ingrandes (Indre-et-Loire) qui sollicite le titre de membre correspondant (commission des correspondants).

PRÉSENTATIONS

M. Gosselin présente, au nom de M. le docteur Bitot, de Bordeaux, un travail intitulé : *Obturation des orifices postérieurs des fosses nasales.* (Comm. MM. Giraldès, Depaul et Gosselin.)

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Morache, médecin-major et agrégé au Val-de-Grâce, un *Traité d'hygiène militaire.*

M. Guéneau de Mussy, au nom de M. Surmay, médecin à Ham, une note sur le mode d'occlusion des valvules auriculo-ventriculaires, à propos de la communication de M. Marc Sée, sur le même sujet. (Renvoyé à la même commission.)

M. Depaul : 1° au nom de M. Stanski, une brochure intitulée : *la Contagion du choléra devant les corps savants;* et 2°, de la part de M. Gripat, d'Angers, un travail sur les acéphales.

M. Fauvel fait hommage à l'Académie d'un travail intitulé : *Histoire médicale de la guerre d'Orient.* C'est une série de rapports sur les maladies qui ont régné parmi les armées belligérantes en 1854, 1855 et 1856.

M. Béclard dépose sur le bureau, de la part de M. Gubler absent, la deuxième édition des *Commentaires thérapeutiques du Codex.*

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'une commission chargée de régler les dispositions du prix légué à l'Académie par M. V. Gerdy.

Les membres désignés pour faire partie de cette commission sont : MM. Broca, Pidoux, Gubler, Lefort, Béclard.

Sur la proposition de M. Pidoux, M. Durand-Fardel, correspondant, sera admis à être entendu au sein de la commission.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PHYSIOLOGIE DU CŒUR

M. Colin met sous les yeux de l'Académie des préparations anatomiques destinées à montrer la disposition des valvules triglochine et mitrale et des colonnes charnues du cœur, et à expliquer le mécanisme de leur fonctionnement, conformément aux propositions qu'il a émises dans sa communication du 7 avril dernier.

Cette présentation donne lieu à une nouvelle discussion entre M. Bouillaud et M. Colin, sur la physiologie du cœur et sur l'ordre et la succession de ses mouvements.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 octobre 1873. — Présidence de M. Lunier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE ÉCRITE

1° Une lettre de M. Abadie, qui remercie la société de l'avoir admis parmi ses membres titulaires ;

2° Une lettre de M. Dubuc, qui demande un tour de faveur pour lire un mémoire sur le chancre infectant, à l'appui de sa candidature de membre titulaire ;

3° Une lettre de M. Gallez, qui remercie la société de lui avoir conféré le titre de membre correspondant.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE

1° Une note sur la lithotritie par M. Reliquet ;

2° *Étude clinique sur les affections vermineuses dans la Vendée,* par M. Rochet.

LECTURE

M. Perrin lit la note suivante :

De l'insuffisance du procédé proposé par M. Monod, dans le traitement de l'hydrocèle. — Regardant le défaut d'équilibre entre la sécrétion et l'absorption comme la cause immédiate de l'accumulation de la sérosité, soit dans les cavités séreuses normales, soit dans les kystes, M. Monod (1) s'est demandé s'il ne serait pas possible de rétablir cet équilibre, en modifiant simplement la composition du liquide accumulé. En ce qui concerne la cure de l'hydrocèle, il a été ainsi conduit à proposer d'extraire une très-faible quantité de sérosité vaginale, et d'y substituer immédiatement une moindre quantité d'alcool à 40°.

Fort des encouragements que la méthode mise en avant par l'auteur lui avait un moment mérités au sein de la Société de chirurgie, nous avons cru devoir nous-même en faire une nouvelle application chez un de nos malades dont nous allons rapporter l'observation.

Obs. — Le nommé X..., âgé de quarante ans, a vu, depuis un an, l'hydrocèle, du côté gauche, dont il est atteint, se développer lentement, sans douleur et sans cause appréciable.

(1) Note sur la possibilité de guérir les collections séreuses en injectant de l'alcool dans la cavité qui contient la sérosité accumulée. (*Gazette des Hôpitaux*, 1871, p. 466.)

Ses occupations, comme contre-maître dans un atelier important de serrurerie, ne lui permettant pas d'accepter, quant à présent, le traitement radical de son affection, par l'injection iodée, nous lui proposons, outre des applications quotidiennes, sur le scrotum, de compresses imbibées de la solution résolutive suivante : eau, 250 grammes; iodure de potassium, 4 grammes; alcool vulnéraire, 30 grammes; de recourir à un traitement qui ne suspendra pas son travail, c'est-à-dire à celui conseillé par M. Monod. Le procédé de M. Monod consiste, on le sait, à extraire, à l'aide d'une petite seringue de Pravaz, armée de son aiguille, quelques grammes du liquide de la collection séreuse, que l'on remplace immédiatement par l'injection, dans la tumeur, d'un gramme environ d'alcool à 40°.

La première ponction pratiquée suivant le procédé qui vient d'être rappelé, a lieu le 7 janvier dernier. Dans les jours qui suivirent cette petite opération, un commencement de résolution franche de la tumeur parut se montrer, mais pour s'arrêter au bout de huit jours et donner lieu ensuite à la reproduction du liquide, presque au même degré que par le passé.

Le 20 janvier, nouvelle ponction, mais, cette fois, suivie de l'injection d'un gramme d'alcool de vin à 90 degrés, au lieu de 40, c'est-à-dire d'alcool coagulant fortement l'albumine à ce degré de concentration.

Cette injection absolument indolore comme la première, fut encore suivie d'une résolution très-marquée de la tumeur, au point même de me faire croire à une guérison prochaine. C'est à peine, en effet, si, au bout de huit jours, 15 grammes de sérosité restaient dans le sac, au lieu de 200 grammes au moins qui s'y trouvaient au moment de l'opération. Malheureusement cette semi-résolution ne persista que pendant quelques semaines, pour faire place à la reproduction progressive du liquide, mais aux trois quarts de la quantité primitive seulement.

Le 7 avril. Troisième ponction, comme dans les opérations précédentes; commencement de résolution, mais à peine sensible cette fois.

Le 21. — Quatrième injection d'alcool à 90°, précédée, comme à l'ordinaire, de l'extraction de cinq à six grammes de sérosité.

Les jours suivants, disparition rapide et presque complète de la tumeur, comme après la seconde opération.

Le 5 mai. La résolution paraît complète. Le scrotum, flasque, semble toutefois plus volumineux de ce côté, mais ce développement est manifestement dû au relâchement de ses parois autrefois distendues.

Cette guérison apparente ne fut pas de longue durée, et malgré les applications de compresses résolutives que le malade n'a cessé d'appliquer pendant toute la durée du traitement, c'est-à-dire pendant plusieurs mois, le 23 juin suivant, ce malade nous revenait avec une hydrocèle presque aussi volumineuse qu'autrefois. Une cinquième injection pareille aux précédentes fut pratiquée ce même jour, mais sans résultat consécutif appréciable.

Enfin le 7 juillet, sixième et dernière ponction terminée par l'injection d'un gramme d'alcool, mais additionné cette fois de cinq ou six gouttes de teinture d'iode.

Malgré cette légère modification apportée dans la nature de l'injection, celle-ci n'eut d'autre effet que d'occasionner dans le même moment, chez le malade, une cuisson assez vive, mais de courte durée. Quant à l'hydrocèle, le résultat fut nul.

Enfin le malade, rebuté par des tentatives de notre part aussi nombreuses qu'inutiles, nous supplia d'en finir avec son affection, en le soumettant au traitement classique, auquel, sous prétexte de ne pas perdre quelques jours de travail, il avait désiré lui-même ne recourir qu'à la dernière extrémité.

Le 29 juillet, nous procédâmes à cette opération. 200 grammes au moins de sérosité furent évacués avec un trocart ordinaire pour hydrocèle. Deux injections successives furent immédiatement faites dans le sac avec la solution suivante :

Teinture alc. d'iode . .	40 grammes.
Eau	10 —
Iodure de potassium . .	1 —

Après l'évacuation, retrait de la poche vaginale dont les parois ne nous paraissent pas épaissies d'une manière appréciable. Quant au testicule et à l'épididyme, ils nous ont semblé, au toucher, un peu plus développés que du côté opposé, mais sans induration véritable. Ajoutons que la douleur, au moment de l'injection, fut assez vive, surtout vers l'anneau inguinal que nous avions eu la précaution de faire comprimer légèrement au moment de l'injection.

Notre malade, dès le lendemain, se promenait dans la chambre, et en moins de huit jours, la résolution complète de la tumeur s'est effectuée.

Le 15 août, le malade reprenait ses travaux, et la guérison s'est maintenue depuis.

L'observation qui précède démontre que si, après la deuxième et la quatrième injection, il y a eu résolution complète pour faire croire à une guérison prochaine et définitive, et surtout pour motiver l'ajournement d'une nouvelle ponction à quarante-cinq jours, dans un cas, et à soixante-cinq jours, dans l'autre, il n'en est pas moins vrai que cette amélioration, bien que considérable, n'a été que de courte durée, que le liquide s'est reproduit plus ou moins complétement, et qu'à la suite des ponctions qui ont précédé ou suivi ces deux ponctions si heureuses, le résultat a été de beaucoup moins favorable. Or, s'il en est ainsi dans un cas d'hydrocèle aussi simple, sous tous les rapports, que celui dont nous venons d'avoir l'honneur d'entretenir la société, il est douteux que la nouvelle méthode puisse, dans l'avenir, se prévaloir de succès bien nombreux. A notre sens, elle n'est appelée à répondre qu'à d'assez rares indications, au même titre que la ponction palliative ordinaire, et sans pouvoir, comme le reconnaît d'ailleurs implicitement M. Monod lui-même, dans la première conclusion de son second mémoire, entrer en ligne de compte avec la méthode classique par les injections iodées.

Si notre unique observation était, à la rigueur, insuffisante pour démontrer le bien fondé de notre assertion, nous invoquerions au besoin les observations ultérieures si probantes de M. Monod, observations résumées dans une note lue par lui, comme la première, huit mois plus tard, devant la Société de chirurgie.

« Chez deux opérés d'hydrocèle, dit-il (1), la guérison s'est maintenue en ce sens que la quantité de sérosité *existant encore* dans la tunique vaginale est insignifiante et n'augmente pas.

« Chez un troisième qui avait été opéré le 10 juin 1871, qu'il avait perdu de vue jusqu'à la fin d'octobre, la résolution ne s'étant pas faite, il a dû faire trois injections, le 31 octobre, le 2 décembre et le 25 janvier 1872, pour amener *le même état* que chez les deux premiers.

Chez un quatrième, vieillard de soixante-dix ans, diabétique, qui se considérait comme guéri, il existait encore deux mois et demi après la dernière ponction *une quantité notable de liquide.*

Enfin, dans les deux dernières observations, la cinquième et la sixième, M. Monod constate que dans l'une, après six injections successivement pratiquées, *il reste un peu de sérosité dans la tunique vaginale,* et que, dans l'autre, après cinq ponctions, « son intention est néanmoins d'en faire une sixième, si la résolution, qui a marché très-rapidement, *ne continue pas* ».

Ainsi, dans toutes ces observations, le résultat final a été incomplet, en ce sens que la résolution de la tumeur séreuse, après avoir marché convenablement pendant quelque temps, s'est arrêtée ensuite tout à fait. Nul doute que dans la plupart de ces faits, comme cela a eu lieu dans le nôtre, la collection de sérosité ne se reproduise tôt ou tard, et que le traitement employé n'ait abouti qu'à lasser inutilement la patience des malades dont les instants n'auront été, en réalité, épargnés en aucune façon.

De l'exposé qui précède, il nous est donc permis, croyons-nous, de conclure que toute méthode qui n'a pas pour effet constant d'oblitérer la cavité vaginale, au moins momentanément, et mieux encore peut-être, de détruire complétement la séreuse vaginale elle-même, n'est appelée à compter que des succès rares ou éphémères. Que, sous ce rapport, les injections iodées vulgarisées par Velpeau, doivent continuer à occuper le premier rang dans le traitement radical de l'hydrocèle; que les avantages invoqués par M. Monod, à l'appui

(1) *Gazette des Hôpitaux*, p. 506, 1872. (Note sur les hydropisies locales guéries par les injections d'alcool.)

de sa méthode, sont singulièrement diminués par la longue durée du traitement, et les interminables déplacements qu'elle exige des malades; que, dans le plus grand nombre des cas, les guérisons, plus apparentes que réelles, ne deviennent définitives et durables qu'à la condition de soumettre finalement les patients à l'injection véritablement héroïque, c'est-à-dire à l'injection iodée.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, M. le docteur Dodeuil (Timoléon), adjoint au maire de Ham (Somme), qui, comme médecin et administrateur, s'est particulièrement fait remarquer par son courageux dévouement pendant la guerre de 1870-1871, a reçu une médaille de première classe.

— Les intéressantes notes que nous venons de publier sur l'Exposition de Vienne sont détachées d'un travail considérable publié par M. le docteur Barthélemy dans les *Archives de médecine navale*. Nos lecteurs auront trouvé comme nous fort étrange que, dans une amputation, les parties molles aient été tranchées à l'aide de la spatule de Langenbeck. Douze pages de texte oubliées par le metteur en page des *Archives* expliquent cette opération.

— Le *Bordeaux médical* fait, dans les termes suivants, un appel aux jeunes médecins désireux de trouver une position médicale :

« On demande un médecin. — La place de médecin près de la tribu des Indiens Tulares, en Californie, est vacante. Le dernier titulaire avait la charge d'un certain nombre d'Indiens malades qui, malheureusement, ont tous succombé ; sur ce, le grand conseil s'est assemblé et a décidé que le médecin avait mérité la mort, sentence qui fut immédiatement exécutée !

« Avis à ceux de nos jeunes confrères que n'effrayent pas les dangers et les voyages, et qui brûlent du désir de trouver un poste où ils puissent montrer tout leur dévouement à l'humanité. »

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 25 avril 1874, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° lecture du procès-verbal de la précédente séance ; 2° lecture à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire par M. le docteur de Beauvais, sur la balanite, la balanoposthite parasitaire et le phimosis symptomatiques du diabète ; 3° vote sur la candidature de M. le docteur Marcet au titre de membre titulaire.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 48. — SAMEDI 25 AVRIL 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 25 AVRIL 1874. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le rhumatisme blennorrhagique.

Ce sujet à lui seul vaut toute une polémique. Il est gros de questions, à commencer par le titre lui-même. Qu'est-ce que le rhumatisme blennorrhagique? Et d'abord est-ce bien un rhumatisme? Et pour résoudre cette première question, il faudrait préalablement avoir donné une définition exacte et précise du rhumatisme lui-même. On voit où cela conduirait. Nous ne voulons pas aller aussi loin. Étant accepté le terme de rhumatisme articulaire aigu comme suffisamment défini et représentant une espèce nosologique bien déterminée, est-on fondé à lui assimiler les accidents articulaires qui se manifestent pendant le cours d'une blennorrhagie? La question ainsi posée, assez simple en apparence, ne laisse pas encore que de diviser les opinions. On eût peut-être prévenu bien des discussions qui ont surgi à ce sujet, si, dès l'origine, au lieu de se servir, pour désigner ces accidents articulaires, de l'expression de rhumatisme, qui a été introduite dans la science beaucoup plus en vue d'une simple analogie qu'avec l'idée d'identité, on se fût borné à les désigner sous le nom d'arthrite blennorrhagique. C'eût été déjà une simplification considérable, en ce qu'on n'aurait ainsi en rien préjugé la question d'identité de nature tant débattue.

Ces réflexions et le souvenir des discussions qu'elles ont évoquées nous sont venus à l'occasion d'un fait très-simple qui s'est présenté ces jours derniers dans le service de la clinique médicale, à la Charité, et sur lequel M. Sée a appelé en quelques mots seulement l'attention de ses élèves. Il s'agit d'un homme, un garçon boucher (nous mentionnons sa profession parce qu'il a paru, dans le cas particulier qu'elle n'était peut-être pas tout à fait étrangère, par les habitudes et l'espèce de tempérament spécial qu'elle développe chez ceux qui l'exercent, à l'origine de l'affection dont il est ici question). — Il s'agit, disons-nous, d'un homme qui est entré à la Charité, dans le service de clinique, pour des arthrites multiples dont il est atteint depuis deux mois. Une première circonstance a tout d'abord frappé M. Sée, c'est l'absence complète de fièvre chez cet homme, non-seulement en ce moment, mais même au début et pendant tout le cours de son affection, d'après ce qu'il affirme. On a examiné le cœur, et l'on n'y a constaté absolument rien d'anormal. Or des douleurs articulaires, durant déjà depuis deux mois, sans avoir jamais provoqué le moindre mouvement fébrile, ni eu le plus léger retentissement sur le cœur, pouvaient-elles être considérées comme un véritable rhumatisme articulaire? M. Sée a pensé qu'il fallait chercher ailleurs que dans le principe rhumatismal l'explication ou la cause de ces douleurs; c'est alors qu'en interrogeant cet homme sur ses antécédents et en se livrant sur lui à un examen attentif, il a appris qu'il avait contracté une blennorrhagie, il y a cinq mois; qu'il l'avait depuis trois mois déjà, lorsque, suivant son expression, elle lui est tombée sur le genou d'abord, pour gagner ensuite de là successivement les autres articulations. A dater du moment où ces douleurs se sont manifestées, l'écoulement a tout à coup perdu l'abondance qu'il avait eue jusque-là et s'est réduit aux proportions de la goutte militaire.

Eh bien, dans ce fait très-simple en apparence, fait qu'on peut multiplier à l'infini si l'on veut se donner la peine d'analyser la plupart des relations du prétendu rhumatisme blennorrhagique, se trouve la caractéristique qui distingue foncièrement cette lésion du véritable rhumatisme articulaire, c'est l'apyrexie et l'absence de trouble ou de lésion coïncidente du côté du cœur. Un autre caractère distinctif d'une importance tout aussi décisive aux yeux de M. Sée, est dans le retour plus ou moins tardif, mais inévitable de nouveaux accès, après un premier accès de rhumatisme articulaire aigu, tandis que le rhumatisme dit blennorrhagique, ou, pour parler plus congrument, l'arthrite blennorrhagique ne se reproduit qu'autant que sa première cause elle-même se reproduit, c'est-à-dire à l'occasion d'une blennorrhagie nouvelle. Mais ce caractère, on le comprend du reste, exige, pour se produire, un laps de temps suffisamment prolongé.

Le retour des accès de rhumatisme articulaire n'est une question pour personne. Or il n'y a pas d'exemple jusqu'ici, que nous sachions, qu'un individu ayant eu une première arthrite développée sous l'influence d'une blennorrhagie, ait eu une seconde atteinte du même genre si elle n'a été précédée d'une nouvelle blennorrhagie. M. Sée a rapporté, à cette occasion, l'histoire d'un malade de la ville qu'il avait été appelé à soigner, il y a déjà un assez grand nombre d'années, pour un prétendu rhumatisme articulaire : les deux genoux et les deux coudes étaient pris, mais sans fièvre. Il ne tarda pas à recueillir l'aveu que l'invasion de ces douleurs articulaires avait été précédée d'une blennorrhagie. Quelques années plus tard, nouvelle explosion de douleurs dans les jointures, mais toujours avec absence de fièvre, survenue à l'occasion d'une

deuxième blennorrhagie. Enfin, plus récemment, troisième blennorrhagie, troisième accès d'arthrite généralisée également apyrétique. Pas le moindre trouble du cœur pendant ces trois accès, ni depuis, et pas la moindre douleur articulaire dans leur intervalle, mais seulement persistance d'un peu de roideur dans les articulations dès la première atteinte.

Cette question de rhumatisme blennorrhagique ayant été récemment l'objet d'une étude clinique de la part de M. Brouardel, à l'occasion de plusieurs cas qui se sont présentés simultanément dans son service, nous y reviendrons dans une de nos prochaines revues.

Exostose épiphysaire de l'adolescence.

M. Gosselin n'a cessé, depuis quelques années, de faire remarquer dans ses leçons cliniques, comme dans ses publications, l'influence que l'âge exerce sur le développement et la marche de certaines affections chirurgicales. Il a particulièrement dirigé son attention sur la période de la vie qui avait été le moins étudiée jusqu'ici, à ce point de vue, l'adolescence. Nous avons souvent signalé notamment, soit dans nos revues, soit dans d'autres divisions de ce journal, des exemples de cette lésion spéciale du pied que M. Gosselin a décrite sous le nom de valgus douloureux ou de tarsalgie des adolescents. C'est d'un autre ordre de lésion également placée sous la dépendance physiologique de la période de l'adolescence, l'exostose épiphysaire, que nous désirons entretenir aujourd'hui nos lecteurs, l'occasion nous en étant naturellement fournie par l'un des malades du service de la clinique chirurgicale de la Charité, qui en offre, en ce moment, un exemple.

Il s'agit d'un jeune garçon de dix-sept ans qui présente une tumeur dure, un peu bosselée, du volume d'une petite orange ou mandarine, à la partie supérieure et interne de l'humérus, au point correspondant à l'union de l'épiphyse humérale avec la diaphyse. Cette tumeur, qui donne à la main la sensation d'une consistance osseuse, est tout à fait indolente, elle ne provoque ni n'entretient aucun trouble fonctionnel de voisinage. M. Gosselin, après avoir examiné cette tumeur n'eut pas à hésiter longtemps sur son diagnostic: Ce jeune garçon n'avait jamais eu de fracture, ni d'ostéite; la première manifestation de sa tumeur remontait à l'âge de trois ans; elle avait donc déjà quatorze ans de date. La circonstance de sa consistance osseuse et de sa continuité évidente avec l'humérus, dont on ne peut l'isoler ni la distinguer, tandis que les parties molles, qui la recouvrent, conservent toute leur mobilité sur elle, ne pouvait laisser aucun doute sur son siége et sur sa nature. Il n'y avait à discuter ici ni la possibilité d'un cancer ni celle d'une origine syphilitique, que l'âge du malade ni aucun précédent n'auraient justifiées. M. Gosselin formula donc le diagnostic : exostose, ajoutant le qualificatif : de l'adolescence, qui lui donnait sa véritable signification.

Il existe, en effet, chez les adolescents, — et c'est là ce que M. Gosselin a très-nettement établi — des exostoses qui ne sont nullement dues à une cause spécifique, lésions toutes locales qui ne s'accompagnent ni de douleurs, ni de troubles fonctionnels sensibles, et qui, d'après une opinion émise il y a longtemps, par M. Broca (V. *Gaz. des Hôp.* ann. 1865, p. 295), seraient le résultat d'une exagération du travail épiphysaire qui produit l'accroissement du squelette et prendraient toujours naissance au bord des cartilages épiphysaires; d'où le noms d'exostoses épiphysaires que ce chirurgien leur a donné, et que M. Gosselin a cru devoir conserver.

Le pronostic de cette affection se déduit tout entier du rapprochement de ces diverses conditions, savoir : l'absence de toute influence spécifique générale et de l'accroissement de ces tumeurs pendant l'enfance et toute la période de l'adolescence, enfin leur point d'origine constant sur l'union de la diaphyse avec l'épiphyse des os longs. De là, en effet, la présomption que le travail d'hypergénèse osseuse, qui a donné lieu à la formation de ces tumeurs, venant à s'arrêter nécessairement lors du développement complet du squelette et de la soudure définitive des épiphyses, l'accroissement de ces tumeurs devra s'arrêter également à cette époque. C'est ce que l'expérience, en effet, paraît avoir confirmé.

Dans le tome Ier de la *Clinique chirurgicale de la Charité* (septième leçon), M. Gosselin rapporte l'histoire d'un jeune homme de dix-neuf ans, portant une tumeur à la partie inférieure et interne du genou droit, qui avait commencé à paraître à l'âge de seize ans, avait grossi peu à peu, sans faire souffrir le malade, et était arrivée au volume d'une pomme d'api. Cette tumeur arrondie, un peu mamelonnée à sa surface, d'une dureté osseuse, était fortement adhérente à la tubérosité interne du tibia avec laquelle elle se confondait. Consulté sur ce qu'il y avait à faire dans ce cas, M. Gosselin, déjà instruit à cet égard par l'expérience, répondit : Rien. Il n'y avait rien à attendre d'une médication quelconque, et quant à une opération, qui eût été possible sans doute, mais qui n'eût pas laissé que de présenter des chances d'accidents graves, vu l'absence de toute douleur et de tout trouble fonctionnel, la prudence voulait qu'on s'en abstînt. Il se borna à quelques recommandations de soins et de précautions, ayant pour objet de garantir la tumeur contre les froissements ou les violences extérieures. Le malade dut garder sa petite difformité qui résultait de la présence de cette tumeur dont le développement était arrêté.

En ce qui concerne le jeune malade qui est en ce moment dans les salles, M. Gosselin a fait quelques réserves sur le pronostic. En voici les raisons. Il y a tout lieu de présumer, sans doute, que le développement de la tumeur qu'il porte à la région supérieure du bras, s'arrêtera lors de l'achèvement de la croissance, ainsi que cela a lieu dans la généralité des cas analogues; et qu'arrivé à cette période de sa vie, ce jeune garçon en sera quitte pour sa difformité. Mais, en considérant cependant que ce malade n'a encore que dix-sept ans, que l'os qui est le siége de la tumeur est un de ceux dont la soudure se fait le plus tard, vers l'âge de vingt et un ans, en général, que cette tumeur a pris un accroissement rapide dans ces dernières années, il y avait lieu de se demander si cette tumeur, restée inoffensive jusqu'à présent, ne pourrait pas, par ses progrès ultérieurs, finir par produire une compression sur les vaisseaux et les nerfs voisins et amener des perturbations fonctionnelles consécutives qui nécessiteraient peut-être un jour une intervention active. En conséquence, tout en s'abstenant de toute intervention quant à présent, vu l'absence de douleur et de troubles fonctionnels, M. Gosselin a été d'avis qu'il y avait lieu de ne pas perdre ce malade de vue et de le surveiller.

Dyspepsie.

M. Leven a communiqué à la Société de biologie la suite de ses études sur la dyspepsie; ses dernières expériences sont relatives aux applications thérapeutiques. On se rappelle que, dans ses premières recherches, M. Leven a établi que le phénomène fondamental de la dyspepsie consiste dans la sécrétion aqueuse exagérée de liquides dans l'estomac au moment du repas ou quelques heures plus tard. De ce fait se déduit l'indication thérapeutique, employer des médicaments sus-

ceptibles de réduire cette sécrétion exagérée. Le sulfate de soude, le phosphate de soude, le bromure de potassium et le phosphate de chaux à la dose de 20 à 25 centigrammes, pris avant le repas, et combinés avec un régime alimentaire sévère, lui ont paru réussir dans la plupart des cas où il les a mis en usage.

M. Leven poursuivant ses nouvelles recherches, au point de vue clinique, nous attendrons qu'il soit arrivé à des résultats plus décisifs pour les faire connaître avec les détails nécessaires.

THÉRAPEUTIQUE

D'une forme particulière de la médication reconstituante

par le docteur Tarbien

Depuis que les études physiologiques ont imprimé à la science médicale un mouvement si remarquable, qui suffirait à caractériser une époque dans l'histoire de notre art, la thérapeutique devait abandonner les routes tracées jusqu'alors, se créer des voies nouvelles et chercher les moyens les plus rationnels de traiter les malades. Mais, de toutes les médications, il n'en est peut-être pas qui ait plus attiré l'attention des savants que la médication *dite* reconstituante.

Si la gloire de notre hygiène contemporaine est de savoir prévenir, on ne saurait trop applaudir, d'un autre côté, à cette tendance, toute de nos jours aussi, qui cherche à rendre à nos santés épuisées les éléments qui leur manquent pour reprendre le jeu normal de leurs organes. Pour arriver à ce résultat, il fallait s'appuyer sur l'étude physiologique de nos tissus; savoir ce qui les constituait à l'état sain, quelles étaient les déperditions causées par les fatigues ou par les maladies, puis chercher dans l'arsenal thérapeutique ce qui pouvait réparer ces pertes.

Telle est aujourd'hui la marche de la science thérapeutique.

La médication reconstituante s'offre donc à nous aujourd'hui avec des caractères de précision scientifique très-remarquable. Rien de plus difficile cependant, au premier abord, que de faire de la médication reconstituante; et, certes, ceux qui nous ont précédé avaient bien fait de cette médication la plus étrange des accumulations polypharmaques connues. Si nous voulons assister au travail qu'il importe de faire pour obtenir un bon médicament reconstituant, il nous suffit de prendre un exemple parmi les produits le plus justement estimés de cette médication.

Un pharmacien distingué, M. Aroud, a voulu rechercher une des formes les plus scientifiques de la médecine reconstituante. Il avait devant lui des principes connus, appliqués avec succès, le quinquina, le fer. On sait le nombre considérable de préparations où le fer et le quinquina jouent le rôle principal. Et nous ne devons pas nous étonner de ce nombre, car, dans des conditions déterminées, le fer, le quinquina sont des plus précieux.

Mais à côté du fer et du quinquina, il est un élément reconstituant des plus remarquables, auquel nous voyons jouer tous les jours un rôle important dans la reconstitution des malades et dans le développement même des enfants, nous voulons dire les principes nutritifs et solubles de la viande.

Le praticien connaît l'importance physiologique considérable de ces principes pour la nutrition en général, et surtout pour l'assimilation des aliments, il sait qu'ils sont éminemment propres à favoriser le fonctionnement normal de l'estomac et à développer la formation des sucs digestifs; que, par eux, le sang enrichi de matériaux de rénovation porte par mille canaux la nourriture à tous les organes, stimule toutes les fonctions organiques et les établit dans cet équilibre parfait qui constitue la santé.

L'idée neuve et digne d'attention de M. Aroud a été de combiner au vin de quina ces principes nutritifs solubles de la viande. L'idée était juste, et nous avons aujourd'hui tantôt au quina et tantôt au quina ferrugineux, suivant les indications que le praticien réclame, un vin ou un sirop véritablement reconstituant. Cet exemple montre combien il importe aujourd'hui de ne plus marcher en thérapeutique que guidé par les connaissances physiologiques. Grâce à des études sérieuses nous voyons l'aliment le plus réparateur combiné, associé au reconstituant et au névrosthénique par excellence. Nous sommes ainsi en possession d'un médicament qui, sous une forme attrayante à la vue et au palais, permet de combattre avec succès l'appauvrissement du sang, l'anémie, la chlorose par du fer assimilable uni à tous les éléments du globule du sang et à tous les principes constitutifs des os et des muscles, sous la dénomination de vin ou de sirop ferrugineux Aroud au quina, et, si l'on ne veut pas de fer sous celle de vin ou de sirop Aroud au quina, représentant par 30 grammes 3 grammes de quina du plus haut titre et 27 grammes de viande.

Cette forme particulière de la médication reconstituante obtiendra l'attention du praticien en lui représentant la force d'assimilation unie à la force de résistance vitale, un principe de plasticité pour le sang et l'énergie triomphante des causes morbifiques bientôt traduits dans les services obtenus par son expérimentation.

DU SIPHON VÉSICAL

DANS LE TRAITEMENT DES FISTULES URINAIRES PAR LA SONDE A DEMEURE.

Par le docteur H. Gripat, ancien interne des hôpitaux (1).

Conclusions. — Les fistules urinaires périnéo-scrotales ont cela de particulier que, le tissu de leur paroi étant exclusivement cicatriciel, elles ont une tendance naturelle à se fermer sitôt qu'on rétablit les fonctions du canal et qu'on empêche l'urine de le traverser. — Tous les auteurs déclarent qu'il est presque toujours impossible d'empêcher la filtration de l'urine par les fistules. — L'application à demeure des grosses sondes constitue un moyen illusoire, car elle dilatent mal le canal, et n'enlèvent pas toute l'urine; d'ailleurs, elles causent souvent des accidents graves. — La dilatation permanente peut et doit être faite avec des sondes qui ne calibrent pas le rétrécissement. — L'adaptation d'un siphon à une sonde petite permet d'évacuer incessamment l'urine à mesure qu'elle arrive dans la vessie. — Le siphon vésical, en permettant de remplir toutes les indications du traitement des fistules, constitue un progrès réel dans la thérapeutique des voies urinaires. — Le siphon peut être employé utilement, en dehors des affections des voies urinaires, dans les cas où l'on veut évacuer régulièrement et lentement une collection liquide (kystes, ascites, etc.).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 mars 1874. — Présidence de M. Perrin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Une lettre de M. le docteur Boinet qui demande le titre de membre honoraire. — Une lettre de M. Bonnafont rappelant la statistique des amputations tibio-fémorales pratiquées par Baudens.

M. Larrey offre à la société : Une trentaine de thèses de chirurgie et les ouvrages suivants :

Pratique de chirurgie ou histoire des plaies en général et en particulier, par Guisard; — *Recueil d'observations chirurgicales*, par Saviard; — *Traité des maladies de l'œil*, par Ant. Maîtrejean; — et la suite des comptes rendus de l'Académie des sciences pour l'année 1873.

PRÉSENTATIONS

M. Desprès présente, au nom de M. le docteur Monteil, de Mantes, un enchondrome de l'extrémité inférieure de la cuisse et du genou, opéré par l'amputation de la cuisse, précédée de la ligature

(1) In-8°. — Prix : 2 francs. — Adr. Delahaye.

de l'artère fémorale. L'examen micrographique fait par M. Després montre qu'il s'agit d'un enchondrome. (Cette présentation sera suivie d'une observation détaillée du docteur Monteil.)

M. DESPRÈS présente également l'article de la *Revue scientifique* relatif à l'autopsie des frères siamois, laquelle constate la réunion des deux foies, normaux d'ailleurs, par une bande où passaient des branches de la veine porte, et confirme la valeur des appréciations des chirurgiens français qui, contrairement à l'opinion des embryologistes, étaient absolument opposés à la désunion artificielle de ces deux êtres.

RAPPORT

M. GUÉRIN. En juillet 1873, je fus chargé de faire un rapport sur une note de M. le docteur Surmay, relative à l'emploi simultané et successif de l'opium et du chloral. Cette note, remplie d'intérêt, consiste en une observation prise avec le plus grand soin, et suivie de réflexions pratiques utiles à publier. Le but de M. Surmay est le suivant : remplacer le chloroforme par l'opium et le chloral réunis. L'observation prouve que ce but a été atteint puisque M. Surmay a pu faire de cette façon une amputation de cuisse dans le sommeil anesthésique le plus complet. Le moyen est facile, puisqu'il lui a suffi d'administrer, le matin à son malade, 15 centigrammes d'opium en trois doses, à une heure d'intervalle; puis, 2 gr. 60 de chloral de dix à trois heures. C'est à ce moment que l'amputation a été pratiquée sans que le malade ait eu la moindre conscience de l'opération. Ce fait est extrêmement important, exceptionnel peut-être, car il s'agissait d'un alcoolique, et je ne sais pas si tous les malades supporteraient indistinctement la même médication; mais le résultat, je le répète, n'en est pas moins remarquable.

Le dix-septième jour après l'opération, sans que rien puisse légitimer ou expliquer l'invasion des accidents, le tétanos se déclare, et, malgré l'administration de nouvelles doses de chloral, le malade succombe. Certes, il est impossible de conclure, d'après cette seule observation, à l'efficacité du moyen employé et, bien que la terminaison fatale ne puisse, en aucune façon, être attribuée à la méthode, il serait peut-être bon de s'appuyer sur un plus grand nombre de faits. L'observation de M. Surmay n'est pas d'ailleurs absolument unique, et il cite plusieurs cas dans lesquels M. Dumesnil, de Rouen, aurait employé le même procédé, avec moins de résultat cependant, puisqu'il a été contraint de terminer par quelques inhalations de chloroforme. Pour ma part, je n'ai pas trouvé l'occasion d'employer la méthode anesthésique de M. Surmay, qui, pourtant, chez les alcooliques comme dans son observation, pourrait, je crois, rendre des services. En résumé, l'usage simultané et successif du chloral et de l'opium en remplacement du chloroforme, me paraît une tentative digne d'un grand intérêt, et je crois qu'il serait utile de publier l'observation de M. Surmay.

C'est donc par cette proposition que je termine, et par celle de placer M. Surmay en rang très-honorable parmi les candidats à la place de membre correspondant, m'appuyant en cela sur les nombreux titres qu'il m'a adressés à la suite de sa communication.

DISCUSSION

M. PAULET. Je ne sais guère jusqu'à quel point la société, en publiant le fait de M. Surmay, ne donne point son adhésion à sa méthode. Or, dans le cas qu'il a relaté, y a-t-il eu avantage à substituer l'opium et le chloral au chloroforme? J'en doute. Aussi la publication, proposée par notre collègue, ne me paraît-elle pas exempte d'inconvénients.

M. GUÉRIN. Je répare une omission importante dans mon rapport, omission tout en faveur de M. Surmay. Son malade était alcoolique et, en outre, atteint d'un catarrhe bronchique des plus graves, ce qui explique les dangers qu'aurait pu lui faire courir l'administration du chloroforme.

M. DEMARQUAY. J'ai fait, il y a deux ans, des expériences sur l'emploi simultané de l'opium et du chloroforme, et j'ai remarqué que cette association déprimait notablement la température animale. Aussi l'emploi de cette méthode me paraît-il ne pas devoir répondre aux espérances qu'avaient conçues Cl. Bernard et les Allemands.

M. LE FORT. Je ferai remarquer que la société n'a point à approuver ou à improuver les recherches de M. Surmay. Depuis longtemps on cherche à prolonger l'anesthésie, sans pour cela forcer l'administration du chloroforme. A ce point de vue, la tentative de M. Surmay est très-intéressante et mérite à tous égards la publication.

Les conclusions de M. Guérin sont adoptées.

COMMUNICATIONS

Fracture comminutive du péroné; arrachement de la malléole interne; luxation du tibia en dedans et issue de la surface articulaire tibiale à travers une plaie; destruction des ligaments articulaires; gangrène du pied; amputation de la jambe au lieu d'élection pendant le sommeil anesthésique obtenu au moyen de l'opium et du chloral. — M. SURMAY. J'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation de la Société de chirurgie l'heureuse expérience que je viens de faire d'un nouveau procédé pour obtenir l'anesthésie dans les opérations chirurgicales et qui consiste dans l'association de l'opium et du chloral. Voici le fait (voir le numéro du 23 avril) :

De la ligature des vaisseaux comme moyen de traitement de l'éléphantiasis des Arabes. — M. DEMARQUAY appelle l'attention sur le fait suivant :

Depuis un certain nombre d'années, des chirurgiens distingués, en Amérique, en Angleterre, en Allemagne et en France ont tenté de guérir l'éléphantiasis des Arabes par la ligature de l'artère principale du membre affecté. Tout récemment un jeune chirurgien distingué publiait, dans la *Gazette médicale*, un résumé succinct de ces faits, et donnait comme guérie la malade opérée par M. Richard, et dont l'observation avait été publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*. C'est cette malade, dont l'observation passe comme un fait de guérison, que j'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la société.

Cette malade est âgée de trente-huit ans. Mariée, elle est entrée dans mon service, à la fin de sa grossesse, pour y faire ses couches.

Voici les antécédents de la malade : elle n'a, dans sa famille, aucun antécédent que l'on puisse invoquer comme cause de sa maladie.

C'est vers l'âge de quinze ans que la jambe gauche augmente; la peau durcit sans que la malade éprouve ni gêne, ni douleur. Elle a été réglée à seize ans. Depuis, aucun dérangement dans la menstruation. Dans l'espace de deux ans, la tuméfaction, qui n'avait cessé de s'accroître, fut étendue à la cuisse ; alors la station debout la fatigue, tandis que la marche reste facile. Elle a été traitée à Saint-Louis par M. Cazenave, à l'aide de la compression élastique, sans succès.

Elle entra, en 1864, à l'hôpital Cochin, dans le service de notre regretté collègue M. le docteur Richard. A ce moment, le membre gauche est envahi depuis les orteils jusqu'à la racine du membre. La peau et le tissu cellulaire sont indurés. L'impression du doigt n'est point conservée, impossibilité de faire un pli à sa peau, qui est rugueuse, quoique ayant conservé sa coloration normale. La partie inférieure de l'abdomen et de la fesse commence à être envahie. M. Richard pratique la ligature à la base du triangle de Scarpa, entre la fémorale profonde et l'épigastrique.

Les suites de l'opération ont été satisfaisantes. Dès les premiers jours, la tension disparaît; la circonférence diminue de 5 centimètres. Compression méthodique cinq semaines après l'opération. Sous ces deux influences la tuméfaction a diminué de 10 centimètres environ de circonférence, mais bientôt la compression n'est plus supportée. Sur la jambe, la peau a repris sa souplesse ; on ne sent plus de points indurés au milieu du genou; les tissus commencent à prendre leur consistance normale. A la vue, lit-on dans l'observation, le membre paraît à peine plus volumineux que celui du côté sain. Il n'a point été possible, au moment de la sortie de la malade, de percevoir d'une manière évidente la circulation au niveau des malléoles. Les battements sont-ils faibles? Le tissu cellulaire n'est-il pas assez souple? voilà les principaux détails de l'observation publiée par la *Gazette des Hôpitaux*.

Depuis, la malade a perdu les bénéfices de son opération, le

membre a repris un volume considérable ; la malade marche avec peine.

Les couches de cette femme ont été bonnes; elle est complétement rétablie, sauf quelques malaises sans importance. L'externe du service, M. Hybre, a pris la température des deux membres inférieurs, et il a signalé la différence suivante :

Du côté sain au pli de l'aine. . . . . . 36°6
A la malléole externe. . . . . 33°0

Du côté malade et dans les mêmes points il a trouvé :

Au pli de l'aine. . . . . 36°3
A la malléole externe. . . . . 33°1

La mensuration donne le résultat suivant :

MEMBRE SAIN		APRÈS L'ACCOUCHEMENT MEMBRE MALADE			
			1 jour après.	25 jours après.	
A l'aine.	53 c.	A l'aine. . .	74	70	—
Cuisse, partie moyenne.	44 c.	Cuisse. . . .	78	65	—
Genou, pli articulaire.	35 c.	Genou. . . .	35	43	—
Jambe, partie moyenne.	30 c.	Jambe. . . .	30	47	—
Malléoles.	21	Malléoles . .	21	24	—

Voilà un fait qui n'est point favorable à sa méthode. Reste à savoir si, dans les cas de succès qui ont été publiés dans les journaux américains, anglais et allemands, on a eu réellement affaire à de véritables éléphantiasis des Arabes, si les malades ont été suivis.

La malade que j'ai l'honneur de présenter à la société a été considérée comme guérie par notre éminent collègue, et cependant, il est facile de voir que cette femme a subi une opération grave en pure perte, avant de suivre les conseils donnés par un certain nombre de chirurgiens distingués, il faudrait savoir ce que sont devenus les opérés. Combien, en un mot, sont morts aux suites de ces ligatures de gros vaisseaux, et combien il en resté de guéris.

LECTURE

M. NOISET fait une lecture sur le traitement des fractures compliquées par de nouvelles gouttières en zinc.

COMMUNICATION

Nouvelle communication relative au traitement chirurgical de l'hypospadias périnéo-scrotal. — M. DUPLAY. Je désire compléter la communication que j'ai faite dernièrement à la Société de chirurgie sur le traitement chirurgical de l'hypospadias périnéo-scrotal. On se rappelle que, dans la méthode thérapeutique que je préconise, le chirurgien doit, après avoir redressé la verge, créer d'abord l'urèthre nouveau d'avant en arrière, c'est-à-dire depuis le gland jusqu'à une petite distance de l'ouverture hypospadienne en laissant persister cette ouverture ; puis, dans un dernier temps, pratiquer l'abouchement des deux portions de l'urèthre.

Il y a six semaines, j'ai eu l'honneur de vous montrer un jeune homme de vingt-deux ans chez lequel j'avais reconstitué environ 9 centimètres du canal, à l'aide d'un procédé opératoire que j'ai décrit. Chez ce jeune homme, il restait, au niveau de l'ouverture hypospadienne, une sorte de fistule ayant à peine 1 centimètre, et qui restait à combler.

Ce dernier temps a été pratiqué il y a cinq semaines. Le procédé opératoire a consisté dans un avivement circulaire de l'ouverture que j'ai fait très-largement. Puis les surfaces avivées ont été réunies à l'aide de trois fils d'argent traversant obliquement toute l'épaisseur des parties, comme pour la fistule vésico-vaginale, d'après le procédé américain. Afin d'assurer une coaptation plus exacte, j'ai placé, entre les points de suture, deux épingles traversant à peine la moitié de l'épaisseur des surfaces avivées, et je les ai assujetties par un fil en huit de chiffre ; une sonde n° 20 avait été placée à demeure dans la vessie.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. Au bout de quarante-huit heures, la présence de la sonde déterminant quelques douleurs et l'urine commençant à filtrer par le méat autour de la sonde, j'enlève celle-ci et, comme la fistule paraît complétement réunie, je laisse uriner le malade seul, en prenant la précaution de le faire placer sur les coudes et les genoux, de manière que l'écoulement de l'urine soit plus facile. Après chaque miction, on injecte par le méat un peu d'eau que l'on fait ressortir par une douce pression exercée d'arrière en avant.

Dès le troisième jour, j'enlève les épingles, puis, successivement, le sixième, septième et huitième jour, les trois fils de la suture profonde. La réunion par première intention avait eu lieu.

Aujourd'hui le malade, que vous pouvez examiner de nouveau, ne présente plus de traces apparentes de son vice de conformation. Les fonctions urinaires s'exercent parfaitement bien, et l'urine est projetée avec force et par un jet volumineux. Le seul inconvénient est le séjour, dans la partie profonde du nouveau canal, de quelques gouttes de liquide que le malade expulse aisément après chaque miction par une pression exercée à la racine des bourses. L'éjaculation a lieu sans difficulté ; le sperme ne sort pas en bavant et est lancé à quelques centimètres.

Afin de ne pas abuser des moments de la société, je présente en même temps que ce sujet, complétement guéri, un de mes opérés, âgé aujourd'hui de dix ans, et sur lequel j'ai commencé à appliquer ma méthode thérapeutique dès 1868.

Ce petit malade, que j'ai perdu de vue pendant près de quatre ans, et chez lequel je n'ai pas obtenu encore l'abouchement des deux portions de l'urèthre, a subi ces jours derniers une petite opération complémentaire.

Au moment où je l'ai opéré pour la première fois, je n'attachais pas d'importance à la confection du méat urinaire ; mais ayant reconnu depuis son utilité, surtout au point de vue fonctionnel, j'ai voulu réparer cette imperfection. De plus, comme j'ai cru remarquer que l'une des causes d'insuccès, dans les deux tentatives que j'ai faites pour aboucher les deux portions de l'urèthre, tenait à la largeur de la fistule persistante, je me suis proposé, en même temps que je réparerais son méat, de prolonger un peu en arrière le nouveau canal, ou, en d'autres termes, de rétrécir la fistule.

Cette double opération a été faite, il y a quinze jours, à l'hôpital Saint-Antoine, et, quoique le résultat ne soit pas encore parfait, on peut constater que, chez cet enfant, li existe un urèthre de nouvelle formation avec un méat à peu près normal, et se terminant à un demi-centimètre de l'ouverture hypospadienne.

Il me reste encore, avant de songer à aboucher les deux portions de l'urèthre, ce que je ne compte pas faire avant quelques années, à compléter le méat et à fermer une petite fistule offrant à peine 2 millimètres, et qui siége à 1 centimètre en avant de l'ouverture hypospadienne. Dès à présent l'enfant urine, partie par l'ouverture hypospadienne, partie par le méat de nouvelle formation.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. DUBRUEIL présente une malade à laquelle il a pratiqué une restauration de la sous-cloison à l'aide d'un lambeau pris sur la lèvre supérieure.

M. DEMARQUAY. J'ai publié, il y a vingt-cinq ans, un fait analogue. Mon maître Blandin avait employé le même procédé de restauration dans un cas identique.

ÉLECTION

Il est procédé au vote sur la demande de l'honorariat faite par M. Chassaignac. — 26 votants. — A l'unanimité moins une voix, M. Chassaignac est nommé membre honoraire.

La séance est levée à cinq heures vingt minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

Séance du 1er avril 1874. — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : *La Gazette des Hôpitaux.* — *L'Union médicale.* — *La Gazette hebdomadaire.* — *La France*

médicale. — *Le Progrès médical.* — *Le Mouvement médical.* — *La Tribune médicale.* — *L'Abeille médicale.* — *Le Bulletin général de thérapeutique.* — *La Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.* — *La Gazette médicale de Strasbourg.* — *Le Bordeaux médical.* — *La Revue médicale de Toulouse.* — *Le Bulletin de la société de médecine de la Sarthe.* — *Le Bulletin médical de l'Aisne.* — *Le Lyon médical.* — *Le Marseille médical.* — *Le Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.*

Étude sur les relations qui existent entre les artères articulaires et les articulations, par F. Chiais. — *De la trachéotomie dans le croup et de la dilatation forcée et intermittente du larynx à l'aide du dilatateur laryngien,* par le docteur Després, de Saint-Quentin. — *Contribution à l'étude des épidémies cholérique,* 1866-1873, par le docteur E. Besnier. — *Comptes rendus de la commission des maladies régnantes,* par le docteur Ern. Besnier.

M. ROUX, de Brignoles, adresse un mémoire manuscrit sur : *la Fièvre uréthrale* (comm. : MM. Le Fort, Sée, Paulet).

M. DUMONT de Baños de Esamo adresse une observation manuscrite intitulée : *Extraction, par la taille, d'un calcul phosphatique prostatique du poids de* 80 *à* 90 *grammes* (comm. : MM. Demarquay, Lannelongue, Horteloup).

M. LARREY offre à la société : *Le Bulletin de l'Académie de médecine pour* 1873.

RAPPORT

M. DESPRÈS lit un rapport sur une note de M. le docteur Vidal, intitulée : *Fracture de la rotule et du condyle externe du fémur par coup de feu traversant l'articulation. Sortie de la balle dans la lésion poplitée en dehors de la ligne médiane. Résection du genou. Suture osseuse. Guérison.*

Résection du genou. — M..., âgé de vingt-deux ans, soldat au 35e de ligne, blessé le 30 septembre 1870 au combat de Chevilly, avait reçu une balle au genou gauche. Cette balle avait fracturé la rotule et pénétré dans l'espace intercondylien et était sortie par le creux poplité. Trente-six heures après la blessure, M. Vidal, au soin duquel était confié le malade, appela M. Lannelongue, qui, en présence de Nélaton, pratiqua la résection du genou par le procédé à un lambeau antérieur ovale. La rotule fut enlevée, puis les deux condyles ont été reséqués, et une esquille a été enlevée du fond de l'espace intercondylien. Un centimètre de l'épaisseur de l'extrémité supérieure du tibia, a été ensuite reséquée. Puis M. Lannelongue procéda à la suture osseuse et appliqua trois points de suture métallique en argent. Le membre a été immobilisé dans trois attelles plâtrées.

La plaie, qui n'avait point été réunie entièrement par première intention, s'était refermée en partie le 5 octobre. La suppuration commença le 7 octobre et, le lendemain, un drain fut passé dans la plaie, qui était arrosée et lavée avec un mélange d'eau alcoolisée. Un débridement, pour faciliter l'écoulement du pus, a été nécessaire. Le 22 octobre, l'œdème de la jambe annonce la formation d'une fusée purulente qui apparut bientôt dans le mollet. M. Vidal ouvrit, à cette époque, en ce point, un abcès profond. Le 10 novembre la suppuration continuait son cours, et la plaie bourgeonnait. La consolidation osseuse, à cette date, était parfaite, quoique les fils ne fussent point retirés.

Le 5 janvier, la cicatrisation était presque complète, mais il restait une fistule sur le côté externe, et, par cette fistule, on arrivait sur le fémur dénudé.

Le 20 janvier, suppuration abondante par l'orifice fistuleux. Fusée purulente vers la cuisse, drainage.

Le 3 février, fusée purulente dans la longue portion du biceps, ouverture.

Le 5 mars, issue d'un séquestre par la fistule de la région externe.

Le 10 mars, fistule sur la cicatrice de la plaie de l'opération au niveau des points de suture. Extraction de ces fils.

Le 20 mars, le blessé est transféré à l'ambulance de Saint-Cloud. Il peut déjà s'appuyer sur son membre, mais il restait une fistule à la partie externe.

Ici, il y a une lacune de trois ans et demi, pendant lesquelles il n'y a aucunes nouvelles du malade. M. Vidal a revu son opéré dernièrement, et celui-ci était dans l'état où il vous l'a présenté. Il y a, vous vous le rappelez, un raccourcissement de 5 centimètres. Le malade boite surtout parce qu'il a le membre inférieur rigide, et il dit qu'il peut faire une longue course, appuyé seulement sur une canne. Le tibia et le fémur sont soudés. Il y a deux fistules, une au niveau d'un des anciens points de suture, l'autre au niveau d'une des anciennes ouvertures d'abcès, et, par cette dernière, d'après M. Vidal, on pénètre profondément jusqu'au fémur. L'os que j'ai palpé est notablement tuméfié. Le malade ne souffre pas en dehors de la fatigue et des changements de temps, mais les fistules se sont ouvertes et refermées à plusieurs reprises après avoir causé des douleurs et une inflammation classique que vous connaissez tous et qui est due à la rétention du pus provenant du foyer d'une nécrose. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 21 avril 1874, ont été nommés ou promus dans la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Cuvellier, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées.

Au grade d'officier : MM. les médecins-majors de 1re classe Meunier et Eychenne.

Au grade de chevalier : MM. les médecins-majors de 2e classe : Bonnaud, Courtin, Sculfort, Baldy, Janson, Rives. — M. le pharmacien-major de 2e classe Truquet. — MM. les vétérinaires en premier : Doffin et Chaumont.

— La Société française de tempérance a tenu sa séance solennelle le 29 mars sous la présidence de M. Renouard, membre de l'Institut.

Après une allocution du président, la lecture du rapport sur la situation de l'œuvre par M. Lunier, celle des rapports de MM. Edmond Bertrand et Durand-Fardel sur les prix et sur les récompenses, la société a décerné :

Un prix de 500 francs et une médaille d'argent à M. Picard, pasteur à Badevel, par Fesches-le-Chatel (Doubs).

Des médailles de bronze et des livrets de caisse d'épargne de 50 francs à MM. Pouche, marqueur de Diette, contrôleur aux mines de Bruay.

Des médailles de bronze et 25 francs à MM. Claude, Mangeau, palefreniers; Bulle, Charbonnier; Kœnig, Verlé, Hennin, cochers de la Compagnie générale des omnibus; Chouillon, peintre; Hennequin, Hamecourt, Fréville, Montré, Pralet, cochers; Alary, maréchal et Morieux, palefrenier de la Compagnie générale des voitures; Martin, garde-barrière; Barthe et Dussauce, facteurs et Delangres, employé au chemin de fer d'Orléans; Melignier, perceur; Lamel, manœuvre; Colache et Kraft, menuisiers; Montels, nettoyeur, et Schneider, journalier, du chemin de fer du Nord.

Des médailles de bronze à MM. Malinges, Frogé, Thevenet, Million (F.), Million (J.), Pachet, chefs d'ateliers; Schuppon, Schneider, Gemehl, Briant, Varaillon, chefs ouvriers, et Collet, de la manufacture d'armes de Chatellerault; Fouilloy, chef menuisier et Fourmy, chef monteur, du chemin de fer du Nord; Brouillard et Duval, contremaître des mines d'Auchy-au-Bois; Pecqueur, mécanicien, et Gosselin, instituteur, des mines de Bruay; Vohy et Duval, contrôleurs; Grez et Mercier, Fougères, conducteurs de la Compagnie générale des omnibus, et Guers, ouvrier tisseur, à Lyon.

— Dans sa *Promenade autour du monde*, M. le baron de Hubner rapporte qu'au temple d'Asakusa (Japon), « il y a un dieu de bronze que visitent les malades. Ils lui frottent de la main la partie du corps qui correspond à celle dont ils souffrent ».

— La Société de chirurgie tiendra sa prochaine séance le 29 avril 1874.

Ordre du jour. — Chauvel : Observations sur le traitement du tétanos par le chloral en ingestions stomacales. — Verneuil : Rapport sur deux cas de tétanos guéri par les ingestions de chloral.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la prostitution dans les grandes villes, au dix-neuvième siècle, et de l'extinction des maladies vénériennes. — Questions générales d'hygiène, de moralité publique et de légalité, mesures prophylactiques internationales, réformes à opérer dans le service sanitaire, discussion des règlements exécutés dans les principales villes de l'Europe. — Ouvrage précédé de documents relatifs à la prostitution dans l'antiquité, par le docteur J. JEANNEL. — Deuxième édition, complétée par des documents nouveaux. In-18 jésus de 647 pages. Prix, 6 francs. — Paris, 1874. J.-B. Baillière et fils.

Du rôle de l'estomac et du pylore dans la digestion et la formation du sang; leur influence sur un certain nombre de maladies chroniques, par le docteur Louis DE SÉRÉ. — 4e édition, revue et augmentée. — In-8°. — 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Étude sur la menstruation, au point de vue de son influence sur les maladies cutanées, par le docteur DANLOS. — In-8°. — 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Bouchut.

Gliome du cervelet — paraplégie incomplète devenant paralysie ascendante ; — méningite tuberculeuse. — Double névrite optique. — Mort et autopsie.

Aujourd'hui, je vous parlerai d'un cas extrêmement curieux qui a été d'une interprétation difficile et qui n'a été éclairé que par l'ophthalmoscopie.

On aurait pu croire à une de ces paralysies consécutives aux maladies aiguës, comme j'en ai cité tant d'exemples dans mon *Traité du nervosisme*. En effet, la malade sortait d'avoir la scarlatine, et elle ne pouvait pas marcher. C'était une paraplégie incomplète. Cependant, pour savoir si c'était une amyosthénie ou une affection spinale, j'eus recours à l'ophthalmoscope, et, ayant découvert une double névrite optique, je diagnostiquai une affection cérébro-spinale. C'était vrai. La marche rapide des accidents, la paraplégie devenant paralysie ascendante aiguë et la méningite terminale prouvèrent combien l'étude cérébroscopique avait été utile. Voici le fait :

G..., âgée de onze ans, entrée le 3 novembre 1873 au n° 3 de la salle Sainte-Catherine (Hôpital des Enfants-Malades), service de M. Bouchut.

Cette enfant arrive convalescente de scarlatine remontant à six semaines et laissant une desquamation abondante des membres et du ventre.

Elle est pâle, n'a pas d'œdème ni d'albuminurie, mais ne peut marcher sans qu'il y ait de paralysie. Elle se tient debout tremblante, les jarrets fléchis, et n'avance que si elle est soutenue.

La sensibilité tactile et réflexe sont intactes.

La vue est un peu trouble, et, à l'ophthalmoscope, je trouve les deux papilles aplaties, rosées, opalines, œdémateuses, sans modification des vaisseaux ni de la rétine.

La tête est saine, les digestions excellentes; pas de fièvre, et il n'y a, comme lésion viscérale, qu'une endocardite mitrale légère, caractérisée par un bruit de souffle à la pointe et en dehors du mamelon.

Des *bains sulfureux*, du *fer* et du *quinquina* sont employés tous les jours.

L'enfant allait bien, se sentait plus forte, commençait à marcher lorsque survinrent de nouveaux accidents.

Le 11 novembre. — Céphalalgie violente arrachant des cris pendant seize heures, jusqu'à ce qu'une injection hypodermique de morphine la fît cesser. Vomissements, fièvre vive, pouls petit, régulier, 120. Pas de selle depuis deux jours.

Le 12. Céphalalgie moindre; vomissements, une selle; respiration fréquente, 64, embarrassée; diaphragmatique, avec paralysie des intercostaux accompagnée de respiration suspirieuse; même état des yeux à l'ophthalmoscope.

Le 13 et 14. — Même état, sauf la douleur de tête, qui est revenue et qui nécessite une nouvelle injection hypodermique de morphine.

Le 4 et 5. — Hémiplégie gauche, sans perte de connaissance, la face est déviée à droite; paralysie motrice absolue, mais la sensibilité est conservée; l'enfant éprouve de la douleur, mais ne peut retirer ses membres gauches, et le chatouillement des pieds ne produit pas le mouvement réflexe qu'il détermine à droite; respiration plus calme, faible, non diaphragmatique; pouls petit, 124 régulier; pas de vomissements ni de selles; même état des papilles, qui sont œdematiées, d'un rose pâle uniforme et sans dilatation des vaisseaux.

Le 17. — La paralysie est générale dans les membres, mais a diminué à gauche, où les mouvements réflexes sont revenus. L'intelligence persiste très-affaiblie; respiration faible, car le diaphragme remue à peine; pouls 200.

Dans les yeux, à l'œdème papillaire se joint à présent la dilatation des veines rétiniennes.

Le 18. — La paralysie redevient générale, et l'enfant succombe.

Autopsie. — Les sinus sont remplis de sang liquide, et les veines méningées distendues remplies de sang coagulé noir, c'est-à-dire par des thromboses récentes.

L'artère basilaire et ses branches renferment des caillots décolorés qu'on peut extraire; de même pour l'artère ophthalmique.

L'arachnoïde est trouble, épaissie, opaque à la base du cerveau.

La pie-mère est fortement injectée, adhérente aux circonvolutions ramollies, infiltrée de sérosité jaunâtre louche au niveau des circonvolutions, et, le long des vaisseaux de la scissure, il y a un peu de pus.

Çà et là existent de petites granulations tuberculeuses miliaires très-fines, le long des vaisseaux et même dans la pie-mère.

Le cerveau est fort injecté, non ramolli, sans hydrocéphalie ventriculaire et sans tubercules.

Le cervelet, dans la scissure médiane inférieure, présente, profondément caché dans la substance blanche de l'arbre de vie, un gros tubercule jaune cru entouré d'une induration grise demi-transparente parsemée de grains durs plus opaques. Autour, la substance cérébelleuse est, sur quelques points, normale, mais sur d'autres piquetée de rouge, jaunâtre et ramollie. L'histologie nous a permis de mieux déterminer la nature de cette altération, après durcissement, j'ai constaté que la tumeur était constituée par une masse conjonctive ayant, au centre et sur quelques autres points la régression tuberculeuse.

La moelle épinière ne présente rien de particulier qu'une grande hypérémie méningée.

Les poumons offrent deux petites masses tuberculeuses en voie de calcification et entourés d'un kyste induré noirâtre, cartilagineux. Çà et là existent des granulations tuberculeuses grises.

Le cœur offre, à l'intérieur, une endocardite valvulaire mitrale chronique caractérisée par l'épaississement blanchâtre rugueux et nodulaire de la valvule mitrale. Les colonnes tendineuses sont épaissies et raccourcies de façon à créer une faible insuffisance de l'orifice.

Dans cette observation chacun peut voir, une paralysie progressive et mortelle débuter dans la convalescence d'une scarlatine, rester stationnaire et simuler une paralysie, mais l'ophthalmoscope fit voir qu'il y avait autre chose. — En effet, le mal avait pour origine un gliome tuberculeux du cervelet, et il se termina par des accidents de méningite.

Tout d'abord l'enfant, couverte d'une desquamation scarlatineuse, se présente parce qu'elle ne peut marcher et qu'elle est faible sur les jambes.

On aurait pu croire à un simple *amyosthénie*, c'est-à-dire à celle de toutes les convalescences d'enfant, lorsque le sujet se lève et marche, pour la première fois, après un mois de lit. — Alors les muscles, altérés par la maladie aiguë, avec des fibres moins rouges, dépourvues de striation, n'ayant pas encore repris leurs caractères histologiques normaux ne peuvent soutenir le poids du corps qui tombe à terre. C'est une sorte de paralysie périphérique musculaire et locale. En tout cas, c'est un phénomène temporaire et que l'alimentation fait cesser.

Chez cette enfant, la titubation était trop ancienne pour qu'on puisse croire à une simple *amyosthénie* due à un défaut destriation musculaire.

Je songeai d'abord à l'existence d'une paralysie de convalescence comme celles que j'ai décrites dans mon *Traité du nervosisme aigu et chronique,* paralysies qui s'observent dans la diphthérite, la rougeole, la scarlatine, la variole, la fièvre typhoïde, l'angine simple, etc., — et que l'on attribue à la déglobulisation du sang et à l'*ischémie* nerveuse. Comme il n'y avait ni douleur ni trouble fonctionnel apparent autre que la paraplégie incomplète, je m'arrêtai à l'idée d'une paralysie de convalescence, seulement au lieu l'attribuer à l'anémie, je la rapportai à une hypérémie de la moelle épinière. Ce n'était pas seulement une hypérémie de la moelle, il y avait, en outre, une tumeur du cervelet, mais, de toute façon, l'ophthalmoscopie permettait d'affirmer l'existence d'une lésion cérébro-spinale. — Pourquoi? Parce que l'ophthalmoscope révélait la présence d'une double névrite optique au début. En effet, les deux papilles aplaties, rosées, pâles, diffuses étaient le siége d'une lésion que j'ai fait chromo-lithographier dans les figures 1 et 2 de mon mémoire sur le *Diagnostic des maladies de la moelle par l'ophthalmoscope*, publiée par la Société de biologie.

Il y a là, comme l'on voit une belle application de mes recherches de cérébroscopie, car chez cette enfant, que l'on pouvait croire seulement anémique, l'ophthalmoscope révélait une lésion organique de la moelle ou du cervelet produisant la paraplégie. — C'est là un fait clinique de haute importance et qui montre bien le parti que l'on peut tirer de l'ophthalmoscopie médicale. Au reste, vous pouvez bien croire que, si le moyen n'était pas bon à employer, je n'aurais point passé douze ans de ma vie à en poursuivre la vulgarisation.

Dans cette situation la scène change, une céphalalgie occipitale très-vive se déclare, il se produit des vomissements répétés, de la constipation, du ralentissement et des intermittences du pouls, de la respiration suspirieuse et diaphragmatique. Il était évident que le cerveau et les méninges venaient de se prendre et de participer à la maladie primitive. Une méningo-encéphalite venait de se déclarer.

Le surlendemain, hémiplégie gauche sans altération de l'intelligence ni du sentiment, sauf la perte des mouvements réflexes dans le côté paralysé.

Le jour d'après, paralysie générale, l'intelligence restant intacte, puis diminution de la paralysie à gauche, nouveau retour de la paralysie généralisée et la mort.

Dans cette seconde phase de la maladie, l'ophthalmoscope en a éclairé les phénomènes de la façon la plus certaine. Aussitôt la paralysie, le fond de l'œil a changé. La papille est devenue plus diffuse, et les veines, qui jusque-là étaient restées dans l'état normal se sont dilatées ainsi que les veinules, de façon à montrer qu'un obstacle à la circulation cérébrale venait de se produire.

Cette prévision a été confirmée par l'autopsie puisque l'on a trouvé une thrombose méningée très-considérable.

Ici donc, deux sortes de signes cérébroscopiques, — les uns du début, annonçaient une action réflexe de la moelle et du cervelet sur la papille, par l'intermédiaire du grand sympathique, et les autres ultimes annonçaient un obstacle mécanique à la circulation cérébrale. En effet, la stase des derniers jours de la vie annonçait bien la stase cérébrale, et c'est un signe qui ne manque jamais.

En résumé, paraplégie incomplète, suite de compression de la moelle par un gliome tuberculeux du cervelet, chez une tuberculeuse et secondairement méningite tuberculeuse finale, voilà ce que présente à enregistrer cette curieuse observation.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CRUVEILLIER.

Tétanos traumatique. — Traitement par les injections de chloral dans les veines (1).

La publication de la remarquable observation présentée à l'Académie des sciences par M. le docteur Oré et la guérison si rapide de son malade devaient tout naturellement attirer l'attention et inspirer le désir d'appliquer la méthode qui lui avait procuré un si brillant succès.

Je viens présenter à la Société de chirurgie une observation où l'emploi du chloral en injection dans les veines n'a pas été suivi de guérison; j'ajouterai tout de suite que la méthode de M. Oré n'a été appliquée dans toute sa rigueur qu'à une période déjà avancée de l'affection, par suite du défaut d'instrumentation appropriée et de l'hésitation où j'étais sur le procédé à employer dans une opération assez délicate, diversement décrite par les auteurs, et sur laquelle

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 1er avril 1874.

M. Oré n'a pas cru devoir donner des détails qui lui ont paru sans doute inutiles.

L'affinité des deux faits et surtout la terminaison fatale observée dans le mien m'engagent à vous le soumettre.

Le nommé D..., Adolphe, âgé de trente-trois ans, mécanicien, entre le 5 mars au nº 60 de la salle Sainte-Marthe, à l'hôpital Saint-Louis.

La lésion qui l'amène est un écrasement de la main droit-datant du jour même. Le petit doigt est presque totalement écrasé; l'annulaire, le médius et l'index sont fracturés au niveau de la phalangette; l'articulation de la première et de la deuxième phalange de l'index est ouverte : le pouce est resté sans lésions.

Le soir de l'entrée, hémorrhagie assez abondante par une des collatérales du médius; la ligature dans la plaie est tentée en vain; on fait alors de la compression sur le doigt. L'irrigation continue est maintenue pendant une semaine à peu près.

Au bout d'une dizaine de jours, le petit doigt, complétement sphacelé est retranché dans son premier article; il coule à peine quelques gouttes de sang, et je m'aperçois que la première phalange est fendue verticalement jusqu'au voisinage de l'articulation métacarpo-phalangienne. L'état général du malade est bon; il dort, se lève et mange bien.

Le 18 mars, à la visite, le malade accuse un peu de mal de gorge; il a des mouvements spasmodiques dans les muscles de la face, mouvements qui ont persisté jusqu'à la fin, et qui ont pour effet de découvrir les dents incisives supérieures.

Le 19. — La roideur des muscles masseters se prononce; le malade ouvre difficilement la bouche; on songe au tétanos et des injections hypodermiques de morphine sont prescrites toutes les quatre heures.

Le 20. — Le trismus est nettement accusé. Les muscles du dos et du cou restent libres, mais le malade a de temps en temps des crises pendant lesquelles survient une contracture plus ou moins généralisée, mais toujours sous la forme d'opisthotonos.

Deux faits sont à noter, c'est la liberté des membres, même du bras siége du traumatisme, et d'autre part, l'absence de mouvements réflexes, lorsqu'on vient à exciter une partie du corps.

Le 21. — Même état; il n'y a toujours que du trismus, mais les crises convulsives sont plus fréquentes. On fait préparer la solution de M. Oré (9 grammes de chloral dans 10 grammes d'eau), et avec la seringue de Pravaz on injecte, dans une des veines cubitales gauches, une quantité représentant à peu près 3 grammes de chloral. Le malade s'endort un quart d'heure à peine après l'injection : il respire largement, le pouls ample, mou, bas, cent fois par minutes; les dents, qui avant l'injection étaient étroitement serrées, s'écartent spontanément, le malade dort la bouche ouverte. Ce sommeil si calme dure jusqu'à trois heures de l'après-midi, à six heures le malade est dans le même état que le matin.

Le 22. — L'état ne s'est pas aggravé; je découvre la médiane céphalique, puis je pousse à peu près 5 grammes de chloral; dix minutes après le malade s'endort tranquillement et dort ainsi jusqu'à six heures.

Le 23. — Même état, on injecte dans la veine pédieuse la valeur de 3 grammes de chloral, mais le sommeil est moins prolongé.

Le 24. — Pas d'amélioration; on ouvre une des veines cubitales droites, avec la lancette, comme pour la saignée, et l'on injecte ainsi par la plaie de la veine 5 à 6 grammes de chloral.

Le malade n'a dormi qu'une heure. En somme la journée a été mauvaise; les convulsions tétaniques ont été fréquentes; la roideur est assez persistante dans les membres inférieurs; on ne peut les fléchir et les étendre qu'avec difficulté.

Le 25. — Même état; on fait donner un lavement : 4 grammes de chloral dans 250 grammes d'eau. Le malade s'endort dix à quinze minutes après; sa femme dit qu'il n'a jamais encore été si tranquille; à six heures survient le réveil : on donne un deuxième lavement de chloral, et le calme revient avec le sommeil.

Le 26. — Le malade a dormi toute la nuit et n'a eu que de rares convulsions, au dire de sa femme, qui a pu reposer un peu elle-même. Ce matin affaiblissement marqué, mais soif assez intense.

On pratique alors une injection intraveineuse dans la saphène externe en arrière de la malléole; cette injection comprend 9 grammes de chloral, qui pénètrent intégralement dans le réseau veineux; à ce moment, le malade, qui accusait ordinairement une douleur limitée, mais assez vive, au moment de l'injection, dit éprouver dans tout le corps une sensation douloureuse au moment où le chloral pénètre dans la veine. Trois ou quatre minutes après le malade s'endort, et sa bouche s'ouvre : il semble dormir assez péniblement, car il pousse de petits gémissements.

Le 27. — Le malade ne s'est pas réveillé depuis vingt-quatre heures; son sommeil a été très-calme. Mais l'affaiblissement est notable; le corps est couvert de sueur, le pouls très-faible et très-rapide; la respiration est un peu saccadée, quelques convulsions animent les muscles de la face.

A onze heures et demie, le malade meurt sans s'être éveillé et sans présenter ni convulsions ni signes manifestes de souffrance.

Le pouls, pris avec soin pendant tout le cours de l'observation, s'est élevé à 100 dès le début du tétanos et a oscillé les trois derniers jours entre 112 et 120.

Quant à la température centrale, elle n'a pu être prise régulièrement par suite de la résistance du malade.

Il est cependant facile de constater sur la courbure thermométrique qu'il y a eu un abaissement graduel de température à partir de l'emploi du chloral, et une ascension dans la dernière période, ascension qui n'a pas été marquée ainsi qu'elle devait l'être, parce que la dernière exploration a eu lieu quinze heures avant la mort.

Autopsie. — L'examen cadavérique a été fait trente heures après la mort.

A l'avant-bras gauche, au niveau du point où l'on a tenté la première injection, existe un abcès assez considérable.

Le tissu cellulaire est complétement sphacélé. La veine cubitale présente sa tunique externe noirâtre et comme sphacélée. Toutes les autres qui ont été ponctionnées pour pratiquer une injection sont un peu épaissies. Leur paroi interne est dépolie et elles contiennent un caillot assez étendu. La veine cubitale droite ponctionnée d'après la méthode conseillée, par M. Béhier, pour la transfusion du sang, présente ces diverses altérations à leur summun d'intensité. Il existe un trombus entre la paroi de la veine et la peau. Un caillot assez volumineux, et dont l'extrémité effilée arrive jusqu'au niveau de la ponction, remplit la veine dans l'étendue de 3 centimètres environ.

La veine pédieuse dans laquelle l'injection a été poussée intégralement présente un calibre assez petit. Des coagulations peu étendues sont séparées par des espaces vides de sang. Une veine collatérale, dont l'anastomose est située à environ 1 centimètre de la ponction, présente des caillots semblables.

La moelle et les centres nerveux étaient très-injectés à la périphérie.

Le poumon droit, vers la partie postérieure du tube supérieur était sphénisé.

Dans le cœur droit se trouvait un caillot fibrineux.

Les reins, ainsi que le foie, avaient subi une régression graisseuse.

L'examen ultérieur de la moelle sera pratiquée.

Je désire attirer l'attention sur quelques points de cette observation.

1º Difficulté de l'injection dans les veines. — J'ai essayé successivement quatre procédés dont le dernier seul a paru donner des résultats certains.

a. En premier lieu : ponction sans dénudation de la veine. Ce serait le plus mauvais procédé puisqu'il nous a donné un phlegmon assez étendu, et qu'aucune coagulation ne se trouvait dans la veine, ce qui semble indiquer que l'injection s'est faite en entier dans le tissu cellulaire.

b. Dans le deuxième procédé, j'ai dénudé la veine et j'ai fait la ponction à travers la paroi. Une partie de l'injection semble encore avoir pénétré dans le tissu cellulaire.

c. Le troisième procédé est celui qui a été conseillé par M. Béhier pour la transfusion du sang. — Arrêt du sang par la bande à saignée. — Ponction de la veine et introduction de la canule dans le vaisseau ouvert. Ce procédé a eu l'inconvénient, chez mon malade, de donner lieu à un écoulement de sang que nous avons évalué à environ 60 grammes.

d. Le dernier procédé enfin, celui auquel je m'arrête définitivement, consiste à charger la veine sur un stylet, puis à inciser une partie de sa paroi. Le stylet empêche l'écoulement sanguin par un bout périphérique, et la canule pénètre facilement dans la lumière de la veine.

2° Le second fait important à établir est l'innocuité de l'injection dans les veines. Je citerai les injections d'eau dans le choléra. Je m'appuierai sur l'opinion professée par M. Vulpian, qui affirme que les injections de chloral ne déterminent aucune phlébite.

Nous verrons, en effet, que les coagulations que j'ai observées tiennent à la nature de l'injection.

3° C'est, en effet, la nature de l'injection qui doit surtout nous occuper. M. Oré conseille une solution de 9 grammes de chloral pour 10 grammes d'eau. M. Vulpian engage à n'employer que la solution au cinquième, et il s'appuie sur l'action trop énergique de la solution de M. Oré sur le sang.

Si l'on met en contact, dans un verre de montre, avec du sang extrait d'un animal strychnisé, la solution de M. Oré, on obtient la même action que si l'on versait de l'alcool; il se fait une coagulation plus ou moins volumineuse qui ne se produit pas si l'on répète la même expérience avec la solution de M. Vulpian. Au microscope, les globules offrent l'aspect crénelé d'une façon très-caractéristique.

4° Un dernier point est de savoir si l'injection intraveineuse a eu une action sur la terminaison fatale.

Rappelons d'abord que M. Vulpian n'admet pas que le chloral guérisse le tétanos. Il fait disparaître, par son anesthésie si remarquable, les convulsions, mais les lésions nerveuses persistent, et l'animal succombe soit à la suite de la réapparition des convulsions, soit par épuisement nerveux.

M. Vulpian a constaté, de plus, que l'effet du chloral ne se prolonge pas au-delà de cinq à six heures, de sorte que la mort ne saurait être attribuée à cet agent lorsqu'elle survient plus de cinq ou six heures après son administration.

Les détails dans lesquels nous sommes entrés nous permettent d'examiner les conséquences qui, pour M. Oré, découlent du fait présenté à l'Académie des sciences.

La première de ces conséquences est l'innocuité des injections intraveineuse du chloral. M. Oré dit n'avoir observé chez son malade les plus légères traces de phlébite. Dans toutes nos injections, il y eu des coagulations plus ou moins étendues. Nous avons, de plus, signalé l'action de la solution de M. Oré sur le sang. Il nous est donc impossible d'admettre cette innocuité, que nous acceptons *à priori*, pour la solution de M. Vulpian.

Nous ferons aussi des réserves sur la durée de l'insensibilité signalée par M. Oré et qui, dans son observation, est de dix heures en moyenne, M. Vulpian ne l'ayant pas vu dépasser cinq à six heures, ce qui est notre moyenne, sauf pour la dernière injection effectuée sur un malade déjà très-affaibli.

La troisième conclusion de M. Oré est l'espoir de triompher rapidement du tétanos, par ce mode nouveau d'administration du chloral. Je ferai remarquer que, sur les quatre cas déjà connus (les deux de M. Oré, celui de M. Labbé et le mien) il n'y a eu qu'un succès.

Nous ne rappellerons pas combien les expériences de M. Vulpian se trouvent confirmées par ces faits cliniques.

DU CHANCRE SYPHILITIQUE MULTIPLE HERPÉTIFORME

par M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux.

L'accident primitif de la syphilis offre des aspects variés qu'il importe de bien connaître, si l'on veut arriver à un diagnostic certain; la plupart des traités classiques français rattachent toutes les variétés d'accident primitif aux deux formes suivantes : 1° l'érosion chancreuse; 2° le vrai chancre induré.

Le docteur Alfred Fournier, dans ses remarquables *Leçons sur la syphilis étudiée particulièrement chez la femme*, a admis, pour la lésion primitive, chez cette dernière, les quatre formes anatomiques suivantes : 1° le chancre érosif, desquamatif; 2° le chancre exulcéreux; 3° le chancre ulcéreux; 4° le chancre papuleux en plateau.

La variété que j'ai en vue dans ce travail présente pour caractères d'être constituée par des lésions multiples qui, simplement desquamatives au début, deviennent érosives un peu plus tard et souvent proéminent légèrement sous forme de papules muqueuses au moment où la période de cicatrisation va commencer.

J'ai adopté la dénomination de chancre syphilitique multiple herpétiforme, parce qu'elle a l'avantage, à mes yeux, de faire songer à un ensemble d'altérations essentiellement superficielles groupées sur une région limitée, présentant en un mot la plupart des caractères qu'on assigne à l'herpès; c'est, en effet, avec l'herpès qu'on confond toujours l'affection dont il est question ici, lorsqu'elle n'en est encore qu'à sa période de début.

Je dois ajouter que dans les six cas qu'il m'a été donné d'observer, l'affection siégeait sur la muqueuse du gland, du reflet et du prépuce et que je l'ai toujours vue débuter par des exulcérations et non par des vésicules, comme cela a lieu dans l'herpès véritable.

Enfin, si je ne la décris que chez l'homme, cela veut dire que je ne l'ai rencontrée que chez lui et non pas que la femme en est exempte; le docteur Fournier a, en effet, décrit chez celle-ci, sous le nom de chancre érosif, desquamatif, une affection très-analogue, à cela près que les lésions étaient moins nombreuses, affection qui, d'après ses recherches, constitue huit fois sur dix au moins le chancre syphilitique de la femme.

J'envisagerai le chancre syphilitique multiple herpétiforme à ses trois périodes de début, d'état et de cicatrisation.

A. — *Période de début.* — A cette période, il est constitué par des exulcérations multiples siégeant sur la *muqueuse du gland, du prépuce et du reflet*, j'en ai compté, suivant les cas, sept, huit, dix, quatorze; chez un de mes malades, il existait sur le gland, outre les ulcérations, des petits boutons secs convexes, à peine saillants, qui s'ulcérèrent plus tard.

Quant aux ulcérations, elles présentaient pour caractères d'être extrêmement superficielles; ce sont, à la vérité, de simples desquamations épithéliales; elles sont planes, lisses, sans bords, rouges, rougeâtres ou d'aspect terne et, dans certains cas, comme voilées d'une mince pellicule membraneuse extrêmement adhérente; leur forme est arrondie, ovale ou légèrement irrégulière; leurs dimensions, au début, sont environ celles d'une lentille, un peu moins ou un peu plus; elles sont indolentes ou ne déterminent qu'une légère cuisson, parfaitement souples à la base.

Cette période, d'après mes observations, peut durer de huit à vingt jours; lorsqu'elle se prolonge aussi longtemps, on rencontre des ganglions engorgés dans les aines, alors que la base des exulcérations est encore parfaitement souple; dans les cas que j'ai observés, l'engorgement des ganglions a précédé de plusieurs jours la constatation de l'induration des petites plaies.

B. — *Période d'état.* — A la période d'état, les lésions se caractérisent davantage; les ulcérations sont devenues moins superficielles; elles érodent le derme sans jamais le creuser profondément à moins de complications; leur surface est devenue vasculaire, bourgeonnante, facilement saignante; quelquefois elle fait une légère saillie de sorte que chaque ulcération prend l'aspect d'une petite plaque muqueuse; leurs dimensions s'accroissent un peu; la plupart ne dépassent guère la grandeur d'une lentille; au milieu d'elles, on en peut trouver une plus grande ayant, par exemple, la dimension d'une pièce de 50 centimes. La sécrétion n'est jamais très-abondante; c'est un liquide ichoreux, séreux, séro-purulent plutôt que purulent.

A cette période, il se produit un fait important qui accentue la signification des lésions, je veux parler de l'induration de leur base, pour la plupart. C'est plutôt une sensation de fermeté, de rénitence, qu'une induration véritable (induration foliacée); pour d'autres, on observe à la base cette variété d'induration que M. Ricord a désignée sous le nom de parcheminée; plus rarement, on rencontre l'induration, type volumineuse. — Un caractère qui m'a frappé chez plusieurs de mes malades, caractère déjà signalé pour d'autres formes du chancre syphilitique par le docteur Aimé Martin, c'est que le prépuce devenait dur, gonflé, rénitent dans la plus grande partie de son étendue; cela s'explique puisqu'il est ordinairement le siége d'ulcérations nombreuses; j'ai particulièrement observé ce fait chez

des malades dont les vaisseaux lymphatiques indurés se sentaient sous forme de cordons sur le dos de la verge.

L'engorgement des ganglions inguinaux que j'ai signalé dès la première période a pris tout son développement à la seconde; chez plusieurs de mes malades il était très-prononcé, au point d'être visible à l'œil nu; il ne différait pas de celui qu'on observe dans les autres formes de chancre syphilitique; il existait constamment des deux côtés, ce qui s'explique par le grand nombre des lésions dont les malades étaient porteurs. La période d'état dure en moyenne de dix à quinze jours.

C. — *Période de cicatrisation.* — Cette période marche très-rapidement; elle ne commence pas en même temps pour toutes les petites plaies; les unes sont déjà entièrement cicatrisées que d'autres persistent encore.

Lorsque les petites ulcérations vont se cicatriser, on les voit se rétrécir, se sécher, puis se recouvrir d'une couche épithéliale mince; les cicatrices minces, violacées, à peine déprimées ne tardent pas à disparaître sans laisser de traces.

Les indurations restent parfaitement accusées au moment de la cicatrisation des plaies ainsi que le boursouflement du prépuce et l'engorgement des ganglions inguinaux; ces phénomènes ont disparu dans un intervalle qui a varié, chez mes malades, entre un mois et deux mois et demi à dater de la cicatrisation des chancres.

Quant à la durée des ulcérations, elle a varié dans mes observations d'un mois à six semaines.

Le *diagnostic* ne présente de difficulté véritable que pendant la première période; il est vrai que cette période peut être de longue durée puisque, dans une de mes observations, au bout de vingt jours l'induration ne s'était pas encore manifestée.

C'est avec l'herpès que la confusion est alors possible, je parle de l'herpès disséminé et exulcéré; c'est toujours le diagnostic *herpès exulcéré* qu'on est tenté de porter lorsqu'on a sous les yeux un chancre syphilitique multiple herpétiforme à son début.

Les meilleurs signes distinctifs m'ont semblé être les suivants: le fond des exulcérations, quand il s'agit du chancre, m'a paru d'un rouge plus vif (couleur chair musculaire); les petites plaies sont beaucoup plus facilement saignantes, au lieu de montrer, comme l'herpès, une tendance à la cicatrisation rapide, elles montrent une tendance inverse; enfin, et c'est là un caractère sur lequel a insisté, avec raison, le docteur A. Fournier, dans le diagnostic différentiel du chancre et de l'herpès ulcéré tandis que les groupes herpétiques ulcérés sont limités par une circonférence polycyclique, composée de segments de cercles, les ulcérations du chancre herpétiforme présentent une circonférence régulière, d'une seule ligne pour ainsi dire.

Le *pronostic* du chancre syphilitique multiple herpétiforme, en tant que lésion locale, n'est pas grave, mais il convient de faire remarquer que dans plusieurs cas que j'ai observés, il a été l'exorde d'une syphilis grave, ou tout au moins intense.

Le *traitement* ne présente aucune indication particulière; il faut, si l'on veut obtenir la cicatrisation rapide, s'abstenir de topiques irritants et recourir à la pommade opiacée additionnée ou non de précipité blanc.

MORT SUBITE

PLUSIEURS MOIS APRÈS L'OPÉRATION DE LA TRACHÉOTOMIE.

par M. le docteur CALVET (de Castres).

Le 27 février 1869, je pratiquai la trachéotomie sur une petite fille de huit ans, qui avait joui jusque-là d'une parfaite santé. Il s'agissait d'un cas de croup arrivé à la période asphyxique.

L'opération fut rapidement exécutée sans l'emploi du dilatateur, que je considère comme inutile, et que j'ai toujours supprimé dans trente-deux opérations, que j'ai pratiquées sans accident, en introduisant rapidement la canule sitôt que la trachée est ouverte.

Après de nombreuses péripéties et de grandes craintes pour la vie de l'enfant, qui expulsa plusieurs jours de suite des débris de fausses membranes, je pus enlever la canule le huitième jour de l'opération; l'enfant respirait bien par la bouche. Six jours après, la plaie du cou était recouverte d'une croûte qui empêchait l'air de passer; la voix cependant était encore éteinte. Quelques jours après, tout était rentré dans l'ordre, l'enfant reprenait ses jeux et revenait à l'école. Un mois environ après la guérison complète, la petite fille fut prise pendant son sommeil d'un ronflement qui fit des progrès quotidiens et devint tellement fort que les personnes qui couchaient à côté de l'appartement occupé par l'enfant en étaient incommodées. Je voulus à diverses reprises la voir dormir, pensant que la mère s'exagérait l'état de sa fille. Je fus étonné et épouvanté, ne pouvant m'expliquer cet état que par la production de quelque excroissance dans la trachée, soit au niveau de la cicatrice, soit dans une autre portion de son étendue. Peu à peu la respiration, qui était restée libre dans le jour, devint difficile; elle finit par devenir sifflante. L'état général ne paraissait pas se ressentir de cette gêne; le pouls ne présentait pas plus de fréquence. Toutefois, du malaise et des sueurs se manifestèrent vers la fin pendant le sommeil; puis une nuit, vers deux heures du matin, sans que rien pût faire prévoir ce qui allait survenir, l'enfant s'éveilla en sursaut, appela son père en se levant sur son lit comme très-effrayée: elle retomba morte sur sa couche; j'arrivai un instant après, et je ne pus que constater cette triste terminaison. Malgré mon désir, je ne pus pas pratiquer l'autopsie.

Je me suis demandé ce qu'il y avait à faire en pareille circonstance; l'emploi des révulsifs sur la peau du cou avait été mis en usage sans aucun résultat appréciable; les eaux sulfureuses prises à Amélie-les-Bains avaient paru un instant amener un peu d'amélioration qui n'eut pas de durée. Il n'y avait évidemment qu'une nouvelle opération qui, en permettant d'aller détruire le corps étranger, pût être sérieusement utile si l'on avait pu établir avec certitude le point de la trachée où se trouvait implantée cette production de nouvelle formation. Il était difficile de résoudre le problème; ce que l'on pouvait affirmer, c'est que le corps étranger n'était pas dans le larynx, parce que l'enfant avait recouvré sa voix ordinaire. Pouvait-on supposer que la cicatrice fût le point d'implantation du corps étranger? C'était probable, mais rien ne venait le prouver d'une manière absolue. L'enfant, en effet, avait rendu par la canule de nombreuses productions pseudo-membraneuses qui ne pouvaient se produire sur la muqueuse trachéale et bronchique que par suite de l'inflammation spécifique de cette muqueuse; il n'y aurait eu rien d'extraordinaire que cette excroissance supposée se fût manifestée sur un ou plusieurs des points enflammés.

L'utilité d'une nouvelle trachéotomie était donc assez contestable à cause de l'incertitude du siége de la production, bien qu'il soit très-présumable que c'est au niveau de la cicatrice qu'elle devait se trouver. Je parlai aux parents de mon appréhension, tout en leur déclarant que je ne voyais rien d'utile à faire à part l'opération; ils ne voulurent pas y consentir.

Dans le cas actuel, il est impossible d'invoquer la formation d'un polype qui aurait existé antérieurement à l'attaque de croup. L'enfant avait jusqu'à ce moment joui d'une parfaite santé; elle n'avait jamais eu la moindre trace d'étouffement, pas de ronflement pendant le sommeil. C'est seulement un mois environ après la cicatrisation de la plaie trachéale, qui fut très-rapide, puisque quinze jours après l'opération elle était entièrement guérie, que le ronflement nocturne commence à se manifester sans que rien dans le jour puisse faire soupçonner une gêne de la respiration. Peu à peu le ronflement devient plus fort et ressemble à un véritable cornage; l'enfant a un sommeil agité, elle sue; bientôt on s'aperçoit d'un peu de gêne dans la respiration pendant la veille. Ces phénomènes augmentent peu à peu d'intensité, malgré ce qu'on peut faire pour les faire cesser, et puis une nuit la petite malade meurt subitement. La marche graduelle des accidents de

suffocation semble permettre de suivre le développement de la cause qui les produit; seulement, comme je l'ai déjà dit, quelle est la nature du corps qui s'est développé dans la trachée? N'y en avait-il qu'un seul ou plusieurs? Autant de questions que l'autopsie seule aurait pu résoudre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 octobre 1873 (1). — Présidence de M. LUNIER.

DISCUSSION.

M. DE SAINT-GERMAIN confirme l'appréciation de M. Perrin. Il a employé ce procédé à l'hôpital Saint-Antoine et à l'hôpital des Enfants, et n'a obtenu que des succès très-relatifs. L'inflammation a été légère, et le liquide s'est reproduit. L'injection iodée peut être suivie d'une infiltration plus ou moins grave dans le tissu cellulaire. Dans un cas, M. de Saint-Germain a vu se produire un escarre au niveau de la ponction; bientôt après le malade le fit demander, prétendant que la testicule sortait par la plaie de la ponction. C'était une masse de tissu cellulaire qui fut réséquée; une autre se présenta. En somme toute la tunique vaginale se sphacéla. Le malade fut guéri au bout de six semaines. Le procédé de Maisonneuve met à l'abri de cet accident et n'est jamais suivi d'insuccès.

M. RELIQUET. J'ai observé un fait en tout semblable à celui de M. Perrin. Des injections répétées d'alcool, selon les procédés de M. Monod, ont été insuffisantes.

A ce propos, je vous parlerai d'un fait particulier. Depuis longtemps, M. P... me demandait de lui opérer une hydrocèle vaginale, qu'il portait au testicule gauche. Je soignais M. P... pour une gravelle cristalline d'urate de soude, qui de temps en temps provoquait de véritables coliques néphrétiques. Je reculais toujours l'opération de l'hydrocèle attendant un moment où il n'y eût plus de gravelle, ni d'embarras du côté des reins.

Cet état existant, je fis la ponction de l'hydrocèle avec le trocart ordinaire. La sérosité évacuée, je poussais la teinture d'iode iodurée.

Au moment où le liquide arrive dans la vessie, le malade manifeste une douleur atroce dans l'abdomen, tellement vive que j'examinai de suite si la vaginale ne communiquait pas avec le péritoine, et je reconnus que je venais de provoquer une colique néphrétique, très-nette du côté gauche, que je pus calmer en faisant des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, le malade étant dans un bain.

Je parvins après avoir injecté 6 centigrammes de chlorhydrate de morphine, à provoquer le sommeil.

Après un repos de plusieurs heures, au réveil, le malade urinant facilement rendit une aglomération grosse comme une lentille de cristaux d'urate de soude.

Ainsi l'injection iodée dans la tunique vaginale a provoqué une colique néphrétique.

M. FORGET. Le procédé de M. Monod peut-il donner des guérisons définitives? M. Monod en a obtenu. Ce procédé n'entraîne aucun danger. Peut-être y aurait-il lieu de faire la part des indications, de s'enquérir de l'âge, des conditions de développement de l'hydrocèle. Si l'hydropisie est ancienne, la tunique vaginale épaissie, le liquide altéré, sanguinolent, les conditions sont défavorables.

L'opération serait peut-être applicable aux hydrocèles volumineuses, mais d'ailleurs parfaitement simples. Lisfranc opérait en plusieurs temps les grands kystes naturels ou accidentels. La diminution notable que l'on obtient par le procédé de M. Monod pourrait être utilisée; on pourrait ainsi diminuer l'étendue de la surface à enflammer.

Les principaux inconvénients des injections sont la douleur et l'infiltration. La douleur est commune à toutes les méthodes; toutefois elle est habituellement beaucoup plus modérée avec les injections iodées qu'avec les injections de vin. Le danger de l'infiltation est inhérent au *modus faciendi*; il faut toujours employer la solution de Guibourt.

M. PERRIN. La guérison par les injections iodées est presque toujours définitive. Dans une première note, M. Monod est très-affirmatif sur l'efficacité de son procédé. Mais huit mois après, il en présente une seconde qui l'est beaucoup moins chez tous les malades, il restait une certaine quantité de liquide. La guérison est donc problématique. En restreignant l'emploi de ce procédé comme le fait M. Forget, en ne l'employant que pour diminuer le volume de l'hydrocèle, il peut être conservé; mais M. Monod avait cru pouvoir guérir radicalement ses malades sans les obliger à s'aliter, et en réalité ce but ne peut être atteint.

M. DE SAINT-GERMAIN ne voit pas d'inconvénient à l'emploi de cette méthode, en la restreignant suivant l'avis de M. Forget. Mais dans les cas simples, faciles, tous les moyens guérissent. On guérit le tiers des enfants par le repos et des compresses imbibées de liquide résolutif. M. Maisonneuve a essayé tous les liquides en injection; la sérosité même de l'hydrocèle, le lait et est arrivé à cette conclusion que ceux qui semblent *à priori* les plus inoffensifs sont les plus dangereux. M. de Saint-Germain reconnaît que l'infiltration est rare, mais enfin cet accident est possible et a été observé; il n'hésite pas à préférer le procédé de Maisonneuve à l'injection.

ÉLECTION

La société procède au scrutin sur la candidature au titre de membre correspondant de M. Moncorvo de Figueredo. — M. Moncorvo est élu.

COMMUNICATION

M. DUROZIEZ fait la communication suivante :

Rapports entre les maladies du cœur, d'une part, et, d'autre part, la stérilité, la menstruation, l'avortement, l'accouchement prématuré, enfin l'accouchement à terme. — L'existence d'une maladie du cœur retarde l'établissement des règles; celle-ci sont irrégulières et prennent souvent la forme de pertes.

La stérilité se montre dans un certain nombre de cas.

Les fausses couches sont fréquentes. Souvent le fœtus naît à sept mois et demi. Souvent l'enfant meurt en naissant ou dans les premiers jours.

En somme, par le fait de la maladie du cœur de la mère, la vie de l'enfant est très-compromise.

La mère court moins de dangers que celui-ci; dans un grand nombre de cas, elle n'éprouve pas les accidents que l'on pourrait redouter; cependant il existe des cas de mort avant l'accouchement, immédiatement après la délivrance et dans les jours qui suivent.

Sans être effrayé des suites d'une grossesse survenant chez une femme atteinte d'une maladie du cœur, on ne peut cependant pas être complétement rassuré et, si l'on est consulté sur le mariage d'une jeune fille portant une lésion cardiaque grave, on ne doit pas porter un pronostic absolument mauvais, mais on ne peut pas s'affranchir de craintes sérieuses.

En face d'accidents graves, on peut penser à pratiquer l'accouchement prématuré à sept mois et demi et même l'avortement, dans le cas surtout où la famille serait constituée par un ou plusieurs enfants.

DISCUSSION

M. GUIBOUT a été appelé autrefois à donner des soins à une demoiselle en proie à une crise de suffocation symptomatique d'un rétrécissement aortique. M. Bouillaud, appelé en consultation, a confirmé ce diagnostic, et un traitement très-actif a été dirigé contre cette affection. Cette personne s'est mariée et a eu cinq enfants venus à terme. Actuellement l'état de son cœur s'est beaucoup amélioré. On ne peut donc admettre que les affections du cœur soient une cause de stérilité, et, dans ce cas, les grossesses semblent n'avoir eu qu'une influence heureuse sur la marche de l'affection cardiaque.

M. BLONDEAU rappelle qu'il est admis, surtout depuis le mémoire de M. Larcher, que le cœur s'hypertrophie pendant la grossesse.

(1) Fin. — Voir le numéro du 23 avril 1874.

M. MERCIER pense que certaines maladies du cœur sont sous la dépendance de la diathèse urique, et que souvent on a attribué à la maladie du cœur ce qui devait être attribué à la diathèse.

M. DE RANSE. Relativement à l'influence des affections cardiaques sur la stérilité et l'avortement, il faudrait faire deux tableaux comparatifs. Dans un tableau, les sujets seraient atteints d'affection cardiaque; dans l'autre, ils seraient indemnes de cette lésion. On pourrait alors déterminer s'il y a différence dans les deux tableaux, et quelle est cette différence.

M. DUROZIEZ n'a pas les éléments d'une solution complète de la question; il l'a soulevée et résolue, dans la mesure que lui fournissent ses observations. Mais cette étude a besoin d'être complétée.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire, E. RELIQUET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Grimaux, docteur en médecine, agrégé près la faculté des sciences de Paris, est chargé des fonctions de sous-directeur du laboratoire de chimie établi près ladite Faculté en remplacement de M. Gautier, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Turel, docteur en médecine, est nommé suppléant d'anatomie et de physiologie.

— *Hôpital Saint-Louis.* — M. le docteur E. Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau à l'hôpital Saint-Louis, le mardi 5 mai 1874, à huit heures et demie du matin et les continuera les lundis et mardis suivants à la même heure; les leçons habituelles des lundis resteront consacrées aux maladies des femmes.

— Un professeur devant s'établir avec sa famille, pour la saison des vacances (de juillet à octobre), sur les côtes de Normandie, se chargerait volontiers de quelques enfants, pour tout ou partie de cette période.

S'adresser, pour les renseignements, 61, rue Caumartin.

— Clientèle à céder dans un chef-lieu de canton très-riche et très-populeux. Rapport annuel de 6,000 à 8,000 francs. S'adresser au bureau du journal.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 50. — JEUDI 30 AVRIL 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 30 AVRIL 1874. — N° 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la physiologie du cœur a été continuée dans cette séance qui lui a été consacrée tout entière. Le débat jusqu'ici avait été concentré entre deux orateurs, MM. Colin et Bouillaud. Il s'est élargi dans cette dernière séance par l'intervention de M. Marey et celle de MM. Hérard et Fauvel. Afin de mettre nos lecteurs à même de se rendre compte de l'ensemble de ce débat, qui, pour le moment au moins, nous semble devoir se borner là, nous sommes dans la nécessité de revenir sur la séance dernière, dont nous n'avions pu donner, faute de notes suffisantes, qu'une très-vague appréciation.

M. Colin, pour justifier les observations critiques qu'il avait présentées dans la séance précédente, au sujet de la première communication de M. Bouillaud, est venu exposer à la tribune les deux procédés d'expérimentation qu'il a mis en usage et qui lui ont servi à édifier sa théorie.

Le premier procédé, qui s'applique à l'animal vivant, consiste à pratiquer une ouverture (une fenêtre) à la poitrine d'un animal de grande taille, et pendant que la respiration est entretenue artificiellement, l'opérateur fait à l'oreillette une petite ouverture par laquelle il introduit le doigt jusqu'au niveau des valvules et même jusqu'à la partie moyenne du ventricule. A l'aide de cette manipulation, on sent, pendant la diastole, que les soupapes sont plus pu moins soulevées et non appliquées sur les parois du ventricule. Lors de la systole, on les sent se relever brusquement, se tendre en s'affrontant par leurs bords et par une partie notable de leur face supérieure, qui s'infléchit pour devenir verticale. Elles se joignent si exactement que le sang du ventricule ne peut plus refluer dans l'oreillette. Les valvules des deux orifices fonctionnent d'une manière à peu près identique, avec cette différence que celles des cavités gauches semblent se fermer plus exactement que leurs congénères.

Le second moyen consiste à prendre le cœur flasque d'un animal tué sans effusion de sang, avant la rigidité cadavérique ou au moment de sa disparition. Ce cœur suspendu la pointe en bas, on le remplit d'eau après avoir excisé la partie supérieure des oreillettes. Il suffit alors de comprimer par saccade, les ventricules, comme ils le sont dans la systole, pour mettre en jeu les valvules et voir se produire de la façon la plus nette l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires. Ce second moyen permet à l'observateur de voir très-distinctement ce que, dans le premier, l'exploration à l'aide du doigt faisait constater sur l'animal vivant, à savoir : le relèvement brusque des valvules lors de la systole, leur affrontement et l'occlusion exacte de l'orifice auriculo-ventriculaire. Il permet encore de s'assurer que la tension des valvules devient très-considérable lorsque le liquide comprimé par la systole ne peut s'échapper librement par les artères, et que, dans ce cas, malgré l'intensité de la pression, le niveau du liquide ne s'élève pas dans l'oreillette.

Jusque-là on ne voit pas de texte à dissentiment. Il ne s'agit que de la constatation d'un fait mécanique, tangible et visible sur lequel il n'y a pas à discuter. Mais où commence le dissentiment, le voici :

M. Colin avait avancé, dans sa précédente argumentation que les temps distingués à l'auscultation sont des temps faux, arbitraires au point de vue physiologique ou du fonctionnement de l'organe. Un seul, de ces derniers, suivant lui, répondrait exactement à un des temps de vision, c'est celui du bruit sourd, parallèle au temps de la systole ventriculaire. Les trois temps d'audition, court silence, bruit clair, long silence, correspondraient successivement, mais sans coupures nettes : au début de la diastole ventriculaire, à la fin de cette diastole, à la systole aphone de l'oreillette et au court intervalle. En conséquence, les temps d'audition et les temps de vision ne pourraient point s'opposer chacun à chacun : leur parallélisme de série à série ne serait pas réalisable. Les premiers associeraient deux révolutions séparées, englobant la fin de l'une avec le début de l'autre, ou, en d'autres termes, ils lieraient trois temps d'une révolution qui s'achève avec un temps d'une révolution qui commence.

Or tout le monde sait que, pour M. Bouillaud (ce qu'il a surabondamment rappelé et développé dans cette dernière discussion), les temps de vision, d'audition et de palpation, pour le physiologiste comme pour le praticien, sont toujours isochrones ; que le premier bruit, correspondant à la contraction des ventricules, est produit par le redressement brusque, instantané des valvules auriculo-ventriculaires, se choquant par leurs faces opposées, en même temps qu'elles reçoivent le choc en retour du sang que les ventricules lancent dans les artères aorte et pulmonaire ; tandis que les valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire sont soudain abaissées par la colonne sanguine que la contraction ventriculaire lance dans ces artères, à travers les orifices ventriculo-aortique et ventriculo-pulmonaire.

Que le second bruit (dilatation des ventricules), coïncide : 1° avec le redressement des valvules sigmoïdes, attirées par la tendance au vide pendant cette dilatation et repoussées par la contraction de l'aorte et de l'artère pulmonaire ; choc des faces opposées de ces valvules pendant leur adossement, en même temps que choc en retour de la colonne sanguine par la pression de la systole des artères indiquées ; 2° avec l'abaissement soudain des valvules auriculo-ventriculaires par suite de l'attraction due à la diastole ventriculaire, et aussi à raison de la systole auriculaire qui, de concert avec la diastole ventriculaire, fait pénétrer le sang à travers les orifices auriculo-ventriculaires.

Après le claquement ventriculo-auriculaire, court silence, après le claquement ventriculo-artériel, long silence, ces deux silences correspondant aux deux repos qui font partie d'une révolution des mouvements du cœur et leur étant exactement synchroniques.

D'où quatre temps réels représentant la double révolution des mouvements et des bruits du cœur, avec leurs repos et leurs silences :

1er temps : systole ventriculaire et claquement des valvules auriculo-ventriculaires; 2e temps : court repos et court silence; 3e temps : diastole ventriculaire et claquement des valvules ventriculo-artérielles ; 4e temps : long repos et long silence.

Telle est, pour M. Bouillaud, la théorie d'une révolution complète du cœur.

Ainsi, concordance parfaite, d'une part, entre les mouvements vrais et la production des bruits ; de l'autre, défaut de concordance et enjambement des temps d'une révolution qui s'achève sur un temps de la révolution qui commence, telle est la première dissidence entre M. Colin et M. Bouillaud. Ce n'est pas la seule.

Pour M. Bouillaud, chez l'homme et chez les animaux qui ont un cœur semblable au sien, c'est par la systole ventriculaire que commence la révolution de cet organe, tandis que, pour M. Colin, la révolution commence par la systole auriculaire, chez l'homme comme chez tous les animaux.

Enfin, selon M. Colin, le recul du cœur isochrone au redressement de cet organe, aurait lieu pendant la diastole ventriculaire, tandis que selon M. Bouillaud, d'accord d'ailleurs en cela avec la presque unanimité des observateurs cliniciens le redressement de la pointe du cœur, ainsi que son recul, ont lieu pendant la systole ventriculaire.

Tel était, en résumé, sauf quelques particularités de détail que nous omettons volontairement, afin de ne pas trop compliquer la question, l'état du débat entre MM. Bouillaud et Colin.

Disons tout de suite, pour simplifier encore davantage les choses, que le dissentiment sur le premier point, sur l'isochronisme ou la discordance entre les mouvements et les bruits, est plus apparent que réel, et perd considérablement de son importance si l'on considère qu'il ne porte que sur une différence de temps presque indivisible ; si bien que dans l'application et dans les déductions cliniques à en tirer, il peut être entièrement négligé.

Reste le second point, sur lequel il serait beaucoup plus difficile de faire cesser le dissentiment, savoir par quel temps ou quel mouvement commence la révolution du cœur. M. Bouillaud veut que ce soit par la systole ventriculaire, M. Colin par la systole auriculaire. Le tout est de s'entendre cependant un peu. Que veut-on dire quand on parle du commencement et de la fin d'une révolution du cœur ? y a-t-il, dans le cœur vivant, un seul moment d'inactivité absolue ? Assurément non ; et c'est comme si l'on voulait déterminer le commencement d'un mouvement circulaire, une fois le corps en mouvement.

Il est évident que c'est tout arbitrairement qu'on peut la faire commencer à la contraction des ventricules ou à la contraction des oreillettes. Mais, comme dans la succession sensible de ces mouvements il y a des repos relatifs traduits par des silences d'une longueur inégale, il est naturel que, pour s'entendre, on soit convenu de compter comme premier temps de la révolution du cœur le bruit qui se produit après le long silence. Cela bien entendu, à quel mouvement répond ce premier bruit ? Cela n'est douteux pour personne, c'est à la contraction ventriculaire. Mais cela veut-il dire que ce soit le premier mouvement réel qui se produise après le silence ?

En prenant le même point de départ, là où M. Bouillaud voit le ventricule se contracter le premier, M. Colin voit l'oreillette entrer la première en action, mais silencieusement, ce qui fait que le clinicien qui s'en rapporte à l'auscultation seule peut méconnaître ce mouvement. Mais voici venir MM. Hérard et Fauvel, qui apportent, à l'appui de la manière de voir de M. Colin, un témoignage emprunté à la pathologie, en montrant dans les cas d'insuffisance de la valvule mitrale l'existence d'un bruit de souffle présystolique, qui accuse d'une manière manifeste la contraction ordinairement silencieuse de l'oreillette.

Nous aurions voulu pouvoir dire quelle a été la part de M. Marey dans ce débat. Mais le temps et l'espace nous font également défaut pour aujourd'hui.

Nous ne terminerons pas cette analyse de la séance sans mentionner, parmi les présentations qui y ont été faites, celle de l'important ouvrage de notre collaborateur M. Legrand du Saulle, *Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale*. M. Barth, en faisant cette présentation, a fait ressortir tous les services que cet ouvrage est appelé à rendre et tous les mérites de son exécution.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Léon Labbé

Tétanos à marche suraiguë. — Marche ascendante rapide de la température. — Injection de chloral dans les veines. — Disparition des accidents tétaniques et abaissement de la température.— Retour des accidents tétaniques et élévation de la température. — Mort (1).

Observation recueillie par P. Budin, interne des hôpitaux.

Le nommé P... É..., âgé de vingt-neuf ans, raffineur, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Gabriel, numéro 2, service de M. Léon Labbé, le 18 mars 1874, dans l'après-midi. Cet homme, habituellement bien portant, s'est réveillé il y a un mois environ avec de l'engourdissement et de l'insensibilité des deux pieds. Depuis cette époque, des plaies sont survenues aux orteils, et il n'en a pas moins continué à travailler.

Le 17 mars, entre neuf et dix heures du soir, il a commencé à ressentir des douleurs dans la région postérieure du cou, et il a cessé de pouvoir ouvrir librement la bouche. Il n'a pu dormir pendant la nuit, il respirait difficilement, et il éprouvait une sensation de constriction à la gorge. Ces symptômes ne disparaissant pas, il se fait apporter à l'hôpital.

Le 18 mars, à trois heures et demie, on trouve le malade en opisthotonos très-accentué, il repose sur l'occiput et le sacrum, il est fortement arc-bouté, le trismus est considérable, on ne peut obtenir l'écartement des arcades dentaires. La parole est pénible, la respiration est difficile, le malade éprouve de la constriction du larynx et

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 1er avril 1874.

une sensation de resserrement de toute la partie supérieure du thorax. A chaque instant de violentes et douloureuses secousses agitent les muscles de la face et du cou. TR. 39°2, pouls 120.

Tout est préparé pour qu'une injection de chloral puisse être faite dans les veines. On se servira d'une seringue en terre qui, remplie contient 6 grammes de liquide, et d'un tube muni d'un robinet qui s'adaptera sur la seringue par l'une de ses extrémités et, par l'autre, pénétrera dans la canule qui aura été introduite dans la veine. La solution de chloral est semblable à celle qui a été employée par Oré, de Bordeaux, elle contient 10 grammes d'hydrate de chloral dissous dans 10 grammes d'eau. Une assez forte machine électrique est préparée.

A cinq heures dix minutes T. R. 39°7, pouls 135.

Une ligature du bras droit est faite pour amener le gonflement des veines. La cubitale superficielle étant assez volumineuse est choisie pour l'opération. Les secousses du tronc transmises aux membres sont si violentes, que le malade exprime la crainte de voir son bras agité malgré lui au moment de l'opération.

M. Labbé pique la veine, le trocart et la canule sont profondément enfoncés; le trocart est retiré, et le sang s'écoule. On adapte à la canule la seringue remplie de liquide et munie du robinet qui est fermé. L'adaptation étant exacte, on ouvre le robinet, et à cinq heures dix-sept minutes on commence à injecter lentement la solution de chloral. A cinq heures vingt minutes, en trois minutes par conséquent, ce que contenait la seringue, c'est-à-dire 6 grammes de liquide, représentant 3 grammes d'hydrate de chloral, a pénétré dans la veine. On ferme le robinet, on enlève la seringue, qui est de nouveau chargée, puis adaptée à la canule munie du robinet.

A cinq heures vingt-deux minutes, on pousse doucement le liquide. On voit alors les spasmes douloureux cesser complétement, puis la contracture des muscles du cou, de la partie supérieure du thorax et de la mâchoire. Le malade repose sur tout le dos et non pas seulement sur la nuque. Il se sent très-soulagé, et il exprime son étonnement en voyant qu'il peut facilement desserrer les dents, respirer et parler. A cinq heures vingt-cinq, toute la seconde seringue était injectée. Pendant la dernière minute, il était survenu deux fois de la toux.

A cinq heures vingt-six minutes, la seringue ayant été de nouveau chargée, on continue l'injection. Le malade est très-calme, il tousse légèrement cinq ou six fois. Lorsque, à cinq heures vingt-neuf minutes, la seringue est vide, le malade est immobile, il a la figure dirigée vers le côté gauche, ses papilles sont fortement contractées, et il s'est endormi doucement.

A cinq heures trente minutes, la seringue ayant été remplie au tiers par le reste de la solution, on continue l'injection qui est achevée à cinq heures trente-trois minutes. Le malade dort, il est en résolution complète, il respire profondément et bruyamment. On avait mis seize minutes pour injecter la solution contenant 10 grammes de chloral.

A cinq heures trente-six, on voit la figure devenir bleuâtre, la respiration est moins bruyante, le pouls est faible, dépressible. A cinq heures quarante-huit ces phénomènes ont disparu, la face n'est plus cyanosée, le pouls a repris sa force, sa régularité.

A six heures, le sommeil est très-profond, les inspirations sont bruyantes. T. R. 39°2, pouls 124, R. 30.

Un infirmier reste constamment auprès du malade. La pile est toute prête au chevet du patient, pour le cas où la respiration viendrait à s'arrêter subitement.

A sept heures trente-cinq minutes, la respiration étant devenue irrégulière et silencieuse, l'infirmier prit peur et pratiqua l'électrisation. Lorsque l'interne de service arriva, le malade respirait, il paraissait souffrir des décharges électriques qui étaient énergiques, il remuait ses bras et ses jambes. On fit cesser l'action de la machine. Tous les muscles étant dans le relâchement, la bouche étant grande ouverte et la langue semblant retomber en arrière, ce qui gênait la respiration, l'interne enfonça son index gauche dans la cavité buccale. Lorsqu'il parvint vers la base de la langue, les mâchoires se resserrèrent si brusquement qu'il fut violemment mordu. Un infirmier eut beaucoup de peine à écarter davantage les mâchoires avec le manche d'une cuiller et à lui permettre de se dégager. Puis le trismus cessa complétement, tous les muscles se relâchèrent et le malade respira de nouveau très-régulièrement.

A sept heures quarante minutes, T. R. 38°4, pouls 100, R. 30.

A dix heures, commença à faire quelques mouvements et à agiter ses bras.

A onze heures il prononça quelques paroles incohérentes, inintelligibles. La bouche est ouverte, mais par moments les mâchoires se resserrent. Les muscles du cou deviennent de nouveau roides, et l'on fait difficilement fléchir la tête au malade endormi.

T. R. 37°6, pouls 108, R. 30.

A une heure, les mouvements des bras continuent. Le malade répond à une question qui lui est adressée.

A deux heures. T. R. 38°4. La tétanisation des muscles paraît plus intense, les secousses reviennent. Le malade demande à boire, on essaye, malgré le trismus, de lui donner du bouillon, mais il est pris de quintes de toux violentes et l'on doit cesser cette tentative.

A quatre heures, les dents sont fortement serrées les unes contre les autres, les secousses sont très-énergiques. Le malade semble beaucoup souffrir, il se cramponne avec force aux bords du matelas.

A six heures vingt minutes, la respiration s'arrête, on électrise le malade, et elle reparaît après une minute environ. La face à cette heure est bleuâtre, cyanosée, l'opisthotonos et le trismus sont très-accentués, la respiration paraît très-pénible, elle est mêlée de gros râles et s'embarrasse. On dit au malade de cracher, il le fait, prend lui même son mouchoir et s'essuie.

A six heures trente minutes, TR. 40°, pouls 156, R. 34.

A six heures quarante surviennent des secousses très-violentes qui agitent le tronc du malade, il se tourne vers l'interne dont il saisit fortement le bras. Il y a une tétanisation complète de tous les muscles qui dure environ trente secondes et il s'affaisse; ses pupilles se dilatent largement, il était mort. L'électrisation du diaphragme amène quatre mouvements respiratoires très-faibles dans l'intervalle de cinq minutes, puis on ne peut plus rien obtenir.

La colonne du thermomètre laissée à demeure dans le rectum s'est abaissée progressivement. A sept heures et demie, il y avait 39°2, et à neuf heures 37°6.

L'autopsie est pratiquée le 20 mars, à dix heures du matin, vingt-sept heures après la mort. Les poumons sont congestionnés, le sang qu'ils contiennent, ainsi que les autres organes, est noirâtre, visqueux. Le péricarde, le cœur, l'aorte ne présentent aucune altération. Il existe un caillot mou, rougeâtre, peu volumineux dans le ventricule droit; l'endocarde n'est le siége d'aucune altération. Le foie, la rate et les reins sont également congestionnés.

Dans la veine cubitale superficielle droite, au point où l'injection a été faite, il n'y a ni caillot dans la veine, ni inflammation de la paroi du vaisseau ou des parties voisines.

Le gros orteil droit est le siége d'une gangrène sèche, il existe des plaques de gangrène sur les autres orteils du même pied et sur les orteils du pied gauche. Il n'y a pas d'athérome ni d'oblitération des artères.

En résumé :

Tétanos *suraigu* survenant à la suite de plaies des orteils.

Marche ascendante très-rapide de la température qui, en moins de deux heures, s'élève de cinq dixièmes de degrés. État grave du malade, qui paraît devoir succomber avant quelques heures.

Injection de 10 grammes de chloral, en seize minutes, sans autre accident qu'un peu de toux et l'apparition de quelques symptômes passagers d'asphyxie après l'opération.

Disparition des secousses douloureuses et de la tétanisation des muscles après la pénétration, dans la veine, de 3 grammes de chloral.

Sommeil profond après l'injection de 8 grammes.

Abaissement de la température qui, en six heures, descend de 2° 1.

Après six heures de sommeil, retour progressif des symptômes tétaniques, et, en même temps, *élévation* de la température qui, en sept heures et demie, monte de 2°4.

La température ne s'est pas élevée après la mort, elle s'est, au contraire, abaissée.

Exprimer le regret qu'une nouvelle injection n'ait pas été faite lorsque les symptômes étaient reparus avec toute leur intensité.

Peut-être pourrait-on employer le chloral dans les affections du système nerveux où l'on voit la température s'élever d'une manière progressive.

A PROPOS D'UN CAS DE MORT PAR SUFFOCATION

PLUSIEURS MOIS APRÈS L'OPÉRATION DE LA TRACHÉOTOMIE.

Par M. le docteur Édouard Fournié.

M. le docteur Calvet de Castres vient de publier une observation très-intéressante qui mérite quelques réflexions.

L'opération de la trachéotomie pratiquée antérieurement sur un enfant qui succombe à des accidents de suffocation ne doit pas, à notre avis, fournir seule les éléments du diagnostic.

Une observation très-remarquable de M. le docteur Gigon, d'Angoulème, prouve sans doute, la possibilité d'une hyperplasie granuleuse, se développant sur une cicatrice trachéale et acquérant avec le temps la forme et les dimensions d'un polype ; mais ce fait, assez rare, mérite simplement qu'on en tienne compte lorsque, en présence d'un enfant *ou d'un adulte* qui suffoque, il s'agit d'établir un diagnostic précis.

Laissons de côté les polypes du larynx ainsi que les inflammations simples ou spécifiques de cet organe qui peuvent occasionner la mort par suffocation ; grâce au laryngoscope, le diagnostic en est facile aujourd'hui. Négligeons également les corps étrangers introduits dans les voies respiratoires et préoccupons-nous exclusivement du *spasme de la glotte*, aussi bien chez l'adulte que chez les enfants, dont les troubles respiratoires peuvent être confondus avec ceux que provoquent les végétations polypiformes dans la trachée.

Le spasme de la glotte (asthme thymique ou de Kopp) est une affection rare au-dessus de deux ou trois ans ; mais pas si rare néanmoins qu'on n'ait pu en recueillir quelques-unes. MM. Marotte et Charles Bernard, Beau, ont lu plusieurs observations de ce genre à la Société médicale des hôpitaux (1). Les polypes de la trachée ne sont pas d'ailleurs plus fréquents que le spasme de la glotte à un certain âge, et si nous insistons sur cet élément de diagnostic, c'est qu'en ce moment même nous observons une jeune fille de onze ans qui présente des accès de suffocation intermittents sans lésion appréciable des voies respiratoires.

Or à quels signes peut-on distinguer un accès de suffocation, par suite de spasme, d'un accès de suffocation produit par la présence d'une tumeur dans la trachée ?

Les phénomènes de l'accès sont les mêmes dans les deux cas : apparition *brusque* de l'accès au milieu du sommeil (M. le docteur Calvet de Castres) ou bien à la suite d'une émotion vive, une contrariété (M. le docteur Gigon); d'une congestion de la face, projection de la tête en arrière, inspiration sifflante.

La durée de l'accès varie de quelques secondes à une ou deux minutes. Quant aux phénomènes qui se manifestent après l'accès, ils sont également les mêmes : tantôt, rémission complète des troubles respiratoires comme dans l'observation de M. Gigon ; tantôt persistance de quelques signes tels que le ronflement, pendant la nuit seulement (observation de M. le docteur Calvet de Castres), et le râle laryngé qui précède le spasme de la glotte (2). Ces derniers troubles me paraissent devoir être attribués à la même cause, c'est-à-dire au rapprochement spasmodique des lèvres de la glotte pendant l'inspiration, car on ne saurait admettre que le frôlement de l'air sur un polype puisse produire un bruit semblable et qui d'ailleurs disparaît pendant le jour.

Il nous paraît donc impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, d'indiquer un signe formel qui permette de dire si un accès de suffocation est dû à un spasme de la glotte ou à la présence d'une tumeur de la trachée. Cependant, en dehors de cet absolutisme scientifique, nous pensons que le praticien peut formuler, en pareil cas, un diagnostic plus ou moins précis en s'inspirant de certaines notions qui résultent de l'observation attentive du malade.

L'âge, le tempérament, les antécédents pathologiques, la marche, la durée de la maladie peuvent fournir de précieuses indications ; mais l'opération de la trachéotomie, quand elle a été pratiquée antérieurement, doit être surtout l'objet d'une attention spéciale.

M. le docteur Gigon pense que les tumeurs qui ont failli entraîner la mort de son jeune malade, doivent être attribuées à «une végétation des bourgeons charnus de la cicatrice trachéale intérieure. » Cela est possible. Cependant nous ne pouvons nous empêcher de remarquer que « l'incision de la seconde trachéotomie a commencé *un peu au-dessus* de la cicatrice ancienne et que les polypes ont été vus, pendant, *au-dessus* de la plaie trachéale ». Puisque la seconde incision était au-dessus de la première et que les polypes étaient implantés au-dessus de celle-ci, il n'est guère probable qu'ils aient pris naissance au niveau de la première cicatrice. Nous ajouterons enfin que jusqu'à présent, on n'avait vu que des épithéliomes se développer sur le tissu des cicatrices. Sans nier donc la possibilité du développement d'une tumeur polypiforme sur le tissu cicatriciel d'une plaie trachéale, nous considérons le fait comme non-suffisamment démontré.

Mais, par exemple, un fait qui, pour nous, n'est pas niable, c'est le développement de petits polypes muqueux, gros comme des grains de plomb n° 4, pâles, transparents, souvent réunis en grappe, et se développant, non sur la plaie trachéale, mais sur la muqueuse circonvoisine. Cette genèse ne peut être attribuée qu'à l'irritation provoquée par la présence de la canule dans la trachée et à une certaine disposition diabétique du malade, car elle ne se produit que fort rarement. Deux fois seulement nous avons trouvé ces corps muqueux : la première fois sur un malade que nous avions trachéotomisé préalablement à l'extirpation d'une tumeur laryngée par les voies naturelles et la seconde sur un enfant atteint du croup. Dans les deux cas, il nous a suffi de prendre ces petits corps entre les mors d'une pince courbe pour les enlever sans effort. Un badigeon avec une solution de nitrate d'argent (parties égales) a terminé l'opération, et nos malades n'ont présenté, depuis la cicatrisation de la plaie trachéale, aucun trouble respiratoire.

Ainsi donc, la formation d'un corps polypiforme aux environs d'une plaie trachéale est un fait possible mais rare, puisque, jusqu'à ces derniers temps, il n'en est pas fait mention dans les annales de la science. Quant aux polypes qui se seraient formés dans la trachée, en dehors de toute influence opératoire, ils sont encore plus rares. Lieutaud cite deux observations ; on en trouve d'autres dans la *Pathologie médicale* de J. Franck (t. IV, p. 132), et R. Warren mentionne un cas qu'il a publié dans les *Transactions médicales de Londres* (t. I, p. 407).

Les considérations qui précèdent ne nous fournissent pas,

(1) Consulter sur ce sujet M. Hérard, *Thèses de Paris*, 1847, ainsi que la thèse de M. Capmos, 1867.

(2) Reid et Caspari dans Rilliet et Barthez, t. II, p. 511.

sans doute, un signe formel qui nous permette de dire si un accès de suffocation est dû à un spasme de la glotte ou à un polype de la trachée, mais elles apportent un contingent précieux en faveur de l'une ou de l'autre de ces opinions.

Chez un enfant, par exemple, qui présenterait des troubles respiratoires d'abord peu intenses, puis plus accentués et se présentant sous forme d'accès intermittents, nous n'hésiterions pas, si antérieurement il avait subi la trachéotomie, à considérer ces accidents comme étant le fait d'un polype dans la trachée, et cela bien qu'il nous fût impossible de signaler le caractère formel qui nous ferait rejeter l'idée d'un spasme de la glotte.

Comme le diagnostic n'a réellement d'utilité qu'au point de vue des déterminations qu'il inspire au praticien, nous pensons avec M. le docteur Gigon et M. le docteur Calvet de Castres, qu'en présence d'un accès de suffocation grave, n'importe qu'elle soit sa nature, on n'a pas à hésiter ni à perdre un temps précieux à établir un diagnostic précis. Il faut trachéotomiser *le plus tôt possible* et ne pas attendre qu'un accès foudroyant (ce qui est possible dans les cas de polype, comme dans les cas de spasme de la glotte) emporte le malade avant qu'on ait pu le secourir.

Il est donc regrettable que les parents du malade de M. le docteur Calvet de Castres n'aient pas accepté l'opération que leur proposait notre honorable confrère. Il est fort probable que l'enfant eût été sauvé.

RECHERCHES CLINIQUES

SUR L'INTOXICATION SATURNINE, LOCALE ET DIRECTE PAR ABSORPTION CUTANÉE.

Par le docteur A. MANOUVRIEZ (1).

Conclusions. — A côté de l'intoxication saturnine, générale et indirecte par absorption digestive et pulmonaire, il existe une intoxication saturnine, locale et directe, par absorption cutanée, atteignant les parties immédiatement en contact avec le plomb. — Cette intoxication locale se manifeste par des douleurs névralgiques, articulaires et musculaires, des crampes et des tremblements, des fourmillements, de la paralysie sensitive et motrice et de l'atrophie. — Cette intoxication locale qui, dans la plupart des cas, coexiste avec l'intoxication générale, peut néanmoins, dans certains cas, exister seule. Ces accidents saturnins locaux pourraient être avantageusement combattus par un traitement local externe, et prévenus par des précautions hygiéniques tendant à préserver la peau des ouvriers du contact des préparations plombiques. — Peut-être serait-il nécessaire d'apporter la plus grande circonspection dans l'emploi des préparations saturnines appliquées sur la peau, à titre de médicaments.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 avril 1874. — Présidence de M. DEVERGIE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. Villemin, dans la section de pathologie médicale.

Sur l'invitation de M. le président, M. Villemin prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, pendant 1873, dans les départements de l'Isère et de la Meurthe-et-Moselle (Comm. des épidémies) ; 2° un rapport de M. le docteur Delacroix, médecin inspecteur des eaux minérales de Luxeuil, sur le service médical de cet établissement pendant 1873. (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une note de M. le docteur Bloc (de Montpellier), sur un instrument de son invention destiné à l'extraction des corps étrangers introduits dans les voies naturelles ; 2° une lettre de M. le docteur Judée accompagnant l'envoi d'une brochure sur la circulation cardiaque chez les animaux ; 3° des lettres de remercîments de MM. Richard Owen, récemment nommé membre associé étranger, Feuvrier, Bu et Prestat, lauréats de l'Académie.

M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Paul Bouley, sa thèse inaugurale intitulée : *De l'ostéomélacie chez l'homme et les animaux domestiques.*

M. BARTH, de la part de M. Legrand du Saulle, présente un volume ayant pour titre : *Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale.*

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PHYSIOLOGIE DU CŒUR

M. MAREY, après avoir rappelé les points en discussion, fait observer qu'il n'est pas aussi important qu'on semble le croire d'assigner à la révolution du cœur un commencement et une fin. La succession des phénomènes importe seule. M. Marey rappelle qu'il a été l'élève de Beau, et que, par conséquent, il avait, pour ainsi dire, sucé le lait de sa théorie, dont il n'a pas tardé à reconnaître la fausseté. En effet, les expériences qu'il a entreprises avec M. Chauveau l'ont conduit à des résultats tout à fait opposés. Ce sont les résultats de ces expériences de cardiographie que M. Marey rappelle en quelques mots à l'Académie.

Tout d'abord, M. Marey voudrait voir remplacer l'expression de choc du cœur par une autre expression : en effet, qu'est-ce qu'un choc ? c'est la rencontre de deux corps ; rien de semblable n'a lieu dans les mouvements du cœur. Il se passe dans le ventricule, au moment de l'afflux du sang dans cette cavité, le même phénomène que dans toute artère au moment de l'afflux de l'ondée sanguine, c'est-à-dire un durcissement bientôt remplacé par un relâchement correspondant au moment de vacuité de l'organe, la pulsation du cœur est analogue à celle de l'artère.

M. Marey compare ce qui se passe pour le cœur à ce qui a lieu pour les parois abdominales lorsqu'elles se contractent et qu'on y applique la main. La pression exercée par ces parois contre la main, quand elles se contractent, exprime parfaitement la pression du cœur se contractant contre les parois thoraciques. C'est dans les deux cas alternativement un durcissement et un relâchement.

L'expression de choc est donc impropre, tout aussi bien que celle de recul, par laquelle on a voulu rendre le mouvement du cœur cessant de se contracter. Le cœur cesse de presser contre la paroi thoracique, mais il ne s'éloigne pas pour cela. Il n'est pas moins erroné, suivant M. Marey, de croire à un mouvement de torsion de la pointe du cœur. Ce qu'on admet pour la pointe, en pareil cas, devrait être admis de même pour la base puisqu'on observe le même phénomène à l'une et à l'autre.

M. Marey rappelle que les appareils dont il s'est servi dans ses expériences sont des appareils manométriques, qui donnent des résultats très-précis et très-peu compliqués, contrairement à l'assertion de plusieurs physiologistes. Il montre sur le tableau le tracé obtenu lorsqu'on explore avec ces appareils l'intérieur du ventricule.

Indépendamment des grandes ondulations de ce tracé, qui indiquent le soulèvement systolique et l'affaissement diastolique, il y a de nombreux rebondissements secondaires qui témoignent des différents actes se produisant à l'intérieur du cœur. A l'origine même de la ligne d'ascension systolique, on voit un soubresaut produit par la systole de l'oreillette. Sur cette même ligne un autre soubresaut, précédant quelque peu le sommet même de la couche, indique le jeu des valvules auriculo-ventriculaires. Enfin sur la ligne de descente, près de sa terminaison, M. Marey signale un dernier soubresaut cor-

---

(1) In-8°. — Prix : 2 francs. — Adr. Delahaye.

respondant à l'abaissement subit des valvules sigmoïdes, au moment où, à la fin de la diastole passive, le sang tend à refluer vers le cœur.

M. Marey ne s'est pas contenté d'expériences purement physiologiques, et il rappelle les expériences de pathologie expérimentale qu'il a entreprises, en faisant observer tout d'abord qu'il n'y a aucune différence entre le cœur du cheval et celui de l'homme et que la pulsation du cœur est la même chez tous les animaux.

Ces expériences ont surtout consisté en lésions traumatiques des valvules. Or M. Marey a pu constater que ces troubles pathologiques impriment des variations aux courbes cardiographiques qui, suivant lui, deviennent de précieux éléments de diagnostic. Les expériences cardiographiques de M. Marey sont donc importantes, non-seulement au point de vue physiologique mais aussi au point de vue clinique.

M. BOUILLAUD se loue d'avoir eu toute sa vie pour habitude de consigner par écrit toutes ses observations, toutes ses autopsies et surtout toutes les expériences qu'il a faites et d'avoir eu bien soin, pour ces dernières, de mentionner les noms des observateurs distingués qui ont vu comme lui et l'ont ouvertement déclaré. *Scripta manent*..... et il est heureux de pouvoir, aujourd'hui, donner lecture du procès-verbal des expériences dont il s'agit. M. Colin a vu les choses autrement que lui, ce qui le porte à croire que la fameuse fenêtre est une lanterne magique, puisqu'elle fait voir des choses qui n'existent pas.

Ici M. Bouillaud donne lecture du procès-verbal en question.

Il n'est donc pas douteux, pour M. Bouillaud, que la révolution du cœur commence par la systole ventriculaire. Systole, petit repos, diastole, grand repos, tel est l'ordre dans lequel se succèdent les phénomènes. Cela est incontestable.

M. Bouillaud fait observer à M. Marey qu'il y a des choses que la clinique seule peut montrer et que, dans bien des cas, aucune expérience physiologique ne peut remplacer l'observation clinique. M. Marey lui-même pourra facilement se convaincre de cette vérité quand il aura étendu le champ de ses recherches cliniques. Toutefois les expériences physiologiques et les observations cliniques ne doivent jamais se trouver en contradiction et les erreurs tiennent non pas aux expériences, mais aux expérimentateurs. M. Bouillaud n'en tient pas moins les travaux sphygmographiques de M. Marey pour une découverte précieuse et dont il loue beaucoup l'auteur, mais il déclare que M. Marey, dans ses écrits, a émis des erreurs qu'il redressera lui-même quand il aura plus d'expérience clinique.

M. COLIN ne pense pas, comme M. Marey, qu'il soit indifférent de savoir si la révolution du cœur commence par la systole ventriculaire ou par la systole auriculaire.

Quoique peu partisan, d'une manière générale, de l'emploi de ces machines très-ingénieuses, mais fort compliquées, et qui souvent induisent l'expérimentateur en erreur, M. Colin est d'avis que M. Marey devrait, au contraire, se servir de ses appareils pour déterminer exactement le moment précis de la contraction des oreillettes. La meilleure machine pour M. Colin est sans contredit l'œil, et il ne comprend pas la répulsion qu'éprouve M. Bouillaud pour cette fameuse fenêtre qui pourtant est le meilleur moyen de voir les choses. Toutefois si l'on ne veut pas absolument faire de fenêtre, il suffit d'arracher le cœur d'un animal et de le mettre sur la main : on voit que le cœur continue d'abord à battre avec une telle rapidité qu'il est impossible de compter ses battements; mais peu à peu cette rapidité diminue et bientôt on le voit battre avec son rhythme normal et pendant assez longtemps. Il devient très-facile alors de constater que c'est par la contraction de l'oreillette, par la systole auriculaire que commence la série des mouvements du cœur. Cela est tellement évident que M. Colin a montré un cœur dans ces conditions à des élèves de première année à l'école d'Alfort, n'ayant encore aucune notion physiologique et par conséquent nullement prévenus en faveur de telle ou telle théorie; chacun de ces élèves n'a pas hérité à déclarer que la révolution commençait par la partie supérieure, c'est-à-dire par la contraction des oreillettes.

M. Colin fait observer que M. Marey a semblé donner comme nouvelle la connaissance du synchronisme de l'action des deux ventricules; mais cette connaissance est acquise depuis longtemps, et personne ne l'a jamais mise en doute. Il n'est pas besoin de recourir à des instruments spéciaux pour le démontrer, et M. Colin l'a montré souvent à ses élèves en introduisant deux tubes dans les deux cavités ventriculeuses; on voit, à chaque contraction, le liquide sanguin monter en même temps dans les deux tubes. Le synchronisme de l'action des deux ventricules et des deux oreillettes est donc un fait démontré depuis longtemps et qui a lieu aussi bien pour la diastole que pour la systole.

Quant à la force relative des deux cœurs, que M. Marey croit avoir été le premier à déterminer, M. Colin l'avait établie bien longtemps avant lui, mais simplement à l'aide du tube de Haller, que MM. Longet et Gavarret ont tant tourné en ridicule, et qui pourtant est un instrument autrement fidèle que les appareils de physique dont ils se sont servis dans leurs expériences à Alfort, et qui leur ont fait attribuer au cœur gauche ce qu'ils devaient attribuer au cœur droit, et réciproquement. En adaptant le tube de Haller successivement, ou mieux, simultanément, quand on en a deux, à l'aorte et à l'artère pulmonaire, il est très-facile de mesurer la force des deux cœurs, et c'est ainsi que M. Colin l'a déterminée bien avant M. Marey.

L'orateur regarde comme une erreur de rapporter, comme le fait M. Marey, le choc du cœur à un changement de forme de cet organe. Cette erreur tient à ce que, généralement, on expérimente sur des animaux couchés, de telle sorte que, par le fait seul de la pesanteur, le cœur s'affaisse et semble changer de forme ; il suffit, pour s'en convaincre, d'observer son animal dans la position quadrupédale ou suspendu par les membres antérieurs.

C'est aussi une erreur, ajoute M. Colin, de croire qu'il n'y a aucune différence entre l'homme et les animaux au point de vue du sens de la déviation du cœur. Tandis que chez l'homme la pointe est déviée à gauche, chez le cheval elle est déviée à droite dans une étendue de 2 à 3 centimètres, et M. Colin tient à faire observer que ce n'est point là une reproduction de la plaisanterie du *Médecin malgré lui*. Chez d'autres animaux, elle n'est nullement déviée et se maintient dans la ligne médiane.

M. Colin ne saurait admettre la comparaison établie par M. Marey entre le choc du cœur contre les parois de la poitrine, et celui qui résulte de la contraction du ventre contre la main appliquée sur la paroi abdominale.

Enfin il fait observer que M. Marey a peut-être été trop prompt dans les conclusions qu'il a tirées de ses expériences pathologiques établies dans le but de déterminer des lésions valvulaires et, en particulier, des insuffisances. Il est extrêmement difficile d'agir expérimentalement sur les valvules.

Quant aux expériences rappelées, chaque fois, par M. Bouillaud et auxquelles a assisté M. Colin, ce dernier fait remarquer qu'on ne saurait en tirer aucune conclusion rigoureuse, puisque, dans la première, le cœur a été tellement malaxé par les assistants qu'il était impossible de rien reconnaître dans ses mouvements, et que, pour la seconde, elle a été entreprise chez un cheval qui est mort presque aussitôt après l'ouverture de la fenêtre thoracique et chez lequel, par conséquent, il a été impossible de rien voir.

M. HÉRARD désire faire une courte observation à M. Bouillaud, observation d'un ordre purement clinique.

Parmi les bruits anormaux du cœur, dit-il, il existe un bruit présystolique qui a été bien étudié depuis longtemps par M. Fauvel et qui paraît démontrer que la systole auriculaire précède la systole ventriculaire. Ce bruit, qui présente des caractères particuliers, est une sorte de grondement, de roulement qui précède immédiatement le premier temps. Lorsqu'on fait l'autopsie de malades qui ont présenté ce bruit *seul*, on trouve toujours un rétrécissement de l'orifice mitral. Il n'est pas possible d'expliquer ce bruit autrement qu'en admettant que la systole auriculaire précède immédiatement la contraction ventriculaire.

M. BOUILLAUD connaît de longue date le bruit présystolique signalé pour la première fois par M. Gendrin. Mais, pour lui, ce bruit correspond toujours soit à la systole, soit à la diastole.

M. FAUVEL n'a pas inventé le bruit présystolique, mais il croit en avoir nettement déterminé la signification : il est le signe d'un rétrécissement de l'orifice mitral, sans insuffisance quand il existe seul. M. Fauvel a publié un mémoire sur ce sujet, il y a une trentaine d'années; il ajoute que tous les rétrécissements de l'orifice auriculo-ven-

triculaire ne donnent pas lieu à ce bruit ; mais c'est la contraction auriculaire seule qui peut le produire.

M. Fauvel rappelle en outre une expérience qu'il a eu occasion de faire sur un fœtus mourant ; il a pu voir le cœur de ce fœtus et a pu constater que l'oreillette se contracte avant le ventricule et que cette contraction auriculaire précède immédiatement la contraction ventriculaire.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Nantes. — M. Gruget, docteur en médecine, est nommé conservateur des collections (emploi nouveau).

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Bertrand, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur du laboratoire d'enseignement botanique, en remplacement de M. Cornu, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur J. Parrot, médecin de l'hospice des Enfants assistés, fera dans cet établissement, sur les maladies des nouveau-nés, des conférences auxquelles ne pourront être admis, par mesure administrative, que MM. les docteurs et les internes en médecine des hôpitaux, munis de cartes. Ces conférences commenceront le dimanche 3 mai, à neuf heures et demie et seront continuées les dimanches suivants à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 51. — SAMEDI 2 MAI 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 2 MAI 1874. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la sensibilité récurrente.

Nous avons signalé déjà plusieurs fois à l'attention de nos lecteurs les faits de conservation de la sensibilité dans les régions de répartition d'un nerf lésé ou sectionné. Ces faits, qui ont d'abord été considérés comme des exceptions, ont dû, à mesure qu'ils se sont multipliés, appeler une autre interprétation. De là la théorie de la sensibilité récurrente par voie anastomotique qui a été exposée et discutée à diverses reprises dans ce journal et ailleurs. Quoi qu'il en soit de la théorie, le fait de la conservation de la sensibilité nonobstant l'interruption ou la solution de continuité du nerf s'affirme de plus en plus, soit par les expériences telles que celles de MM. Arloing et Tripier que nous avons exposées dans l'une de nos Revues du mois d'octobre 1872 (19 octobre), soit par l'observation clinique.

Voici un fait nouveau qui vient de se présenter dans le service de M. Richet, à l'Hôtel-Dieu. Il s'agit cette fois encore du nerf médian, comme dans les faits précédemment observés par ce chirurgien. Un homme, peintre-vitrier, fait une chute et tombe à travers un vitrage en se faisant une large et profonde entaille à la face palmaire de l'avant-bras, à 7 ou 8 centimètres environ au-dessus du pli du poignet. La section a été tellement profonde que la face antérieure du radius a été mise à découvert; presque tous les muscles de l'avant-bras ont été divisés, l'artère radiale était comprise dans la section. On dut, dès l'entrée du blessé à l'hôpital, procéder à la ligature des deux bouts de cette artère, d'autres artérioles d'un plus petit calibre ont dû être liées depuis. D'après les dégâts produits dans cette région, il était très-présumable que le nerf médian avait dû être atteint. M. Richet, voulant s'en assurer, enleva avec soin les caillots qui recouvraient en partie le fond de la plaie et découvrit effectivement au milieu des débris des muscles fléchisseurs, superficiel et profond, un point blanc, qui lui parut être l'extrémité du segment supérieur du nerf médian, ce dont il s'assura d'ailleurs par la sensation douloureuse que provoqua l'exploration elle-même. Une fois reconnu que c'était le nerf médian divisé qu'il avait sous les yeux, il explora la sensibilité des téguments des doigts et particulièrement du pouce, de l'index et du médius, et il put se convaincre que sur tous ces points la sensibilité était restée intacte.

M. Richet a pratiqué en notre présence et devant l'assistance nombreuse de l'amphithéâtre, la suture du nerf dont les deux bouts étaient séparés l'un de l'autre par une distance de 2 centimètres à 2 centimètres et demi au moins.

Nous suivrons les effets de cette opération et nous en ferons connaître en temps et lieu les résultats. Ce que nous voulons seulement faire ressortir de ce fait, pour le moment, c'est sa signification physiologique.

Si, comme l'avait fait dans le temps Laugier, au lieu d'explorer immédiatement la sensibilité des doigts, on eût procédé immédiatement à la suture du nerf et que l'on n'eut fait l'exploration que le lendemain de l'opération seulement, on aurait pu croire comme lui que la réunion s'était déjà faite, et que le courant nerveux un moment interrompu s'était rétabli; mais il était évident ici, comme dans les faits précédemment observés par M. Richet, que le courant n'avait pas été interrompu, puisque la sensibilité était conservée, ou du moins que, s'il l'avait été, ce n'avait dû être que pendant un temps très-court, et qu'assurément ce rétablissement s'était fait par une tout autre voie que par la continuité du nerf, puisqu'elle n'existait plus. D'autre part, les faits que nous avons rappelés récemment, relativement à la cicatrisation des nerfs et au mécanisme de leur régénération, montrent que ce n'est pas dans un aussi court laps de temps que la fonction nerveuse peut se rétablir.

Cette question, dont la *Gazette des Hôpitaux* a déjà fait connaître presque tous les éléments, vient d'être tout récemment l'objet d'une étude spéciale de la part de M. Henri Filhol, le fils de l'éminent professeur de Toulouse, dans sa thèse inaugurale de décembre 1873. Aux faits que nous avons déjà produits, ceux de Nélaton, en 1866; de M. Richet, en 1868; de Bœckel, de Strasbourg, en 1865; de M. Lannelongue, en 1872; M. Filhol ajoute une observation de section du nerf médian au bras pratiquée, intentionnellement, par M. Letiévent, dans un cas de tétanos survenu à l'occasion d'une plaie contuse de la main, une observation de section du nerf radial, une observation de section du nerf cubital au poignet, enfin deux observations de section simultanée de plusieurs nerfs à l'avant-bras, toutes ces dernières empruntées au *Traité des sections nerveuses*, de M. Letiévent, publié l'année dernière.

Du rapprochement de tous ces faits et de quelques autres encore qui ont pu nous échapper, dans le coup d'œil rapide que nous avons jeté sur le travail de M. Filhol, il ressort ce fait général : la lésion de l'un quelconque des nerfs qui don-

nent des branches à la main n'entraîne pas, à sa suite, l'abolition de la sensibilité dans les parties auxquelles il fournit ses rameaux.

Étant démontré que, lorsque l'un des nerfs de la main vient à manquer, ceux qui subsistent assurent, par leurs rameaux récurrents, la sensibilité, M. Filhol a recherché si, un des nerfs de la main restant seul, on retrouverait la perception du tact et des impressions calorifiques. Des observations de Baudens et de Letiévent et une observation qu'il a recueillie dans le service de M. Richet, lui ont permis de l'affirmer.

Cette dernière est trop intéressante pour que nous ne croyons pas devoir en présenter ici le résumé.

Un homme de soixante ans, entré le 4 octobre dernier à l'Hôtel-Dieu, raconte que, le 28 avril précédent, il s'était fait dans une chute sur le moignon de l'épaule, une luxation de la tête de l'humérus, qui fut réduite le lendemain, sans difficulté. Mais le malade remarqua qu'il lui était impossible de redresser sa main qui, malgré tous ses efforts, restait toujours pendante. Après un traitement de deux mois, à l'hôpital Saint-Louis, par l'électricité et les bains sulfureux, il constata, ce qui n'avait pas eu lieu encore depuis son accident, qu'il sentait sur la face dorsale de sa main, dépourvue jusqu'alors de sensibilité.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, il offrait une paralysie absolue de la motricité dans les muscles extenseurs de la main, qui étaient complétement atrophiés. Aucun trouble n'existait dans les parties innervées par le médian ; c'était donc à une paralysie du radial et du cubital que le malade devait l'impossibilité de se servir de sa main. Or la sensibilité existait dans toutes les parties auxquelles ces deux nerfs envoient des rameaux : elle était même plutôt exagérée que normale, et il y avait une tendance à une acuité excessive par l'influence des impressions caloriques.

Ainsi il existerait pour la main, au point de vue du maintien de l'innervation, une disposition analogue à celle qui existe pour les éléments vasculaires. De même qu'une plaie de la radiale ou de la cubitale n'entraîne pas après elle l'arrêt de la circulation dans les organes auxquels elle fournit les rameaux, de même une section de l'un des nerfs de la main ne soustrait pas à l'influence nerveuse les parties auxquelles il se distribue.

Nous conclurions volontiers, avec M. Filhol, que la théorie de la sensibilité récurrente est passée aujourd'hui à l'état de fait. C'était déjà la conclusion qui nous avait paru ressortir des faits que nous avons précédemment rapportés et des expériences de MM. Arloing et Tripier.

Une épidémie syphilitique.

Il n'est pas sans intérêt de rapprocher des accidents syphilitiques récemment publiés par M. Bardinet (de Limoges) l'épidémie syphilitique que M. le docteur Dechaux eut occasion, il y a quelques années, d'observer à Montluçon.

Cette épidémie frappa les verriers de cette ville ; ayant pour point de départ le soufflage des bouteilles, elle se déclara en 1866, sévit toute l'année 1867, récidiva en 1868, et n'était pas assouvie le 25 juin 1869.

« Le virus latent, rapporte M. le docteur Dechaux, acharné au même sujet pendant *quatre ans*, malgré des traitements réguliers, a été communiqué la même semaine à quatre compagnons, à quatre autres la semaine suivante ; puis trois autres se le sont donné entre eux ; soit onze braves ouvriers contaminés indignement dans le travail d'où dépend leur vie et celle de leur famille. Ensuite six et neuf mois après, malgré mes avertissements et bien des précautions, cinq épouses ont été prises ; — un enfant de quatre ans a été contagionné ! — Enfin il y a une série de fausses couches et des couches infectées qui se continuent encore.

« Les voies de communication ont été des plus obscures, l'auteur de cette catastrophe recélait le virus dans ses fosses nasales, et c'est par le mélange du *mucus narium* avec la salive et l'arrivée de cette salive impure aux lèvres que la contagion s'est effectuée de lui à ses compagnons et de ses compagnons entre eux. Les femmes ne l'ont contractée que plusieurs mois après, alors que j'espérais qu'elles seraient épargnées, lorsque bien averties, elles se tenaient sur leurs gardes et sans rien d'apparent aux parties par lesquelles passe ordinairement ce mal (les maris et les femmes me l'ont du moins affirmé).—L'enfant de quatre ans qui a été congestionné, ayant à la fois des plaques muqueuses à l'anus et à la bouche, j'ai dû supposer qu'il avait absorbé le venin dans un baiser de son père, ou en buvant dans le même verre, ou dans son lit par le frottement de la muqueuse anale sur les draps souillés de pus infectant, comme je l'ai constaté d'autres fois pour les enfants. Pour les fœtus et les nouveau-nés, le poison a passé par les voies encore plus mystérieuses de la syphilis congénitale, par le sang et les fluides qui concourent à la génération.

« Douze hommes ont été atteints, cinq épouses, un enfant, quatre nouveau-nés et trois fœtus, soit vingt-cinq victimes jusqu'à présent. Vingt-cinq cas ne constituent pas au premier abord une épidémie considérable ; mais en y réfléchissant, et par élimination des sujets qui y ont été seulement exposés, ce nombre devient énorme. En effet, la verrerie de M. Duchet occupe trois cents ouvriers de toute espèce ; parmi eux il y a cent souffleurs ; ces cent souffleurs sont répartis en cinq fours ou places, et chaque four en occupe vingt. Le mal, reconnu à son origine a été limité à un seul four, ce qui donne directement ou indirectement vingt-cinq atteintes pour vingt personnes exposées directement.

« Sur ces vingt-cinq cas deux hommes sont morts ; trois femmes restent profondément cachectisées ; une en danger de mort (elle a succombé le 25 février 1870) ; deux ont mis au monde, en 1867 et 1869, quatre enfants qui ont succombé quatre jours et six semaines après leur naissance, couverts d'ulcérations caractéristiques ; deux autres ont eu trois fausses couches qui dépendent certainement de la même cause. — Les ouvriers ont été plus ou moins ravagés par le fléau, mis longtemps hors de travail, réduits à la gêne, eux et leurs familles, et en proie aux accidents les plus cruels du mal syphilitique. »

Nous arrêterons ici cette citation, renvoyant ceux de nos lecteurs qui voudraient étudier plus complétement cette épidémie à la très-intéressante relation que M. le docteur Dechaux, de Montluçon, a publiée dans son *Parallèle de l'hystérie et des maladies du col de l'utérus* (1), livre composé d'une série de mémoires d'un vif intéret pour le praticien.

DES MANIFESTATIONS CARDIAQUES

DANS L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE (2)

Par le docteur A. Sevestre, ancien interne des hôpitaux.

Conclusions. — On peut observer dans le cours de l'érysipèle des manifestations du côté du cœur. Ces manifestations, sans être très-

(1) Paris, 1873. J. B. Baillère.
(2) In-8. — Prix, 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

fréquentes, le sont cependant assez pour qu'on ne puisse les considérer comme le résultat de coïncidences fortuites. Elles sont de deux sortes : tantôt la lésion affecte l'endocarde, et plus rarement, le péricarde; tantôt elle porte sur le myocarde. — L'*endocardite* peut se montrer dès le début de l'érysipèle; elle peut se développer lorsqu'il est terminé; mais, dans le plus grand nombre des cas, elle apparaît pendant que l'éruption cutanée est en activité. Sa durée est variable; elle disparaît ordinairement à peu près en même temps que l'érysipèle, quelquefois avant lui; mais elle peut laisser une lésion persistante. La *péricardite* est plus rare; elle est ordinairement sèche, limitée et ne s'observe guère qu'associée à l'endocardite; toutefois, l'endocardite reste le plus souvent isolée. Les faits de la péricardite avec épanchement sont presque exceptionnels. — La *myocardite* et la *dégénérescence graisseuse* des fibres musculaires du cœur peuvent être observées dans l'érysipèle, comme dans la variole, la fièvre typhoïde et autres affections analogues. — Les lésions cardiaques dans l'érysipèle (l'endocardite aussi bien que dans la myocardite) ne sont point en rapport avec la lésion cutanée, mais elles relèvent directement, au même titre que cette lésion elle-même du trouble général de l'organisme. La connaissance de ces lésions confirme le rapprochement que l'on peut établir entre l'érysipèle et les maladies infectieuses.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er avril 1874 (1). — Présidence de M. PERRIN.

M. DESPRÈS continue la lecture du rapport.

L'opération de la résection du genou a été déjà jugée par la Société de chirurgie, mais là comme toujours les avis ont été partagés. M. Giraldès a invoqué les succès anglais, M. Larrey a parlé des succès obtenus en Allemagne; mais un bon nombre des membres de la société étaient d'avis que la résection du genou ne réussissait que dans les cas où elle « n'était pas toujours nécessaire ». En effet, il semble démontré que les Anglais resèquent le genou pour des tumeurs blanches dont nous obtenons la guérison par l'immobilisation. Mais relativement aux plaies par armes à feu, les chirurgiens sont à peu près d'un avis unanime, en Angleterre et en France, pour reconnaître que la résection du genou ne convient pas aux blessures articulaires par un projectile de guerre. Les Américains mêmes préfèrent la désarticulation du genou avec résection des condyles (2).

Ce qui motive cette opinion, c'est, en premier lieu, l'expérience, et cela ressort des statistiques de M. Le Fort (3) et de celles de M. Penières (4). C'est, en second lieu, cette considération qu'il faut reséquer une portion assez considérable des os. Et ici il me sera permis de faire remarquer, sans vouloir critiquer la pratique de notre collègue M. Lannelongue, que la section qu'il a faite sur le fémur pour reséquer les condyles portait en plein dans le trajet de la balle, et qu'il a laissé une partie de l'os contusionné par ce projectile; et c'est cette partie qui, sans aucun doute, a été le point de départ de la névrose progressive qui occupe aujourd'hui toute l'extrémité inférieure du fémur.

Lorsque l'on resèque le fémur et le tibia bien au-delà des limites du mal, les conditions sont bien plus défavorables, puisque l'on a un clapier plus vaste comprenant à la fois les restes de l'articulation et ses loges musculaires et aponévrotiques voisines. Ceci n'avait pas échappé aux chirurgiens de tous les pays.

Le fait qui vous est soumis n'est pas unique. Au-dessous de trente ans, les résections du genou peuvent guérir. Il faut néanmoins considérer le résultat comme très-heureux. L'opération a donné un résultat immédiat incontestable; le malade n'a point subi cette infection purulente redoutable qui est l'écueil de la résection du genou. Les soins consécutifs, attentifs et intelligents qui ont été donnés au malade expliquent comment les accidents ont pu être éviter. Mais il reste une une lésion, le malade n'est pas guéri.

M. Vidal nous demande quel appareil il serait possible d'appliquer à ce malade pour empêcher la claudication. Il y a, messieurs, une question préalable; le malade en est-il là? eh bien, je n'hésite pas à répondre non.

Il y a des fistules, au nombre de deux, qui sont la conséquence d'une nécrose du fémur; le blessé est dans les conditions d'un malade ayant eu une fracture avec plaie du tégument et atteint consécutivement de nécrose du col et des parties de l'os voisines du col, fait extrêmement fréquent, pour ne pas dire constant, après les fractures par projectiles de guerre. Avant de songer à faire porter un appareil au malade, il faut le guérir de la nécrose, et cela n'est pas facile. A dire la vérité, et pour ne rien déguiser de ma pensée, j'estime que tôt ou tard, le chirurgien aura à se poser la question de l'amputation de la cuisse, absolument comme s'il s'agissait d'une fracture articulaire avec ankylose consécutive et nécrose des os près de l'articulation. Oui, sans doute, aujourd'hui l'état des parties n'est pas mauvais, mais considérez que le malade vous est montré dans un de ses bons moments. Il a, en effet, subi pendant près de quatre ans des alternatives de mieux et de pire. Les fistules se sont taries, fermées, puis réouvertes, et ont présenté tous les caractères des fistules de la nécrose, et, quand, depuis quatre ans, il existe une nécrose, il est bien peu probable que le séquestre du fémur soit limité et qu'on puisse l'extraire.

Il se trouvera sans doute des chirurgiens qui feront des incisions, gratteront le fémur, obtiendront la guérison momentanée des fistules, mais la nécrose d'un cal ne se prête pas à ce genre de traitement, surtout lorsqu'il s'agit du fémur. D'autres feront des injections iodées, peut-être des injections de liqueur de Villate. Nous verrons peut-être ce malade de nouveau à la Société de chirurgie avec ses fistules fermées. Mais je n'hésite pas à penser qu'un jour son observation sera publiée par celui qui se sera décidé à faire l'amputation de la cuisse sur la demande du malade lui-même, fatigué d'être toujours en traitement pour un mal qui ne guérit pas.

DISCUSSION

M. LANNELONGUE. Je tiens à m'expliquer sur deux points bien distincts. Le premier est relatif au manuel opératoire que j'ai adopté. On me reproche d'avoir pratiqué la résection au point même de l'entrée de la balle : et ce serait cette faute opératoire qui aurait déterminé la formation des fistules mentionnées. Il n'en est rien; j'ai reséqué bien au-dessus de l'orifice fistuleux et à une certaine distance au-delà du fragment postérieur détaché. Quant au résultat de mon opération, M. Desprès me semble commettre une erreur. Je le trouve en effet bien sévère lorsqu'il affirme que mon malade réclamera l'amputation de la cuisse, alors qu'aujourd'hui ses orifices fistuleux sont guéris et que la portion d'os dénudé s'est bornée à une esquille que M. Vidal a pu retirer avec la plus grande facilité. Son genou ne présente rien qui doive nous inquiéter; il n'a pas besoin d'appareil, il fait à pied jusqu'à 5 et 6 kilomètres, en un mot il est guéri, et, contrairement à l'opinion de M. Desprès, je considère ce fait comme un des plus probants en faveur de la résection du genou. Qu'y avait-il en effet à proposer au malade au lieu de la résection? L'amputation de la cuisse? Il faudrait, par un grand nombre de chiffres, établir la supériorité de cette dernière, ce que je ne suis pas en mesure de faire; aussi considéré-je mon opération comme bonne.

M. VERNEUIL. J'abonde dans le sens de M. Lannelongue. Je ne puis laisser passer cette assertion, que tous les chirurgiens français rejettent la résection du genou dans les plaies par armes à feu. Je ne sais si, d'une manière absolue, elle donne de meilleurs résultats que l'amputation de la cuisse; mais je suis d'avis qu'il faut la pratiquer lorsque le blessé offre des ressources suffisantes et qu'il y a des indications réelles. M. Le Fort et moi-même avons été témoins de guérisons dans des cas où l'amputation eût été impossible. La grande objection de M. Desprès repose sur l'existence de fistules; mais si l'on se basait sur ce fait, il faudrait proscrire presque tous les cas de résection indiqués. Le malade de M. Lannelongue est-il donc si mal-

(1) Fin. — Voir le numéro du 25 avril 1874.

(2) Desprès. *Rapport sur la désarticulation du genou. Bull. Soc. de chir.* 1873-1874.

(3) Le Fort. *Mémoire de la Société de chirurgie*, t. VI.

(4) Penières. *Résection du genou.* Thèse de Paris, 1869.

heureux? Sans doute il ne peut exercer la profession de facteur rural, mais une foule d'autres occupations lui sont permises; un de mes opérés guéris était laboureur, et un de ceux de M. Le Fort braconnait avec une persistance déplorable; un autre de mes malades a pu, après guérison, rejoindre le camp de Bordeaux et n'a été réformé que bien plus tard. Je considère donc le fait de M. Lannelongue comme extrêmement intéressant, surtout quand je songe aux mauvais résultats de l'amputation primitive dans les plaies par coups de feu.

M. LE FORT. Je m'associe pleinement à ce que vient de dire M. Verneuil. Je ne sais où M. Desprès a vu que les chirurgiens étrangers blâmaient la résection du genou à la suite des coups de feu. Dans quelques cas d'impossibilité absolue, on comprend l'abstention; mais ces cas sont fort rares. Un article de règlement observé dans l'armée allemande prescrit de ne pratiquer cette opération qu'en arrière des lignes, c'est donc une opération usuelle; Langenbeck en est très-partisan, et elle nous a donné en France d'assez bons résultats pour que nous partagions cette opinion.

M. PAULET. J'ai vu deux cas dans lesquels la résection du genou a été suivie d'un plein succès. J'ai conservé, il est vrai, mes malades peu de temps; mais lorsque je les ai perdus de vue, ils pouvaient être considérés comme guéris.

M. LARREY. Bien que je n'aime pas la résection du genou, il est des cas spéciaux dans lesquels son indication est formelle. Les faits statistiques peuvent du reste juger seuls cette question: et je rassemble depuis longtemps des matériaux dans ce sens. La pratique des Allemands citée par M. Le Fort a été précédée par celle de Percy, par celle de mon père, pour ce qui a trait aux résections du genou pratiquées en arrière des lignes. Quant à la valeur absolue de la résection, je crains qu'on ne prête à M. Desprès une opinion exagérée, et je pense qu'il ne la rejette pas d'une manière aussi absolue qu'on veut bien le dire.

M. PERRIN. Je crois aussi que l'opinion de M. Desprès est qu'il faut être réservé dans la pratique de la résection du genou. Sur ce terrain, je me rapproche beaucoup de sa manière de voir, et j'estime que, dans les conditions de la guerre, la résection du genou ne doit que très-rarement être choisie, et cela non-seulement à cause du préjudice que causent aux opérés des transports plus ou moins incommodes; mais encore et surtout à cause des fêlures qui se prolongent souvent fort loin, qui ne sont point appréciables au moment de l'opération, et qui sont extrêmement fréquentes à la suite des plaies causées par des projectiles aussi volumineux que ceux que l'on emploie. Je ne crois pas, pour ma part, le malade de M. Lannelongue guéri. L'os reséqué présente une fêlure qui dépassait de beaucoup le point de la résection, et l'on sait que l'ostéomyélite suit souvent l'opération de fort loin. Il est donc possible, probable même, que la guérison n'est pas complète, et bien que le fait cité par notre collègue soit encourageant, son malade est à surveiller. Relativement à ce qui a été dit à la translation des blessés en arrière des lignes, je pense qu'il faut absolument, lorsqu'on se détermine à la résection, la pratiquer dans la première journée; car, si l'on tarde, on entre dans la phase de suppuration, si fâcheuse pour le résultat de cette sorte d'opération. La résection doit donc être pratiquée le premier jour, ou, s'il est possible, très-longtemps après la blessure, du troisième au quatrième mois par exemple.

M. LE FORT. Je tiens à expliquer ce que j'ai dit relativement au transfert des blessés; j'ai voulu constater que, chez les Allemands, cet article du règlement impliquait, sinon la fréquence, au moins l'usage de cette opération; et cette translation ne veut pas dire que la résection se pratique tardivement, puisqu'elle demande une heure tout au plus.

M. LARREY. Je n'ai pas dit non plus qu'il fallût retarder la résection, mais bien qu'il fallait la différer jusqu'à la translation du blessé en lieu sûr. J'ajouterai qu'il arrive souvent de faire, sans s'en douter, de véritables résections, sinon de nom, au moins de fait, dans les plaies par coups de feu, lorsque l'on pratique l'extirpation immédiate d'esquilles et de fragments très-considérables. Cette dernière opération est d'une utilité incontestable et donne de très-beaux résultats.

M. DESPRÈS. M. Perrin a répondu à deux des principales objections qui m'ont été faites. Aussi ma réplique sera-t-elle très-courte.

Tout en restant convaincu que le malade de M. Lannelongue réclamera un jour l'amputation de la cuisse, je constate que, dans le travail statistique fait par M. Le Fort, la résection donne des résultats deux fois plus mauvais que l'amputation. Les chiffres de M. Chenu confirment ce fait, et, lorsqu'il y douze ans, la Société de chirurgie fut saisie de cette question, MM. Larrey, Giraldès et la plupart de ses membres décidèrent que la résection du genou, passable chez l'enfant, ne devait pas être proposée chez l'adulte. Je regrette que, dans la discussion, on n'ait pas tenu compte de la distinction qui existe entre la résection faite pour un simple écornement des cartilages, et la résection, pratiquée à la suite de bris, d'éclatement des condyles, et je me fais fort de prouver que ce sont les cas simples, lesquels auraient probablement guéri tout seuls, qui ont amélioré la statistique générale des résections du genou. Aussi, tout en considérant le fait de M. Lannelongue comme tout à fait exceptionnel, je fais mes réserves relativement à la nécrose qui s'est produite et que l'on reconnaît à l'énorme développement que l'os a pris. Dans deux ou trois ans, il y aura nécessité d'enlever le séquestre; et ces sortes d'opérations ne réussissent que bien rarement chez l'adulte. Dans de telles conditions, on ne peut dire que ce malade soit guéri, puisque je persiste à croire qu'il sera forcément amené à réclamer l'amputation. Cette opinion est, du reste, émise par M. Gosselin, et je fais, à ce propos, appel au témoignage de M. Tillaux, lorsqu'il déclare qu'en raison du temps énorme (deux ou trois ans) que nécessite la résection comme séjour à l'hôpital, l'amputation est bien préférable.

M. LE FORT. Si j'étais absolument forcé d'opter, je préférerais rester un an ou deux condamné au repos que d'être exposé à mourir d'une amputation.

Je voudrais que M. Desprès pût citer des faits relatifs aux érosions des cartilages de l'articulation du genou suivis de résection; car dans la guerre de la sécession et dans notre pratique même, la préoccupation constante des chirurgiens a été la suivante, quelle que fût la lésion: Y a-t-il lieu d'amputer ou de reséquer? Je n'admets guère, au point de vue de la statistique des succès et des revers, la distinction entre l'écornement pur et simple des surfaces et le bris ou l'éclatement des extrémités articulaires; ce serait, en traitant la question par l'absurde, avancer que la résection pratiquée sur un genou sain serait constamment suivie de succès, ce qui est faux; or les cas que nous avons observés avec M. Verneuil étaient bien des cas de bris et d'éclatement intra-articulaires.

M. LANNELONGUE. Je ne sais en vérité pas pourquoi l'on s'obstine à représenter mon malade comme mourant. Il marche, boit et mange parfaitement. Sa fistule est aujourd'hui complétement obturée. Je ne puis m'empêcher de le considérer comme guéri.

M. DEMARQUAY. J'ai fait, dans le siége, trois résections du genou. Sur les trois, je n'ai sauvé qu'un malade, auquel j'ai enlevé 14 c. de fémur.

Muni d'un appareil de Mathieu, il exerce son métier de servant de maçons; il monte facilement à l'échelle et fait bien son service. Aussi, bien que je ne sois pas absolument fixé sur la valeur des résections dans les plaies par coups de feu, serais-je tenté de les pratiquer avec immobilisation consécutive, surtout maintenant que nous avons à notre disposition la méthode d'Esmarch, laquelle dispense les malades déjà épuisés de toute perte de sang.

M. DESPRÈS. Je ne vois pas, vu l'absence complète de faits, l'intérêt qu'il pourrait y avoir à prolonger cette discussion. Qu'il me suffise de rappeler que les statistiques étrangères, celle de Chenu, les circulaires de Washington, etc., ne sont pas favorables à la résection dans les blessures de guerre, et la statistique de M. Demarquay (1/3), toute fâcheuse qu'elle paraisse, est encore passable relativement aux autres. M. Lannelongue affirme que son malade est guéri. Cette assertion eût aussi bien pu être émise il y a trois ans qu'aujourd'hui, sans avoir pour cela plus de base certaine, puisque les accidents qui sont à craindre chez son opéré peuvent se développer dans un temps fort long. Je propose, en terminant, de renvoyer aux archives l'observation qui fait l'objet de mon rapport.

La société décide que l'observation et le rapport seront adressés au comité de publication pour l'insertion au *Bulletin*.

COMMUNICATIONS

M. CRUVEILHIER fait la communication suivante :

Tétanos traumatique. — Traitement par les injections de chloral. (Voir le numéro du 28 avril 1874.)

M. LABBÉ fait la communication suivante :

Tétanos à marche suraiguë. — Marche ascendante rapide de la température. — Injection de chloral dans les veines. — Disparition des accidents tétaniques et abaissement de la température. — Retour des accidents tétaniques et élévation de la température. — Mort. — (Voir le numéro du 30 avril.)

DISCUSSION

M. DEMARQUAY. Il ne faut pas se dissimuler qu'il n'y a aucun espoir à fonder sur une méthode de traitement, quelle qu'elle soit, dans la forme du tétanos suraigu. Quant au procédé même de l'injection, il mérite considération, car j'ai été moi-même parfois assez embarrassé pour pénétrer sûrement dans la veine. M. Cruveilhier a été forcé de dénuder le vaisseau. Je ne saurais donner mon approbation à ce procédé, qui débute par créer un nouveau traumatisme. Voici comment j'agis pour ma part : Me fondant sur ce principe que le plus souvent le tétanos reconnaît pour cause le refroidissement lent ou brusque, le corps étant en sueur, j'établis, dans la chambre du malade, une température constante de 18 à 20 degrés ; de plus, au lieu des injections sous-dermiques, le plus souvent insuffisantes, j'enfonce mon aiguille dans les masses musculaires elles-mêmes, dans les masseters, par exemple ; le trismus cesse aussitôt, et il est alors facile de faire avaler au malade et des aliments, et des médicaments. D'autre part, si les douleurs se communiquent à la nuque, je n'hésite pas à enfoncer l'aiguille très-profondément dans les muscles de la partie postérieure du cou et à injecter de 10 à 15 centigrammes de morphine. Par cette méthode on obtient, comme avec le chloral, la sédation la plus complète; on assure la transpiration et l'alimentation; en un mot, on gagne du temps. Faisant, comme je le disais, la part des cas suraigus se terminant par la mort en quarante-huit heures, je déclare que j'ai été satisfait de ce moyen simple, susceptible d'être confié à une garde intelligente, et ne nécessitant pas l'opération délicate de l'ouverture d'une veine. Aussi ne me servirai-je du chloral que lorsque sa supériorité sur la morphine me sera absolument démontrée. Je demande donc que la société suspende son jugement sur cette question.

M. MARJOLIN. On se trouve tellement désarmé devant les cas très-graves de tétanos, que l'on doit s'applaudir de voir la thérapeutique se livrer à des recherches dans ce sens. Aussi lorsqu'on est dans une bonne voie serait-il important de n'en point dévier. On a voulu comparer, dans les expériences, le tétanos à l'empoisonnement par la strychnine; je crois que c'est partir d'un mauvais principe et que l'analogie n'existe pas. La méthode ancienne consistant dans les sudorifiques, les opiacés, etc., valait bien quelque chose, mais ne donnait certainement pas les résultats du chloral ingéré. C'est donc à ce dernier parti que je m'arrêterai, considérant comme dangereux au point de vue de la coagulation du sang, du phlegmon possible, l'injection médicamenteuse dans les veines.

M. CRUVEILHIER. M. Vulpian admet deux formes dans la terminaison fatale du tétanos; la forme convulsive et la forme caractérisée par l'épuisement nerveux. C'est dans la forme convulsive que le chloral peut réussir. Le cas de M. Oré est fort curieux à cause de la rapidité de la sédation des accidents. La physiologie a, du reste, démontré l'innocuité des injections veineuses.

M. LE FORT. Le résultat obtenu permet de tirer cette conclusion, toujours la même quand il s'agit de tétanos. On voit parfois guérir des tétaniques, on ne peut dire qu'on les guérit. J'ai vu calmer les accès à l'aide des courants continus ascendants ou descendants. Pour ma part, je ne puis considérer comme parfaite l'analogie entre le tétanos et l'intoxication strychnique ; d'autre part, je crois qu'il serait imprudent de fonder trop d'espoir sur un seul succès. Aussi, considérant les dangers certains de l'injection veineuse, n'hésiterai-je pas à lui préférer l'ingestion du chloral par l'estomac ou par le rectum.

COMMUNICATION

M. DEMARQUAY fait la communication suivante :

Enchondrôme de la parotide. — Dans une thèse remarquable sur les tumeurs de la parotide, Auguste Bérard avait établi que l'ablation de la parotide dégénérée entraînait toujours la paralysie de la face. Le fait que j'ai l'honneur de présenter et bien d'autres que je pourrais invoquer, démontrent ce fait, à savoir : l'impossibilité d'enlever une tumeur parotidienne volumineuse sans avoir une section du nerf facial.

Le nommé N..., âgé de quarante-cinq ans, entre dans mon service dans le courant du mois dernier, pour se faire enlever une tumeur volumineuse qu'il porte dans la région parotidienne gauche depuis quatorze ans. Depuis deux ans la tumeur a augmenté de volume, elle est le double de ce qu'elle était avant. Cette tumeur est dure et donne à la main qui la touche la sensation d'une masse cartilagineuse, elle présente, comme dimension, 12 centimètres de long et 7 centimètres de large. Elle est peu mobile sur les tissus sous-jacents, peu adhérente à la peau. On sent, à sa partie interne, de petits nodules, un peu moins durs que le tissu environnant.

Le 24 mars, la tumeur est enlevée, le malade étant chloroformé : deux incisions en croix, l'une verticale, l'autre horizontale, mettent la tumeur à nu; on reconnaît qu'elle est située immédiatement au-dessous des fascia superficiales, recouverte par du tissu parotidien en avant. C'est en vain que l'on cherche à éviter le nerf facial; il est en effet englobé dans la tumeur, pas de rapports immédiats avec la carotide externe, on jette une ligature en masse sur un pédicule qui retient la tumeur aux parties profondément placées. Pansement simple, peu de réaction, et tout marche très-bien.

Sur ce malade, j'ai voulu vérifier si le fait qui avait été avancé par Longet, il y a longtemps, était vrai pour l'homme comme pour les animaux. J'ai voulu, en un mot, savoir si les muscles de la face répondraient un temps assez long à l'excitation électrique, le nerf facial étant coupé ; or il résulte des expériences faites sous mes yeux par mon interne, M. Schwatz, que l'excitation électrique a persisté jusqu'au quatrième et cinquième jour, absolument comme l'avait observé Longet sur les animaux.

Examen de la tumeur. — Tumeur ovoïde à peu près, pesant 240 grammes, bouclée en certains points qui sont comme fluctuants.

Le nerf facial pénètre dans la tumeur.

Les diamètres sont de 12 centimètres en hauteur et 7 centimètres en largeur et épaisseur.

Sur une coupe faite par le milieu de la tumeur, on trouve un tissu grisâtre : en général çà et là quelques noyaux de cartilage plus ou moins grands; en d'autres points des cavités kystiques, renfermant un liquide gommeux.

Au microscope, la substance cartilagineuse présente des cellules ramifiées mises en évidence par la teinture d'iode, ainsi que de la matière glycogène.

La substance grise est formée de tissu connectif et de culs-de-sac glandulaires qui ont proliféré.

DISCUSSION

M. LARREY. Je demande à ajouter un mot à la relation de notre collègue. J'avais été consulté par le malade, ancien intendant militaire. Je lui avais dit que la parotide était peut-être intéressée, que l'opération nécessiterait probablement la section du nerf facial et que la paralysie en serait la conséquence. Ce ne fut qu'ensuite qu'il consulta Nélaton. Aussi demandé-je à être dégagé de l'allusion faite par M. Demarquay, relativement à certain nombre de chirurgiens. Je dois ajouter que mon père a pratiqué une ablation de tumeur parotidienne et cela sans lésion du nerf facial.

M. GUYON. La dissection imparfaite du nerf attenant à la pièce présentée par M. Demarquay ne présente, autant qu'on peut en juger qu'une branche du facial. Il faut, en outre, tenir compte de la nature

évidemment enchondromateuse de la tumeur; on sait que ces productions constituent des tumeurs juxtaposées à la glande; mais ne l'envahissant pas. Pour ma part j'en ai opéré trois. Une, entre autres, sur une jeune fille dont la tumeur repoussait fortement la glande; j'étais assez embarrassé lorsqu'en lisant ce qui avait été écrit sur la matière, je vis que souvent, dans ces sortes de cas, on peut obtenir l'énucléation. Aussi ai-je porté le bistouri directement sur la tumeur, en entamant son tissu propre avant de rien disséquer. En agissant de la sorte j'ai pu pratiquer l'énucléation sans toucher au nerf facial. Dans le cas présenté par notre collègue, bien qu'il n'y ait pas eu énucléation, je ne crois pas que le facial ait été sectionné. Il est, en effet, difficile d'admettre que ce nerf ait été coupé au niveau de l'apophyse styloïde, sans que la carotide ait été intéressée. Aussi m'appuyant sur les faits que j'ai observés et sur ce qu'on a écrit à ce sujet, me résumé-je ainsi : je ne crois pas à la section du tronc du facial, et je crois que l'enchondrôme n'a pas envahi la parotide, mais l'a seulement déprimée.

M. GAUJOT. En 1868, j'ai eu occasion d'énucléer un enchondrôme. Je n'ai ouvert aucun vaisseau; mais j'ai arraché le facial, et j'ai observé, par conséquent, une paralysie. Cela tendrait à prouver que le procédé de l'énucléation ne met point à l'abri de cet accident. Je dois dire, du reste, que, depuis 1860, l'état du malade s'est notablement amélioré. Les paupières se ferment mieux : il y a eu évidemment une substitution d'action nerveuse.

M. DEMARQUAY. Je répare une omission. Le microscope a parfaitement démontré dans la tumeur l'existence du cartilage. La paralysie faciale a été observée par moi dès que le malade est revenu à lui. Peut-être n'est-ce qu'une branche du facial qui a été coupée; au surplus, je dois dire qu'à la suite de l'extirpation de certaines tumeurs, d'un lipome sous-parotidien par exemple, extirpation suivie de la section du nerf facial; j'ai vu, au bout d'un certain temps, l'état des malades s'amender; mais cette amélioration se produisait toujours chez de jeunes sujets, jamais chez des vieillards comme le malade dont je présentais la pièce.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE

24 votants. — Majorité 13.

1er tour. —	M. Nicaise obtient	8 voix.
	M. Krishaber	7
	M. Terrier	5
	M. Perrier	3
	M. Anger	1
2e tour. —	M. Nicaise	13
	M. Krishaber	6
	M. Terrier	5

En conséquence M. Nicaise est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

ÉLECTION POUR L'HONORARIAT DE M. BOINET

A l'unanimité moins 1 voix M. Boinet est nommé membre honoraire.

La séance est levée à cinq heures quarante minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

Ministère de l'instruction publique.

Instruction pour l'exécution de divers règlements relatifs aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Monsieur le recteur, j'ai eu l'honneur de vous transmettre récemment :

1° Un exemplaire du règlement qui institue, dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, deux sessions d'examens par an, en avril et en septembre;

2° L'ampliation du décret qui détermine, pour ces mêmes établissements, le mode de recrutement des professeurs suppléants et des chefs des travaux anatomiques, ainsi que la durée de leurs fonctions;

Ces actes forment, avec le décret du 23 août dernier, relatif aux praticiens de second ordre qui désirent s'établir dans un autre département que celui pour lequel ils ont été d'abord reçus, un ensemble de mesures dont je crois devoir préciser le sens et la portée.

En facilitant le déplacement des officiers de santé et des pharmaciens de deuxième classe, le décret du 23 août n'a pas eu cependant pour premier objet l'avantage particulier de ces praticiens; il ne s'est pas proposé de leur offrir des occasions de fortune en leur permettant de chercher, dans une nouvelle résidence, une clientèle plus étendue que celle qu'ils délaissaient : le décret, s'est, avant tout, préoccupé des besoins sanitaires des petites localités et des campagnes, trop souvent dépourvues de tout secours médical et pharmaceutique. A cet égard, des plaintes anciennes et de jour en jour plus pressantes sollicitaient l'attention de l'administration.

Il était avéré que, dans plusieurs milliers de communes, les populations se trouvaient dans un complet abandon, et l'on tombait d'accord que cet état devait être attribué non-seulement à l'insuffisance du nombre des médecins et des officiers de santé, mais aussi à leur répartition trop inégale dans les départements. Mis en présence de ce double inconvénient, le ministre de l'instruction publique a dû rechercher les moyens d'y remédier; et l'impossibilité de susciter les vocations, de multiplier le nombre des médecins, étant démontrée, il ne lui restait plus qu'une voie à suivre : rendre le corps des officiers de santé plus mobile et obtenir ainsi, avec le temps, une distribution de ces praticiens plus conforme à l'intérêt public. Tel est le but du décret du 23 août 1873, qui n'est, du reste, qu'un essai de solution dans une matière très-délicate et trop complexe pour qu'il soit permis de répondre du résultat.

Il importe d'ajouter, monsieur le recteur, que, dans la discussion du projet de décret que j'avais eu l'honneur de lui soumettre, le conseil supérieur a expressément stipulé que les demandes de changements de résidence, formées par les officiers de santé et pharmaciens de 2e classe, ne pourraient être accueillies par le ministre qu'après une enquête approfondie sur la moralité du candidat et *sur les nécessités réelles des populations* au milieu desquelles ils exprimeraient le désir de se fixer.

L'institution d'une seconde session d'examen dans les écoles préparatoires assure aux élèves de ces établissements un précieux bénéfice, en réduisant d'un an à six mois les délais d'ajournement qui leur étaient précédemment imposés; il leur assure en même temps la faculté de scinder leurs épreuves dans les limites d'une seule année, et, par conséquent, de se préparer plus fortement à chacune d'elles. D'un autre côté, ce nouveau régime, par cela même qu'il apporte une amélioration marquée à la condition des candidats, autorise les jurys à se montrer plus exigeants dans les réceptions. Je crois devoir insister sur ce dernier point, mon intention ne pouvant être d'abandonner aucune des garanties qui intéressent la santé publique, mais bien plutôt de les fortifier.

Enfin j'appelle votre attention très-particulière sur le décret relatif aux concours pour les emplois de suppléants. Ces fonctionnaires ont pour mission de remplacer les professeurs empêchés, de compléter l'enseignement des titulaires par des cours ou des conférences, et de participer à la direction des exercices pratiques. C'est dans leur sein que les écoles recrutent habituellement leurs professeurs adjoints et titulaires. Il convenait donc, à tous égards, de les constituer sérieusement, et il a paru au conseil supérieur, dont le gouvernement a adopté l'avis, qu'il y avait tout avantage à substituer, pour les suppléants, le concours à la nomination directe, comme cela a lieu à l'égard des agrégés des facultés. D'autre part, on a porté à six ans la durée d'exercice qui n'était jusqu'ici que de trois années, et l'on a laissé au ministre le pouvoir de les maintenir en fonctions, si les besoins du service l'exigent. Vous voudrez donc bien, monsieur le recteur, examiner, de concert avec M. le directeur de chacune des écoles placées dans votre ressort académique, quels sont parmi les suppléants actuels dont la nomination remonte à plus de trois ans, ceux qu'il convient de remplacer et ceux qui peuvent être maintenus jusqu'à ce qu'ils aient complété les six années d'exercice prévues par le nouveau règlement.

J'attends vos propositions à ce sujet dans un bref délai.

Recevez, monsieur le recteur, etc.

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,

DE FOURTOU.

AVIS

M. le trésorier du congrès tenu à Paris, en 1870, pour l'étude de la variole et de la vaccine, a l'honneur d'informer ses confrères que les comptes relatifs aux publications de ce congrès seront définitivement arrêtés le 30 mai prochain, et que, passé cette date, aucune réclamation ne pourra être admise.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Nancy. — Le prix institué par M. Bénit portera la nom de *Prix de l'internat, fondé par M. le docteur Bénit.*

Ce prix, qui consistera en une médaille d'argent et une somme comprenant les intérêts annuels du capital légué, sera donné à la suite d'un concours qui s'ouvrira au mois d'août, et sera décerné à la rentrée solennelle des facultés. — Seront admis à concourir les internes et les aides de clinique.

Les épreuves du concours, au nombre de deux, consisteront : 1° dans la présentation d'une série d'observations de médecine, de chirurgie et d'accouchement; 2° dans l'examen de trois malades appartenant aux cliniques médicale, chirurgicale et d'accouchement, et dans le compte rendu, par écrit, du diagnostic de ces trois cas. (15 minutes seront accordées pour l'examen de chaque malade, et deux heures pour le compte rendu écrit.)

Le jury chargé de prononcer sur le mérite des épreuves se composera, comme celui des concours pour les prix institués par l'État, de cinq professeurs, dont feront nécessairement partie les professeurs de clinique. Le résultat du concours sera immédiatement transmis au ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts. Le rapport détaillé en sera adressé au plus tard le 31 août.

— M. Ritter, chef des travaux chimiques, est nommé directeur des laboratoires de chimie biologique et de clinique.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Jungfleisch, agrégé, est nommé directeur du laboratoire des thèses et chargé de la direction des exercices pratiques de première année.

M. Frémineau, docteur ès sciences et en médecine, pharmacien de première classe, est nommé chef du laboratoire de botanique pratique.

M. Jungfleisch, agrégé près l'école supérieure de pharmacie de Paris, directeur du laboratoire des thèses et chargé de la direction des exercices pratiques de première année à ladite école, est chargé de la surveillance des manipulations du troisième examen, en remplacement de M. Baudrimont.

— *École pratique des hautes études.* — M. Villot est chargé des fonctions de préparateur du laboratoire de zoologie expérimentale annexé à l'École pratique des hautes études (3e section), en remplacement de M. Giard.

— *Faculté de médecine.* — Le docteur A. Fournier, agrégé de la Faculté, commencera le cours complémentaire des maladies syphilitiques, à l'hôpital de Lourcine, le jeudi 7 mai, à neuf heures du matin, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

MM. les étudiants qui désireraient suivre ce cours sont priés de se munir de cartes spéciales au secrétariat de la faculté.

— *Hôpital Saint-Louis.* — M. le docteur E. Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau à l'hôpital Saint-Louis, le mardi 5 mai 1874, à huit heures et demie du matin et les continuera les lundis et mardis suivants à la même heure; les leçons habituelles des lundis resteront consacrées aux maladies des femmes.

— La Société de chirurgie tiendra sa prochaine séance le 6 mai 1874.

Ordre du jour : M. Krishaber. Recherches expérimentales sur les effets de la compression élastique. — M. Le Fort. Du traitement du tétanos par le chloral. — M. Ledentu. Rapport sur deux observations de tétanos traités par le chloral.

Erratum. — Page 396, 2e col., ligne 41. Au lieu de disposition *diabétique*, il faut lire : disposition *diathésique*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur les humeurs normales et morbides du corps de l'homme, professées à la faculté de médecine de Paris, par Charles Robin, membre de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie de médecine. — Deuxième édition, revue et augmentée. — Paris, 1874. — 1 vol. in-8° cartonné de XII-1008 pages avec 35 figures intercalées dans le texte. — 18 francs. — J.-B. Baillère et fils.

Traité d'hygiène militaire, par G. Morache, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé à l'école du Val-de-Grâce. — 1874. — Un gros vol. in-8° de X-1040 pages avec 175 figures intercalées dans le texte. —16 francs. Paris, J.-B. Baillière et fils.

De l'ulcération de la carotide interne dans la carie du rocher, par le docteur P. Marcé. — In-8°. — 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Documents pour servir à l'histoire des affections sympathiques de l'œil (Formes papillaires, étiologie, traitement), par M. le docteur H. N. Dransart, ancien interne des hôpitaux de Paris. — In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Coccoz.

Mort apparente et mort réelle. — *Artériotomie.* Moyen facile et certain de distinguer la mort apparente de la mort réelle et de rendre impossible les enterrements prématurés, par le docteur Veyne. — In-8°. — 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 52. — MARDI 5 MAI 1874. 47e ANNÉE. MARDI 5 MAI 1874. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL
DES SCIENCES MÉDICALES.

4e session. — *Bruxelles* 1875.

STATUTS ET PROGRAMME.

En exécution de la décision prise, le 6 septembre dernier, au congrès médical de Vienne, désignant la ville de Bruxelles comme siége de la prochaine réunion du *Congrès périodique international des sciences médicales*, un comité a été institué en vue d'en régler l'organisation. Ce comité, composé de :

MM. VLEMINCKX, président de l'Académie royale de médecine de Belgique, *président;* — DEROUBAIX, vice-président en exercice de l'Académie royale de médecine de Belgique, BELLEFROID et CROCQ, anciens vice-présidents de l'Académie royale de Belgique, *membres*; — WARLOMONT, membre titulaire, *secrétaire général;* — a arrêté comme suit les statuts et le programme de la réunion :

ARTICLE PREMIER. Un congrès médical international s'ouvrira à Bruxelles, le 19 septembre 1875, sous les auspices du gouvernement.

ART. 2. Le congrès, exclusivement scientifique, durera une semaine.

ART. 3. Le congrès se composera des membres du corps médical, nationaux et étrangers, qui auront envoyé leur adhésion à M. le secrétaire général. Ils ne seront tenus à aucune rétribution et auront seuls droit de prendre part aux discussions.

ART. 4. Les travaux du congrès se répartiront en cinq sections, savoir :

1re *section.* — *Médecine, chirurgie et accouchements.*

2e *section.* — *Chirurgie militaire* (service et matériel des ambulances).

3e *section.* — *Hygiène.*

4e *section.* — *Ophthalmologie.*

5e *section.* — *Pharmacologie.*

ART. 5. Au moment où ils retireront leur carte, MM. les membres se feront inscrire dans la section à laquelle ils désireront appartenir. Un même membre pourra se faire inscrire dans plusieurs sections. Les sections éliront, chacune, un président, deux vice-présidents et un secrétaire.

ART. 6. Le congrès se réunira deux fois par jour : le matin, de dix heures à une heure, pour les travaux des sections; l'après-midi, de une heure et demie à cinq, pour ceux de l'assemblée générale.

ART. 7. Des rapporteurs, désignés d'avance par le comité, feront aux sections l'exposé des questions qui leur auront été départies. Cet exposé se terminera par des conclusions provisoires, qui auront été livrées à la publicité plusieurs mois avant la réunion du congrès, et que les sections examineront dans l'ordre adopté par les rapports.

Ce travail terminé, elles pourront consacrer le temps qui leur restera à recevoir des communications ressortissant à la spécialité de chacune d'elles et étrangères au programme.

Les conclusions définitives votées par les sections seront ensuite soumises, par des rapporteurs élus par elles, à la sanction de l'assemblée générale.

ART. 8. Les séances de l'assemblée générale seront consacrées :

1° A la communication de travaux portant sur des questions en dehors du programme;

2° A la discussion des rapports — à mesure de leur présentation — et, le cas échéant, au vote du congrès sur les conclusions proposées par les sections.

ART. 9. Les membres qui désireront faire une communication sur un sujet étranger aux questions du programme, devront en donner connaissance à M. le secrétaire général, un mois au moins avant l'ouverture du congrès. Le comité décidera de l'opportunité des communications et de l'ordre suivant lequel elles seront faites.

Le temps consacré à chaque orateur sera limité à un maximum de vingt minutes. Cette disposition n'est pas applicable aux rapporteurs.

ART. 10. A la première séance, le congrès nommera son bureau, qui se composera d'un président, de deux vice-présidents effectifs, d'un nombre indéterminé de vice-présidents honoraires, d'un secrétaire général et de secrétaires des séances.

ART. 11. Tous les travaux lus au congrès seront déposés sur le bureau. Le comité d'organisation, qui reprendra ses fonctions après la session pour procéder à la publication des actes du congrès, décidera de l'insertion partielle ou totale, ou de la non-insertion de chacun d'eux, dans le compte rendu.

ART. 12. Bien que la langue française soit celle dans laquelle seront conduites les séances, les membres seront également admis à s'exprimer en d'autres langues. Dans ce cas, si le désir en est exprimé, le sens de leurs paroles sera traduit sommairement par l'un des membres présents à la réunion.

Art. 13. Le président dirige les séances et les débats, suivant le mode adopté dans les assemblées délibérantes en général. Il arrête les ordres du jour en se concertant avec le bureau.

Art. 14. Les élèves en médecine recevront des cartes d'entrée, mais ils ne pourront être admis à prendre la parole.

Le comité s'occupe du choix des questions à porter au programme. Il recevra avec reconnaissance, de quelque lieu ou de quelque part qu'elles puissent venir, les communications qui lui seront adressées à ce sujet, et en tiendra compte pour la constitution de son programme définitif, lequel sera publié dans les journaux de médecine au mois de janvier prochain avec les conclusions provisoires du comité. Des exemplaires en seront adressés aux membres qui en feront la demande.

Bruxelles, le 15 avril 1874.

Le secrétaire général (1), Warlomont. — *Le président*, Vleminckx.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Énorme abcès de la fosse iliaque gauche. — Drainage; ouverture consécutive dans l'S iliaque du colon. — Fistule stercoro-purulente. — Guérison temporaire. — Retour des accidents sous forme de fièvre hectique. — Essai de cure radicale trop tardif. — Amélioration, puis mort (2).

(Observation recueillie par M. Rogeau, interne du service.)

Marie T..., quarante et un ans, entra à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Vulpian, le 18 février 1873, d'où elle fut évacuée dans mon service quelques jours plus tard. Elle présentait, du côté gauche de l'abdomen, une tumeur fluctuante très-volumineuse occupant la fosse iliaque, la région lombaire et remontant jusqu'à l'hypocondre gauche. Cette tumeur était née quelque temps auparavant, sans cause appréciable, s'était accrue peu à peu, mais avait fait des progrès extrêmement rapides dans la dernière quinzaine ; elle déterminait des douleurs violentes dans la fosse iliaque, dans la région inguinale, avec irradiations à la cuisse sur tout le trajet des branches du nerf crural. La marche était impossible, et cependant la cuisse n'était pas fléchie d'une manière permanente sur le bassin. Pour M. Vulpian, comme pour moi-même, le point de départ de cette collection était inconnu ; il n'y avait aucun signe d'obstruction intestinale, point de troubles notables du côté de la sécrétion urinaire, et l'on pouvait croire, à cause des douleurs irradiant sur le trajet du nerf crural, qu'il s'agissait d'un abcès ossifluent à marche rapide parti du corps des vertèbres lombaires. L'état général était très-mauvais ; fièvre, soif, inappétence, insomnie, ballonnement du ventre, constipation, etc.

Je tins la malade en observation quelques jours pour tâcher d'arriver à un diagnostic plus précis; mais l'intensité des douleurs et des phénomènes généraux m'engagèrent à intervenir sans plus de retard. En conséquence, dans les derniers jours de juillet, je plongeai un trocart courbe volumineux en arrière, à distance égale à peu près de la crête iliaque et de la première côte, à deux travers de doigt du bord externe du muscle carré des lombes ; la contre-ponction fut faite en avant, à une petite distance du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen. Un drain volumineux fut passé par cette voie. Il s'écoula aussitôt une grande quantité d'un pus assez ténu mais bien lié, homogène, semblant provenir du tissu cellulaire, *et sans fétidité*. L'amélioration fut prompte ; au bout de deux jours le foyer était presque entièrement revenu sur lui-même et les douleurs avaient cessé. Comme d'habitude on fit dès le soir même des injections chlorurées abondantes et fréquemment répétées, pour prévenir l'altération du pus. La fièvre se dissipa peu à peu, et les fonctions digestives se rétablirent.

Au bout de deux ou trois jours, l'élève chargé du pansement m'avertit que le pus devenait fétide et semblait mélangé de matières stercorales. Pour vérifier cette assertion, on administra des lavements qui ressortirent par le foyer purulent, et des injections qui passaient évidemment dans l'intestin. La communication était donc certaine. Nous pûmes même soupçonner que l'ouverture intestinale répondait à la fin du colon descendant ou à l'S iliaque.

Cette complication néanmoins n'entrava pas trop le rétablissement; vers le 15 août, la malade avait repris de l'embonpoint ; peu à peu la quantité de matière fécale et de pus qui s'écoulait par le drain diminua ; il ne sortit bientôt plus qu'un peu de pus teinté d'une coloration brunâtre ; les lavements introduits par l'anus cessèrent de ressortir par la plaie et, le 6 septembre, on put retirer le drain.

Les jours suivants il n'y eut aucun accident; l'ouverture antérieure se ferma, la malade restant dans le décubitus dorsal ; mais il continua de s'écouler, par la plaie postérieure, un peu de pus, sans traces des lavements.

La malade, se sentant forte, demanda à se lever, ce qu'on lui permit de faire le 12 septembre ; quelques jours après, en essayant de marcher, elle en fut empêchée par une gêne douloureuse siégeant dans la fosse iliaque gauche ; cependant, à la palpation, on ne sentait rien qui ressemblât à une bride ou à un cordon fibreux dans cette région.

Le 24 septembre, il survint de la diarrhée et, par suite, un écoulement abondant de matière, avec issue de gaz, par l'orifice postérieur du trajet du drain, mais la cicatrice de l'orifice antérieur tint bon. On ordonna un julep avec du bismuth et quelques gouttes de laudanum; et le 30 la diarrhée cessa et, avec elle, l'issue des matières par la plaie lombaire.

Se trouvant améliorée, sinon guérie, et s'ennuyant à l'hôpital, la malade demande son exeat qui lui fut accordé le 26 octobre.

Elle rentra le 16 décembre dans un assez triste état, en nous racontant que, dès le lendemain de sa sortie, la communication avait paru se rétablir entre l'intestin et le foyer, à travers l'ouverture postérieure duquel une grande quantité de matières fécales ne tarde pas à s'écouler. Cependant l'ouverture se ferma spontanément, puis se rouvrit deux fois encore à trois semaines de distance. Privée de ressources ne pouvant recevoir les soins suffisants, cette pauvre femme rentra dans mon service, car depuis une semaine elle perdait, par l'orifice anormal, la presque totalité des matières et des gaz intestinaux.

Les douleurs avaient complétement disparu, mais la santé générale était profondément altérée; la maigreur était considérable, la peau était terreuse et sèche, l'anorexie complète, la diarrhée continue; tous les soirs le thermomètre dépassait 39 degrés ; il y avait la nuit des sueurs profuses.

La poitrine elle-même paraissait prise; jadis nous n'avions observé aucun phénomène de ce côté; mais aujourd'hui, il y avait de la toux et de l'expectoration purulente; on trouvait dans la fosse sous-épineuse droite et sous la clavicule du même côté de la submatité avec perte d'élasticité, et à l'auscultation des craquements nombreux et une diminution très-notable du murmure respiratoire. Le côté gauche présentait tous les mêmes signes, mais à un degré moins prononcé. Des deux ouvertures du drainage, l'une était fermée, l'autre au contraire, c'est-à-dire la postérieure, se présentait sous l'aspect d'un trou circulaire à bords décollés, du calibre d'une plume à écrire, livrant passage à un pus mélangé de gaz et d'une extrême fétidité. Les lavements et les injections dénotèrent, comme la première fois, la communication facile avec l'intestin.

Pour obtenir la détersion et la désinfection du foyer, on introduisit, par cette ouverture, un tube de caoutchouc pénétrant à plusieurs centimètres de profondeur et qui servait à pousser fréquemment des injections. Malheureusement, dès que le liquide employé : eau phéniquée, eau chlorurée, ou teinture d'iode, présentait un certain degré de concentration, il provoquait, en passant dans l'intestin, des coliques violentes qui ne permettaient pas d'en continuer longtemps l'u-

---

(1) Toutes les communications doivent être adressées à M. le docteur Warlomont, 132, rue Royale, à Bruxelles.

(2) Lu à la Société de chirurgie, séance du 15 avril 1874.

sage. Deux mois se passèrent ainsi, sans qu'une amélioration notable fut obtenu. Au contraire, les forces semblaient décliner de jour en jour, la fièvre hectique continuait, et les phénomènes s'aggravaient du côté du poumon.

J'étais peu disposé à intervenir, mais la malheureuse malade m'ayant supplié de tenter quelque chose pour son salut, je me pris à réfléchir, et je conçus le plan opératoire suivant : le foyer purulent exploré avec une sonde, puis par la palpation abdominale et enfin par les injections qui passaient rapidement dans l'intestin, ne me paraissait avoir qu'une ampleur assez limitée. Je soupçonnai donc que l'ouverture cutanée et l'ouverture intestinale ne devaient pas être très-distantes; que, par conséquent, en agrandissant suffisamment la première on pourrait peut-être découvrir la seconde ; qu'en tout cas un débridement suffisant de la paroi antérieure de l'abcès livrant facilement passage à son contenu diminuerait au moins les phénomènes d'hecticité dus à la stagnation du pus. En conséquence, la malade étant endormie, j'opérai de la façon suivante le 27 février.

Une sonde cannelée étant introduite dans l'orifice fistuleux servit à guider un bistouri à l'aide duquel je fis un débridement suffisant pour permettre l'introduction du doigt. Je reconnus alors au foyer les dimensions que je lui avais soupçonnées. Il était limité en bas par la fosse iliaque interne; en dehors par la paroi abdominale, à la circonférence par une rainure circulaire comprise entre cette paroi et le péritoine épaissi. L'écartement maximum était de 6 à 7 centimètres; le plus grand diamètre étendu d'avant en arrière, de 15 centimètres environ. Le même doigt, sans quitter le foyer, servit à conduire un trocart courbe qui perfora la paroi abdominale à 6 centimètres en avant de l'orifice, et à un travers de doigt environ de la crête iliaque pour éviter sûrement la circonflexe iliaque.

A travers la canule de ce trocart fut conduit un fil fort, après l'ablation de la canule une chaîne d'écraseur avec laquelle je sectionnai toute l'épaisseur de la paroi sans effusion de sang. Les lèvres de la plaie étant écartée, j'aperçus sans peine le fond du foyer, mais sans pouvoir distinguer la perforation de l'intestin; je n'y parvins pas mieux en poussant par l'anus une injection laiteuse : le liquide sortait à gros bouillons, mélangé de matières fécales, remplissait la cavité et marquait aussitôt l'aspect des parties. Comme j'avais débridé à peine la moitié postérieure de la poche purulente, et que celle-ci se prolongeait vers l'épine iliaque antéro supérieure, je renouvelai la manœuvre précédemment décrite avec le trocart et l'écraseur, et j'agrandis encore la section de la paroi abdominale dans l'étendue de 5 centimètres. Aussitôt il fut plus possible, à travers cette large brèche, et après avoir détergé avec une éponge toute la cavité, d'apercevoir distinctement l'orifice de l'intestin. Il avait 4 à 5 millimètres de large et se reconnaissait au bourrelet muqueux qui le tapissait et qui tranchait par sa couleur foncée sur la teinte plus pâle de la membrane pyogénique. Le foyer ainsi mis à nu fut exploré soigneusement avec une sonde de femme ; partout on atteignait ses limites, sauf en deux points répondant à la partie interne de la fosse iliaque, où la sonde s'enfonçait dans des culs-de-sac mesurant à peine 2 ou 3 centimètres de profondeur.

Je jugeai utile de modifier incontinent tout le champ opératoire ; c'est pourquoi je touchai successivement avec le fer rouge les surfaces de section faites à l'écraseur, la membrane pyogénique dans la plus grande partie de son étendue, et enfin l'orifice intestinal lui-même, dont je détruisis l'ourlet muqueux avec la pointe d'un petit cautère conique. L'opération avait fait perdre à peine quelques gouttes de sang, bien qu'ayant duré près d'une demi-heure ; la cavité fut remplie de boulettes de charpie attachées à un fil commun (pansement en cerf volant) et imbibées d'eau alcoolisée et le tout recouvert d'une compresse trempée dans le même liquide.

Les résultats de cette opération furent merveilleux, la fièvre hectique disparut en deux jours, ainsi que les sueurs nocturnes, l'appétit revint, la diarrhée elle-même cessa peu à peu, et des matières solides sortirent par l'anus normal. Le changement ne fut pas moins marqué du côté des poumons, la toux et l'expectoration diminuèrent et finirent par disparaître, les signes physiques de la tuberculisation s'amendèrent à ce point qu'au bout de quinze jours on ne constata plus qu'un peu d'expiration prolongée. La plaie, grâce aux pansements détersifs renouvelés plusieurs fois par jour, ne tarda pas à se débarrasser de ses escarres et à prendre un aspect satisfaisant, la membrane pyogénique fut partout remplacée par une couche de bourgeons charnus un peu pâles et mous, mais en somme de bonne apparence, et qui ne tardèrent pas à se retracter, de telle sorte que de jour en jour le vaste hiatus se rétrécissait davantage.

La perforation intestinale, parfaitement visible, se réduisait à son tour et l'occlusion spontanée se serait faite certainement si la cicatrisation du vaste entonnoir dont elle occupe le fonds avait pu s'achever; rien d'ailleurs n'eût été plus facile que de favoriser cette occlusion, soit par la cautérisation, soit par l'application de quelques points de suture.

Les choses marchèrent ainsi favorablement jusqu'au 20 mars, époque à laquelle la guérison semblait ne plus être qu'une affaire de temps; mais alors la scène changea : la diarrhée reparut et persista en dépit de tous les agents pharmaceutiques et de la viande crue prise en abondance; un symptôme nouveau contribua surtout à épuiser le malade. Dès le lendemain de l'opération on avait remarqué autour des malléoles du côté gauche un léger œdème qui, quelques jours plus tard, se montra également du côté droit. Peu à peu l'enflure gagna de bas en haut, de façon à envahir les jambes, puis les deux cuisses et jusqu'à la paroi abdominale et les parties génitales. Les téguments, luisants et distendus au minimum, semblaient devoir éclater d'un moment à l'autre, ce qui arriva d'ailleurs dans la nuit du 26 : la sérosité s'échappant par des fissures imperceptibles, inonda complétement le lit et continua à couler sans relâche pendant les jours suivants. Cette perte énorme et incessante épuisa rapidement le reste des forces; le 30 survint un frisson et apparurent sur la jambe gauche de larges plaques de gangrène; la malade tomba dans un état de stupeur et de demi-coma qui ne cessèrent qu'avec la mort, survenue dans la nuit du 2 avril.

Autopsie. — Maigreur extrême de la partie supérieure du corps, contrastant avec le développement énorme de la moitié sous-diaphragmatique, gangrène de la peau occupant toute la jambe gauche, point de phlébite des veines iliaques ni de leurs branches.

Rate grosse et diffluente. Foie volumineux, conservant l'impression du doigt, d'un jaune pâle et grisâtre se déchirant facilement, offrant d'ailleurs à la coupe et sur les surfaces déchirées l'aspect type du foie gras.

Reins. Un peu augmentés de volume, pâles, exsangues et graisseux comme le foie; le gauche est d'ailleurs tout à fait étranger à la formation de l'abcès.

Cœur. Anémie, mais sain, ce que d'ailleurs l'auscultation pendant la vie avait déjà démontré.

Poumons. Adhérences fortes et étendues aux deux sommets, surtout à droite. A la coupe on constate sur ces points quelques granulations tuberculeuses et même à droite une petite caverne capable de loger une aveline. Ni pneumonie, ni congestion autour de ces pointes malades où la tuberculisation semblait au moins stationnaire.

La cavité abdominale présente, au niveau de la fosse iliaque gauche, des traces de péritonite ancienne. La séreuse est épaissie et des brides solides et multiples rattachent entre eux le gros intestin, le bout du grand épiploon et les annexes de l'utérus, l'S iliaque n'est plus flottant mais solidement appliqué et comme soudé à la paroi abdominale.

Cet intestin, du reste cylindroïde et fortement revenu sur lui même, n'offre point d'induration ni de rétrécissement; en le fendant du côté de la cavité abdominale, on voit l'orifice interne de sa perforation qui répond à peu près à la partie moyenne de l'S iliaque et se trouve précisément à 25 centimètres de l'orifice anal. Cette perforation régulièrement arrondie, un peu infundibuliforme, est tapissée par la muqueuse qui va se réunir à la membrane granuleuse, la longueur du trajet muqueux mesure environ 7 à 8 millimètres. Nulle trace d'ulcérations dans le voisinage ni à la muqueuse rectale.

Il est facile de déterminer la position du foyer purulent, malgré le retrait qu'il a subi. Il siége maintenant entre la face superficielle du muscle iliaque et la face profonde du *fascia iliaca*, il ne dépasse point les limites naturelles de la fosse iliaque, mais arrive jusqu'au nerf crural, qui est intimement accolé à la paroi intime, et devait néanmoins être refoulé en dedans et distendu quand le foyer avait de grandes dimensions. Nulle part on ne constata de dénudation osseuse. Les diverticulums que l'on avait reconnus avec la sonde de

femme après l'ouverture étaient peu profonds et incapables de retenir le pus. En somme, si la cicatrisation avait continué comme dans les quinze premiers jours suivant l'opération, la guérison aurait été certainement complète (1).

L'insomnie provenait sans nul doute du mauvais état de la constitution et des altérations vésicales profondes qui existaient déjà lorsque je me suis décidé à intervenir. L'opération avait fait cesser le septicémie chronique et améliorer même d'une façon évidente et durable les lésions pulmonaires; mais les reins et le foie, atteint, déjà de stéatose irrémédiable, n'avait pas permis au sang de reprendre les qualités nécessaires à la nutrition générale et à l'accomplissement des actes réparateurs.

La diarrhée intestinale et la diarrhée séreuse dans le tissu conjonctif attestaient suffisamment ces mauvaises qualités du sang, elles ont entraîné conjointement des déperditions que n'ont pu contre-balancer une alimentation et une médication que tolérait difficilement, d'ailleurs, un tube digestif depuis longtemps malade.

Tous ces dangers, peut-être, auraient été conjurés, si je m'étais décidé à opérer plus tôt. C'est ce dernier point seulement que je voulais mettre en lumière.

A PROPOS

DE LA DISCUSSION ACADÉMIQUE SUR LA PHYSIOLOGIE DU CŒUR

par M. le docteur Durosiez.

L'Académie de médecine discute sur le cœur. Pouvez-vous m'accorder l'hospitalité d'une colonne ?

Je commencerai par l'oreillette, puisque c'est elle qui débute.

J'accepte donc la présystole, c'est dire que j'accepte le bruit présystolique du rétrécissement mitral ; mais je crois qu'on abuse de celui-ci, qui n'est pas aussi facile à percevoir qu'on le dit, et j'ai la conviction que souvent on appelle présystolique le roulement du second temps ; en effet, les médecins qui parlent le plus de bruit présystolique ne parlent jamais de roulement au second temps. Or l'existence de celui-ci est très-facile à démontrer. Sans doute, lorsque les mouvements du cœur se précipitent, lorsque le bruit est circulaire, il est difficile de séparer la présystole du second temps, mais lorsque le pouls se ralentit suffisamment, lorsque se produit une intermittence, on entend alors le bruit de roulement terminer la série des bruits, un silence absolu plus ou moins long régner, et les bruits reprendre non plus par un long roulement, mais bien par un bruit présystolique très-court, très-bref, qui demande pour être perçu une oreille très-exercée, ou par le claquement en général parcheminé ; ce bruit présystolique n'est rien à côté du bruit de roulement du second temps et ne peut être confondu avec lui.

Il n'est donc pas difficile de démontrer que le bruit de roulement peut exister au second temps ; mais quelle en est la fréquence ?

Je crois que là-dessus on ne s'entend guère.

Quelques médecins me semblent disposés à admettre que le bruit présystolique existe presque toujours, tandis que le bruit du second temps est beaucoup moins commun. Pour moi je dis que le bruit du second temps existe presque toujours, tandis que le bruit présystolique passe souvent inaperçu en raison de la connexion intime avec le bruit de la systole ventriculaire.

Le bruit présystolique est variable dans la forme ; tantôt c'est un claquement que l'on entend, produit par la tension de l'entonnoir du rétrécissement sous l'influence de la contraction de l'oreillette (et l'on a deux claquements au premier temps); tantôt c'est un souffle court, tantôt un roulement court.

J'ai pu même rencontrer le mouvement présystolique de la pointe, je sentais deux mouvements se précipitant l'un sur l'autre, l'un précédant immédiatement le pouls, l'autre synchrône avec le pouls.

Je crois qu'on serait plus disposé à admettre le bruit de roulement du second temps, si en même temps qu'on ausculte on palpait la carotide; on verrait que le claquement si fort dans le rétrécissement mitral coïncide avec le pouls, et que le roulement vient immédiatement après, donnant la forme suivante : *tac-roû*, tandis que sans cette précaution on entend *roût-tac*, et l'on est disposé à faire du *roût* un bruit présystolique par rapport au *tac*.

On peut encore, pour éviter l'erreur, ausculter d'abord la région sternale ; là on entend le premier claquement suivi du dédoublement du second claquement (signe attribué par notre maître, M. Bouillaud, au rétrécissement mitral), et se portant vers la gauche, on voit que le dédoublement est remplacé par le bruit de roulement, il est donc bien au second temps.

Enfin la main peut aider beaucoup à fixer le temps : le frémissement vient nettement après le choc cardiaque, et peut-être plus souvent que le roulement ne rejoint pas le premier claquement, le frémissement tendant à diminuer à mesure que le ventricule se remplit.

On s'est occupé aussi du mode d'occlusion des valvules auriculo-ventriculaires. M. Colin a cité le procédé qui consiste à plonger le cœur dans l'eau pour étudier le mécanisme des valvules et juger de leur insuffisance. Il y a bien longtemps que nous le mettons en usage ; bien des médecins nous l'ont vu pratiquer; nous n'oserions pas dire qu'il nous appartient, mais à coup sûr nous nous en sommes servi plus que personne.

Le jeu des valvules auriculo-ventriculaires doit se rapprocher, autant que possible, du jeu des sigmoïdes. De même que pour celles-ci, le sang doit écarter des parois les valves et les adosser l'une à l'autre ; mais, en raison de l'ampleur des ouvertures, il a fallu retenir les bords des valvules à l'aide des tendons. Les muscles papillaires sont destinés à porter les tendons dans l'axe de l'orifice. On a prétendu que ces muscles disparaissent dans la paroi au moment de la systole ; or je pense que ceux-ci, comme les autres, doivent diminuer de longueur du tiers ou du quart, et se gonfler dans les mêmes proportions, de manière à garder le même volume dans le ventricule. Les valves flottent dans le ventricule plein de sang jusqu'au moment où le ventricule, commençant à se contracter, les valves s'appliquent subitement l'une contre l'autre, faisant plus ou moins de saillie du côté de l'oreillette ou du ventricule. Le ventricule diminuant de longueur, les muscles papillaires, quoique raccourcis, sont restés à la même distance de l'orifice et ne tirent nullement les valves en bas. Le vide laissé par le sang doit être comblé par la rétraction du ventricule en même temps que par le gonflement des muscles papillaires.

En vérité, je ne comprends pas la nécessité de compliquer un mécanisme aussi simple. Croiriez-vous que Friedreich a écrit que c'est la systole de l'oreillette qui produit l'occlusion des valvules auriculo-ventriculaires? Comprenez-vous ce qu'il a fallu de raffinement pour arriver à un pareil paradoxe ?

Enfin la valvule claque comme le fait la voile du bateau ; ici c'est l'air qui s'engouffre, là c'est le sang.

Si vous pensez que ces réflexions puissent être de quelque

(1) La pièce a été montrée à la société, elle est déposée au musée Dupuytren.

intérêt, je profiterai de l'occasion pour remercier les chefs de service qui, différant d'opinion avec moi, m'offrent loyalement et généreusement des armes pour les combattre. Celui de nous qui succombera trouvera dans sa défaite de nouvelles forces pour de nouveaux progrès.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'HERPÈS TONSURANT CHEZ LES ANIMAUX (1)

Par le docteur Is. VINCENT.

Des faits énoncés dans ce travail, l'auteur se croit en droit d'affirmer : que le rat est réfractaire à l'herpès tonsurant, mais qu'il contracte le favus avec la plus grande facilité ; — que le chat peut contracter aussi bien l'herpès tonsurant que le favus; — que le chien contracte facilement l'herpès tonsurant, autant que le favus; — que le cheval et le bœuf sont très-aptes à la germination du tricophyton.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 octobre. — Présidence de M. LUNIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE

Trois numéros du *Bulletin de la société de tempérance*.

CORRESPONDANCE ÉCRITE

1° Un mémoire de M. Cazeau, sur les Eaux-Bonnes, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant. (Commission : MM. Delasiauve, Gillebert d'Hercourt ; Camuset, rapporteur.)

2° Une lettre de M. Benibarde qui demande à lire un mémoire à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire.

3° M. Reliquet présente un mémoire de M. Boissarie, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, sur le phlegmon péri-utérin. (Commission : MM. Ant. Martin, Duroziez; Gallard, rapporteur.)

LECTURE

M. A. DUBUC, ancien interne des hôpitaux, lit, à l'appui de sa candidature, un mémoire intitulé : *D'une variété de chancre syphilitique de l'homme; du chancre syphilitique multiple herpétiforme* dont voici le résumé (voir le numéro du 28 avril) :

Une commission composée de MM. Abadie, Peter, Aimé Martin, rapporteur, fera le rapport sur la candidature de M. Dubuc.

RAPPORT

Voici les conclusions du rapport de M. Aimé Martin :

Le chancre syphilitique herpétiforme ne constitue pas, à mes yeux, une véritable variété, une espèce morbide ayant sa symptomatologie spéciale. Tous les caractères décrits par M. Dubuc appartiennent en propre au chancre infectant, type qui, je le répète, est multiple au moins quatre fois sur cinq.

Cette question de principe établie, je ne puis que féliciter notre distingué confrère de l'intérêt clinique que présentent les observations si intéressantes qu'il nous a communiquées. Je n'ai, à ce point de vue, aucune réserve à faire.

Il est certain que le diagnostic du chancre infectant multiple, avec l'herpès, est fort difficile au début, et que de nombreuses erreurs sont commises, tous les jours, par des praticiens expérimentés qui ne soupçonnent la véritable nature des ulcérations que lorsque l'induration et l'adénopathie, qui ne se montrent généralement qu'au bout d'un certain temps, sont venues leur révéler la nature des lésions.

L'observation la plus minutieuse ne suffit pas pour mettre en garde contre ces erreurs, surtout si l'on n'a pas assisté au début immédiat de l'affection, car, dans ce cas, la constatation de la vésicule herpétique, qui disparaît si rapidement pour faire place à l'ulcération, suffit pour lever tous les doutes. La disposition polycyclique, signalée par M. Fournier, dans le groupement des ulcérations herpétiques, n'est pas tellement constante qu'elle puisse fournir une indication précise et absolue.

Restent les commémoratifs qui ne sont, en définitive, que des signes rationnels, et qui ne sauraient, à eux seuls, suffire à baser une conviction sérieuse.

Ce qui me paraît plus important que tout le reste, c'est l'étude de la surface des ulcérations qui, dans le chancre infectant, sont recouvertes d'une fausse membrane adhérente ; leurs bords sont d'un rouge foncé, elles saignent facilement, mais elles suppurent très-peu. Dans l'herpès, au contraire, il n'y a pas de fausse membrane, ou bien, s'il s'en produit, on peut l'enlever facilement ; le fond de l'ulcération est d'un rouge vif et la suppuration généralement assez abondante. En outre, et c'est là un point à signaler, les ulcérations du chancre infectant multiple, au début, sont indolentes, celles de l'herpès sont presque toujours le siége d'une douleur cuisante.

Je puis, à l'appui de ce que je viens de dire, citer des extraits des observations de M. Dubuc qui me paraissent confirmer pleinement mon opinion.

Dans la première observation je lis : « M. X..., âgé de vingt-quatre ans, vint me trouver pour me demander mon avis sur de nombreuses exulcérations qui s'étaient produites depuis quelques jours sur la face muqueuse du prépuce et le repli balano-préputial ; c'étaient de simples desquamations épithéliales à peine douloureuses. »

Dans la troisième observation, « les ulcérations saignent avec la plus grande facilité quand on y touche; *elles n'occasionnent qu'un peu de cuisson* ».

Dans la quatrième observation, « tous ceux des boutons qui sont ulcérés, et c'est le plus grand nombre, présentent ce caractère de l'être très-superficiellement; l'épithélium seul manque à leur niveau, leur surface, peu suintante, est rouge ou recouverte *comme d'un léger voile jaune grisâtre.* »

Dans la cinquième observation, « M. X..., le 5 octobre 1871, avait sur le gland, le prépuce et la rainure balano-préputiale, sept érosions très-superficielles, de forme arrondie, d'aspect gris jaunâtre, *peu sécrétantes*, sans auréole inflammatoire, *très-peu douloureuses*. Le 16 octobre, leur surface est voilée *comme d'une mince couche grisâtre*, elles sont devenues facilement saignantes. »

Dans la deuxième observation, l'induration et l'adénopathie s'étaient déjà montrées lorsque M. Dubuc vit le malade; quant à la sixième et dernière, elle me paraît beaucoup moins concluante que les premières ; le malade a eu diverses lésions et, selon toute apparence, un chancre mixte.

Restent donc les quatre observations dont j'ai cité des extraits ; vous voyez que, dans ces quatre cas, on retrouve au moins quelques uns des principaux caractères que j'ai assignés au chancre infectant pour le différencier de l'herpès, c'est-à-dire ulcérations indolentes saignant facilement, suppurant peu, recouvertes d'une fausse membrane et dont les bords sont d'un rouge foncé.

Ce sont là les vrais signes pathognomoniques du chancre infectant au début, avant que l'induration ou l'adénopathie aient apparu ; il est certain qu'ils ne sont pas tellement tranchés qu'ils puissent permettre un diagnostic à coup sûr, et, dans nombre de cas, le praticien expérimenté hésitera à se prononcer au début, et il agira sagement; mais, je le répète, c'est encore dans les signes que j'ai signalés qu'on trouvera les meilleurs éléments d'un diagnostic sérieux. Pour me résumer, lorsqu'on sera en présence d'ulcérations multiples des organes génitaux, et qu'on hésitera entre l'herpès et le chancre infectant, ce sera, surtout, la surface des ulcérations qu'on devra étudier ; c'est elle qui fournira les meilleures indications sur la nature des lésions.

Je ne puis que féliciter M. Dubuc sur la façon vraiment remarquable dont il a étudié la question qu'il vous a soumise et sur le

(1) In-8. — Prix, 1 fr. 50. — Paris. Adrien Delahaye.

choix de la question elle-même. Si je ne partage pas absolument sa manière de voir sur la détermination nosologique applicable à l'accident qu'il a décrit, je suis, en revanche, complétement d'accord avec lui, pour tout ce qui concerne la clinique et les difficultés que présente le diagnostic du chancre infectant multiple, à son début.

A ce double point de vue, son mémoire sera lu avec le plus grand intérêt par tous les médecins qu'il met en garde contre une difficulté qui se présente souvent dans la pratique.

J'ajouterai que M. Dubuc, ancien interne des hôpitaux de Paris, rédacteur d'une partie importante des cliniques de M. Bazin, a, en dehors de l'excellent mémoire qu'il nous a présenté, tous les titres pour être favorablement accueilli par la société de médecine de Paris, qui sera heureuse, je l'espère, de le compter parmi ses membres.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel : Dr Reliquet.

Séance du 8 novembre 1874. — Présidence de M. Lunier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE ÉCRITE

Une lettre de M. Gimbert de Cannes, qui présente, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, un mémoire intitulé : *Étude sur les plantations d'*Eucalyptus globulus *dans les pays fiévreux et sur le traitement des accidents intermittents par ce végétal.* (Commission composée de MM. Charrier, Perrin, Peter, rapporteur.)

LECTURE

M. Benibarde lit, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire le mémoire suivant :

Quelques considérations sur le goître exophthalmique. — Quelques auteurs ont considéré le goître exophthalmique comme une névrose cardiaque. Ce classement est peut-être prématuré, et, pour des raisons que nous allons invoquer tout à l'heure, il semble préférable, du moins quant à présent, de placer la maladie de Graves à côté de l'état nerveux et de la chlorose dans la classe des névroses générales et spécialement dans la section des névroses du nerf ganglionnaire.

Le goître exophthalmique, qui est une affection relativement rare, et sur laquelle la science est encore loin d'avoir dit son dernier mot, se rencontre cependant assez souvent dans les établissements hydrothérapiques. Sa fréquence relative, dans ces établissements, s'explique tout naturellement par les bons effets que, presque seuls, l'hydrothérapie a produits sur cette étrange maladie.

Nous ne nous arrêterons pas sur les divers noms donnés successivement à cette affection, pour laquelle Trousseau a revendiqué le nom de *maladie de Graves*. Sans insister sur ce point, qu'il nous suffise de rappeler que les noms de *goître exophthalmique*, *cachexie exophthalmique*, *maladie de Basedow*, *maladie de Graves*, *dyscrasie exophthalmique*, *exopthalmos cachectique*, etc., s'appliquaient à une seule et même maladie.

Les premières observations qui ont été publiées en France sur le goître exophthalmique ne datent guère que d'une quinzaine d'années. Depuis cette époque, quelques travaux nombreux, relativement à la rareté de l'affection, ont été publiés sur ce sujet; ils renferment tous une description symptomatique à peu près conforme.

Au premier examen d'un malade atteint de goître exophthalmique, trois phénomènes principaux frappent tout d'abord l'attention ; ce sont : les palpitations, l'exophthalmie et l'hypertrophie de la glande thyroïde.

M. Jaccoud, dans son traité de pathologie interne, indique un quatrième phénomène comme complétant la caractéristique de cette maladie, c'est la dilatation des vaisseaux artériels. Mais, de tous ces symptômes, ce sont les palpitations du cœur qui attirent tout d'abord l'attention du médecin et du malade lui-même. En effet, selon la remarque de Trousseau, les malades atteints de cette affection vont consulter le médecin pour des palpitations de cœur. Mais le plus souvent, un examen attentif du cou et des yeux permet de découvrir des signes qui ne laissent aucun doute sur la nature de la maladie.

Pourtant ces phénomènes, si importants au point de vue du diagnostic, n'apparaissent pas toujours au début de la maladie; quelques-uns même ne se manifestent jamais ; le diagnostic est alors difficile et, selon l'expression de Trousseau, la maladie est *fruste*.

Les seuls symptômes que les auteurs reconnaissent comme absolument constants sont les palpitations et la dilatation des vaisseaux artériels. Ce sont aussi les premiers qui se présentent, ce qui semblerait indiquer, comme le fait remarquer M. Jaccoud, que l'exophthalmie et la tuméfaction du corps thyroïde ne sont que les effets de ces premiers phénomènes.

Les auteurs sont à peu près unanimes à reconnaître que l'exophthalmie et le goître constituent, avec les battements accélérés du cœur, ce que Trousseau a appelé la triade symptomatique de la maladie de Graves.

C'est donc par les palpitations que commence cette singulière affection ; elles produisent à la longue une dilatation vasculaire qui se manifeste surtout dans les artères thyroïdiennes et ophthalmiques, et qui détermine à la fois le goître et l'exophthalmie.

Tel est, d'après la plupart des auteurs, l'enchaînement des phénomènes qui caractérisent la maladie de Graves.

Tous les auteurs sont d'accord à reconnaître que les palpitations sont le résultat d'une névrose du cœur ; mais il existe entre eux une certaine divergence dans l'appréciation des causes qui les produisent. Les uns, s'appuyant sur les recherches anatomiques de Henri Muller et les belles expériences de Claude Bernard sur la section et l'irritation du nerf sympathique, croient trouver l'origine de ces phénomènes dans une excitation de ce nerf.

D'autres, au contraire, comme Frédérich, G. Sée et Jaccoud considèrent la paralysie des nerfs vaso-moteurs cardiaques et cervicaux comme la condition pathogénique de ces phénomènes.

Quoi qu'il en soit, la maladie de Graves a été considérée, dans les deux camps, comme une névrose *cardiaque*. Nous, nous ne sommes pas disposés à accepter cette interprétation, car il peut arriver que les palpitations fassent défaut ou n'apparaissent qu'après les autres phénomènes.

Nous avons notamment observé deux faits qui motivent notre doute et qui nous autorisent à penser que le goître exophthalmique ne peut, du moins dans tous les cas, être considéré comme une névrose du cœur. *(A suivre.)*

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

66. Tartière. Considérations sur la paralysie atrophique aiguë de l'enfance (Symptômes. Lésions anatomiques).

67. Ossian-Bonnet. Du diagnostic dans quelques cas de cancer de l'estomac.

68. Cassan. Études sur un cas de diabète sucré.

69. Orhond. Quelques considérations sur l'hydrocèle de la tunique vaginale, spécialement sur la translucidité complète de la tumeur dans certaines circonstances.

70. Hébert. Des chlorures dans les urines, leurs différentes modifications dans quelques maladies du poumon (phthisie, pneumonie, pleurésie).

71. Gros-Fillay. Des indications et des contre-indications dans le traitement des kystes de l'ovaire.

72. Roux. De la grossesse extra-utérine ; essai de diagnostic.

73. Simbat. Considérations sur l'emploi du chlorure de zinc dans le traitement des fistules.

74. Bouchage. Étude sur les symptômes du tubercule sous-cutané douloureux.

75. Frémond. Du flux intestinal dans le cours des affections séniles cardiaques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de médecine.* — La première épreuve est terminée ; sont admis à la deuxième épreuve, avec les points suivants :

MM. Gérin Roze, 19. — D'Heilly, Dieulafoy, Liouville, 18. — Grancher, Gouguenheim, Hemey, Leroux, Laborde, 17. — Rathery, 16 1/2. — Gingeot, Hallopeau, Lépine, Rendu, Tenesson, 16. — Landrieux, Desplats, 15. — Ruck, Labadie, Strauss, 14.

— Par arrêtés ministériels sont nommés :

1° Officiers de l'instruction, MM. de Labordette, chirurgien en chef de l'hôpital de Lisieux, et Quesnoy, médecin en chef de l'hôtel des Invalides ;

2° Officier d'académie, M. le docteur Latteux d'Espagne.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Guillaud, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de géologie (emploi nouveau).

M. Mallet, bachelier ès sciences, est nommé préparateur d'histoire naturelle.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. Wohlgemuth, pourvu du brevet supérieur, est nommé préparateur de géologie, minéralogie et botanique.

— M. le docteur Guichard est nommé médecin adjoint du lycée d'Angers.

— Un concours, pour un emploi de professeur suppléant des chaires de chimie et de pharmacie, s'ouvrira le 15 novembre prochain près les écoles de médecine et de pharmacie d'Angers et de Toulouse.

Tout candidat à l'emploi de suppléant dans la section de chimie et de pharmacie doit être Français ou naturalisé Français, avoir vingt-cinq ans accomplis et produire le diplôme soit de docteur en médecine, soit de licencié ès sciences, soit de pharmacien de première classe.

Le programme du concours est déterminé comme il suit :

Épreuve écrite. — Une question de chimie avec application à la pharmacie.

Épreuves orales. — Une leçon, après trois heures de préparation, sur une question de pharmacie. — Une leçon, après vingt-quatre heures de préparation, sur une question de chimie médicale.

— Un docteur, exerçant dans un chef-lieu d'arrondissement, désire céder sa clientèle. (Rapport annuel justifié : 6 à 7,000 francs.) — S'adresser à M. Granger, propriétaire, rue du Mans, 91, à Alençon (Orne).

— Clientèle à céder au centre de Paris (installation comprise). — S'adresser au bureau du journal.

— Clientèle à céder dans un chef-lieu de canton très-riche et très-populeux. Rapport annuel de 6,000 à 8,000 francs. S'adresser au bureau du journal.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude	1.480	5 800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0 900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1 100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.................. 1.33

Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » — sesqui-oxyde de fer; — de chaux; Chlorure de sodium; Matières organiques 0. 44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

GRANULES ANTIMONIAUX

Antimonio-ferreux
et antimonio-ferreux au bismuth
Du DOCTEUR PAPILLAUD

Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris dans ses séances des 8, 15, 22 *novembre et* 6 *décembre* 1870.

Nouvelle médication à base d'arséniate d'antimoine.

Granules antimoniaux contre les maladies du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Granules antimonio-ferreux contre l'anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les maladies scrofuleuses.

Granules antimonio-ferreux au bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (dispepsies, etc.).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure) et dans toutes les pharmacies en France et à l'étranger. A Paris, aux pharmacies : 141, rue Montmartre; 86, rue du Bac; 1, rue des Tournelles; 1, rue Bourdaloue.

Dragées Chantrel **au bromure de potassium,** *chimiquement pur (sans trace d'iode).*

Traitement des Névroses en général, Chorée, Hystérie, Épilepsies, Migraines, etc., etc.

Vente en gros chez Desnoix et Cᵉ, rue du Temple, 22, Paris. Au détail dans toutes les pharmacies.

CONTRÉXEVILLE

(SOURCE DU PAVILLON)

CONTRE LA GRAVELLE, LA GOUTTE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT
DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

Dépôt central : 23, r. de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

SALINS (Jura)

Salines fortes Eaux-mères Sels d'eaux-mères
Anémie, lymphatisme, rachitisme, stérilité ;
Même propriété que les eaux de Kreuznach.
Ouverture 1er juin. — Dépôt des *Sels d'eaux-mères* à la Cie de Vichy et principales pharmacies.

Granules arsenicaux de Challonneau
Chevalier de la Légion d'honneur.
Pharm., 143, *ancien* 229, *rue St-Denis, à Paris.*

Exactement dosés à 1 milligr. et préparés avec les arséniates de **soude,** de **potasse,** de **fer, d'ammoniaque, d'antimoine,** et avec l'**acide arsénieux.** — *Exiger mon cachet et ma signature.*

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

DIGITALINE CRISTALLISÉE

PRINCIPE PUR, DÉFINI DE LA DIGITALE

Découvert par A. NATIVELLE, Pharmacien

Prix Orfila de 6,000 francs

Décerné par l'ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 19 mars 1872

La Digitaline cristallisée possède une action régulière incomparablement supérieure à la Digitaline amorphe du *Codex.* Elle se prescrit en *Granules* et en *Sirop.* Chaque granule contient un quart de milligramme de digitaline cristallisée : « Un ou deux granules administrés pendant deux, trois, quatre « ou cinq jours produisent une action marquée sur la circulation : les battements du cœur deviennent « plus lents, plus réguliers, plus énergiques. » (*Rapport de l'Académie de médecine.*).

Un granule de digitaline cristallisée agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe.

Chaque flacon de *Sirop* porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. Ce sirop donné à doses fractionnées, est le plus sûr diurétique. — Dans toutes les pharmacies.

DÉTAIL : rue Coquillière, 25. — GROS : rue de la Perle, 11.

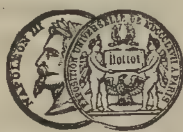
ÉLIXIR & VIN DE COCA DE J. BAIN INVENTEUR

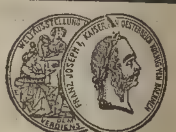
Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées.— Convient merveilleusement, en raison de ses *propriétés alibiles,* là où le quinquina est impuissant.
Dépôt pharmacie E. Fournier et Cie, 56, rue d'Anjou.

PILULES HÉMATIQUES DUROY

(Extrait complet du sang frais de bœuf)

TOUS LES MATÉRIAUX DE L'ORGANISME. — RECONSTITUANT GÉNÉRAL.
Dose moyenne : 4 pilules par jour. — 4 francs le flacon de 100 pilules dragéifiées inaltérables.
J. L. P. DUROY, Lauréat de l'Institut, 10, rue du Faubourg-Montmartre, Paris.



PEPSINE BOUDAULT

SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, successeur de BOUDAULT, 24, rue des Lombards, a Paris.

PILULES DE LOUVARD

AU FER *PUR* INALTÉRABLE ET A L'ABSINTHE

De toutes les préparations ferrugineuses, elle est la plus efficace et celle dont l'action est la plus rapide dans la chlorose et l'anémie. Quels que soient les désordres de l'estomac, elle est toujours bien tolérée, et, sous son influence, les fonctions digestives sont rétablies en quelques jours.
Pharmacie **LOUVARD,** rue Royale, 60, à **Versailles.**
Vente au détail, pharm. Guinhabert, 108, r. de Grenelle-Saint-Germain, Paris et dans les principales pharmacies.

CAPSULES ET SACCHARURE A L'EXTRAIT ALCOOL. ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE

LES CAPSULES s'emploient avec succès contre : **Angines diphthéritiques, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;** le SACCHARURE contre le **Croup.**
La Pharm. DELPECH, rue du Bac, 23, Paris, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS

N° 53. — JEUDI 7 MAI 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 7 MAI 1874. — N° 53.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La physiologie du cœur a encore fait tous les frais de cette séance. En assistant depuis plusieurs semaines à ce feu croisé d'affirmations et de dénégations, d'opinions qui se contredisent, d'expériences qui se neutralisent, à propos d'un point de fait qui semblerait n'avoir besoin que d'avoir été une fois bien constaté pour qu'il n'y eût plus à le remettre en question, nous nous serions volontiers demandé un instant, comme ce personnage de comédie bien connu, en présence d'une inextricable intrigue : Qui diable est-ce que l'on trompe ici ? Mais l'inadmissibilité d'un pareil soupçon vis-à-vis d'hommes aussi graves que des membres de l'Académie, a refoulé bien loin cette pensée. Certainement on ne trompe personne, mais il y a quelqu'un qui se trompe, quelqu'un qui a mal vu ou qui interprète à faux ce que lui-même ou ce que d'autres ont vu. Quel est celui des contradicteurs qui se trompe? qui se chargera de dissiper le malentendu qui s'est introduit dans cette question? De nouvelles expériences, dira-t-on. C'est ce qu'a très-sagement proposé M. Reynal qui, en sa qualité de directeur de l'école d'Alfort, est à peu près seul à même de fournir à l'Académie les moyens de les faire convenablement. Mais qui prendra l'initiative des nouvelles expériences à faire? Qui en arrêtera le programme? M. Colin? c'est sans doute son droit et son rôle naturel ; c'est d'ailleurs à lui que M. Reynal en a fait la proposition. Mais M. Bouillaud acceptera-t-il son procédé *à fenêtre ?* Sera-ce M. Marey ? Mais M. Colin acceptera-t-il ses instruments de caoutchouc, qui lui inspirent si peu de confiance ? On a proposé une commission. Cette motion a été repoussée avec raison. Les précédents sont peu faits pour encourager à rentrer dans cette voie. Une commission officielle, si impartiale et si bienveillante même qu'on la suppose — et nous ne doutons pas qu'elle n'eût réuni ces deux conditions — une commission officielle a toujours un certain caractère de contrôle difficilement admis entre collègues. Ce ne sont pas des juges, mais des témoins que l'expérimentateur a le droit de demander. Mais, d'un autre côté, ces témoins ne devront pas être entièrement passifs ; il faudra bien qu'il y ait des conditions stipulées d'avance, des points convenus à éclaircir, un programme débattu et arrêté avant de procéder aux expériences. Ce sera affaire à convenir entre M. Colin et ceux de ses collègues qui seront désireux de s'éclairer et d'éclairer à leur tour l'Académie et le public savant sur les points litigieux ou obscurs de la question débattue.

En attendant, car c'est là tout ce que nous tenions à dire sur l'incident quelque peu orageux qui a occupé une grande partie de cette séance, signalons à nos lecteurs la nouvelle communication de M. Colin, toujours sur le même sujet, et les faits intéressants que M. Vulpian a exposés à cette occasion à l'Académie, et qu'ils trouveront au compte rendu. Dr BROCHIN.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY

Ulcération de la carotide interne consécutive à une névrose du maxillaire inférieur.

(Observation recueillie par M. Ed. SCHWARTZ, interne des hôpitaux.)

Le nommé François M..., âgé de soixante et un ans, entre le 8 février 1874, dans le service du docteur Demarquay pour se faire enlever une tumeur de la région rétromaxillaire.

Comme antécédents, ce malade ne présente aucune affection héréditaire, syphilis, scrofule, cancer. Il n'a jamais fait de maladies graves, pas d'excès alcooliques. Toutefois il accuse qu'il a toujours beaucoup souffert des dents, surtout du côté droit, et notamment il y a six mois. C'est de cette époque aussi, que date l'apparition de sa tumeur. Il éprouva à ce moment de fortes douleurs névralgiques dans la mâchoire inférieure ; en même temps apparut au niveau de l'angle de la mâchoire, une petite tuméfaction molle et fluctuante. Depuis le 1er novembre 1873, la tumeur est devenue de plus en plus volumineuse, ce qui a poussé le malade à aller consulter un médecin. Il y a deux mois, le docteur Abeille lui ponctionna deux fois la tumeur, et en retira, au dire de F. M..., deux demi-verres d'un liquide jaunâtre, couleur café au lait. On lui fit deux nouvelles ponctions quinze jours plus tard.

Il y a un mois environ, pendant la nuit, la tumeur s'ouvrit dans la bouche, et le malade rendit une grande quantité de pus semblable à celui retiré par les ponctions. Depuis la tumeur a beaucoup diminué, mais la suppuration qui est d'une horrible fétidité, a persisté et sort continuellement par la bouche, ce qui a décidé le malade à venir trouver M. Demarquay. La suppuration était si abondante que F. M... craignait d'étouffer s'il se livrait au sommeil. Il éprouvait de plus, dans toute la moitié droite de la mâchoire et dans le front, des douleurs très-violentes.

État actuel. — Le malade, d'une forte constitution, est beaucoup amaigri sans présenter le teint d'une cachexie diathésique. Il porte, au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure, une tumeur qui se confond insensiblement avec les régions voisines, sus-hyoïdienne, sterno-mastoïdienne, parotidienne, sans former de saillie notable.

C'est plutôt une tuméfaction générale de toutes ces régions, dont le maximum serait au niveau de l'angle du maxillaire. Ni rougeur, ni chaleur de la peau, qui glisse sur les tissus profonds ; fluctuation au niveau du centre de la tumeur sentie assez difficilement, pas de crépitation parcheminée, pas de frémissement, ni souffle, ni battements. Points très-douloureux au niveau de l'angle de la mâchoire et du bord antérieur du masséter ; le reste de la tumeur est douloureux aussi au toucher, mais beaucoup moins.

Le malade répand une odeur d'une fétidité insupportable, due au pus qui s'écoule incessamment de la bouche et à l'haleine; la suppuration est brun verdâtre, très-abondante, ne contient pas de fragments osseux ; en faisant ouvrir la bouche, M. Demarquay constate une carie des deux premières grosses molaires droites, et voit du pus sourdre au niveau de la deuxième grosse molaire, dans le vestibule de la bouche. Notre maître sent en même temps le maxillaire inférieur dénudé et nécrosé, ce que nous percevons après lui sans difficulté ; un orifice qui reçoit facilement une sonde cannelée donne issue au pus, il est formé en partie par de l'os rugueux non mobile, en partie par la muqueuse buccale et les gencives ; la sonde s'enfonce de près de 5 centimètres dans le foyer, sans rencontrer de parties rugueuses et dures au fond et sur les parois de l'abcès. M. Demarquay introduit le doigt au niveau de la fistule et en agrandit l'orifice pour donner au pus un plus libre écoulement.

Diagnostic. — Abcès avec nécrose d'une portion du maxillaire inférieur, suite probable de la carie dentaire.

En attendant qu'on puisse extraire le sequestre, par une incision pratiquée dans la bouche, on prescrit des gargarismes fréquents avec une solution très-étendue de permanganate de potasse, 4 degrés ; 250 grammes de vin de Bordeaux.

Les jours suivants, le malade se plaint de fortes douleurs au niveau de la région sus-orbitaire et à la tempe, revenant par accès ; pas de points douloureux à ce niveau ; point douloureux persistant toujours au niveau du bord antérieur du masseter.

Le pus, malgré les gargarismes, est d'une odeur insupportable, conserve sa couleur brun verdâtre, et ne change pas de quantité. Le malade mange peu, éprouve de fortes douleurs de tête qui l'empêchent de dormir.

17 février. — F. M... nous fait remarquer qu'il ne sent plus le contact au niveau de la lèvre inférieure du côté droit et de la sortie du nerf mentonnier par le trou de ce nom ; on peut, en effet, piquer le malade très-profondément à ce niveau sans qu'il accuse aucune sensation douloureuse ; la moitié gauche de la lèvre est normalement sensible. M. Demarquay en conclut que la nécrose comprend une portion du canal dentaire et est, par conséquent, très-étendue. Pour atténuer l'odeur infecte de la suppuration, on prescrit dans le kyste des lavages avec une solution de permanganate de potasse 1/1000 deux, trois fois par jour.

Le malade n'en souffre nullement ; la nuit suivante est plus calme; il a pu dormir un peu, répand moins d'odeur, dit sentir de nouveau un peu au niveau des points précédemment insensibles, mais évidemment d'une façon très-obtuse.

19 février. — Rien de changé à l'aspect de la tumeur ; dans l'après-midi, le malade se plaint d'un léger malaise, consistant en céphalée obtuse et vertiges : il crache un peu de sang mêlé au pus ; le soir, à onze heures, il est pris subitement d'une hémorrhagie qui dure une heure, et qu'on parvient enfin à arrêter avec des tampons imbibés de perchlorure de fer et appliqués sur la fistule buccale ; glace dans la bouche ; on essaye en vain de boucher l'ouverture avec un morceau de cire; le sang recommence à couler un peu, une heure après, mais est facilement arrêté ; la quantité rendue en tout peut être évaluée à 1,000 grammes environ. Il était rutilant, mousseux, mêlé à du pus ; on songe à l'ulcération d'une des branches de la carotide externe.

20 février. — On prescrit une potion cordiale pour remettre le malade profondément anémié ; vin de Bagnols ; il est assez calme dans la journée.

Le soir, à quatre heures, il est pris d'une nouvelle hémorrhagie. Le sang coule à flots de la bouche, et, dans l'espace de cinq minutes, avant qu'on ait eu le temps de prévenir l'interne de garde, il succombe après avoir rendu près de deux cuvettes d'un sang mousseux et rutilant.

Autopsie. — Trente-six heures après la mort. Après incision faite au niveau du bord antérieur et interne du sterno-mastoïdien, près de l'angle de la mâchoire, au point le plus fluctuant, on tombe dans une cavité du volume d'un gros œuf de poule, contenant des caillots sanieux et d'une odeur repoussante.

Ce kyste est limité :

1° En dehors par le sterno-mastoïdien et l'aponévrose cervicale superficielle des débris du masseter en partie détruit ;

2° En arrière par la parotide ulcérée à sa face antérieure et le muscle ptérygoïdien interne existant dans sa partie postérieure seulement ;

3° En dedans et en bas, par les muscles de la région sus-hyoïdienne, la muqueuse buccale et le pharynx ;

4° En avant et en haut, par la partie du corps du maxillaire avoisinant la symphise.

Le doigt introduit dans la cavité retire les caillots qui s'y trouvent ; en écartant les lèvres de l'incision on tombe sur le maxillaire nécrosé et présentant une solution de continuité dans presque toute sa partie droite ; c'est-à-dire depuis le point où commence le canal dentaire jusqu'à deux centimètres de la symphyse ; l'angle de la mâchoire n'existe plus ; les deux portions restant de la moitié droite sont reliées par le bord alvéolaire nécrosé, mais non mobile, c'est lui qu'on sentait par la bouche ; pas de sequestre mobile; quelques parcelles osseuses dans la cavité, la partie interne de l'os restant présente une surface veloutée ; toute la cavité du kyste est tapissée par une membrane brun noirâtre, présentant des débris putrilagineux.

Au niveau des deux premières grosses molaires une sonde passe dans la bouche ; c'est l'orifice de la communication entre l'abcès et la cavité buccale.

Dans la partie profonde du kyste on trouve le paquet vasculo-nerveux de la carotide interne, entouré de matières sanieuses qui cachent complétement les vaisseaux à leur partie supérieure ; on voit de plus les ganglions profonds indurés et comme cartilagineux.

Dissection de la carotide primitive, puis des deux troncs qui en partent.

La caroride externe ne présente aucune lésion, ainsi que les vaisseaux qui en émanent ; en injectant de l'eau dans la carotide interne par la carotide primitive, le liquide sort et se répand dans la cavité du kyste ; on le voit s'écouler à quelques centimètres au-dessus de l'ampoule de la carotide primitive.

L'introduction d'une grosse sonde en gomme élastique, mousse, d'un diamètre de 6 millimètres environ, se fait facilement par la carotide primitive dans la carotide interne ; la sonde ressort de la carotide interne au point même d'où l'on voyait sourdre le liquide ; on dissèque le vaisseau sur elle ; on enlève les débris qui l'entourent, et l'on constate, à 4 centimètres environ de la carotide primitive, un orifice aux parois du vaisseau ; cet orifice est située sur la paroi antérieure, ovale irrégulièrement, à grand diamètre vertical, de 6 millimètres environ de longueur ; à son niveau, les tuniques de l'artère sont comme imbibées de la sanie qui remplissait l'abcès et ramollies; les bords de l'orifice sont déchiquetés, pas de caillots dans le vaisseau.

Veine jugulaire et pneumogastrique indemnes.

Rien de notable dans les autres organes.

Vacuité de toutes les veines.

Remarques. — Cette observation nous semble remarquable à plusieurs titres.

Certes le fait qui domine tous les autres, c'est le dénoûment inattendu qu'a eu l'affection. Cependant, outre la rareté de cette terminaison funeste, outre la marche rapide de la maladie et l'étendue même des lésions produites, qu'on nous permette de mettre en relief un symptôme observé dans ce cas, et qui pouvait avoir une certaine importance au point de vue du diagnostic de l'étendue de la nécrose.

L'insensibilité de la moitié droite de la lèvre inférieure, indiquée nettement par le malade et survenue rapidement quelques jours avant la mort, témoignait d'une lésion du nerf mentonnier, branche du dentaire inférieur ; et, par suite, le

diagnostic nécrose ayant été posé de l'extension à ce niveau de la lésion du maxillaire inférieur. L'autopsie a vérifié le fait; la nécrose comprenait en effet le trajet du dentaire dans le canal de ce nom.

L'hémorrhagie qui termina la maladie reconnaît pour cause une lésion, qui n'a guère encore été signalée dans les nécroses de cette région. Des ulcérations de la carotide interne sont survenues dans des cas de caries du rocher, soit scrofuleuses, soit syphilitiques, d'abcès phlegmoneux des amygdales, dans des cas de cancer de cet organe, comme a eu l'occasion de l'observer notre maître M. Demarquay; mais jamais dans sa longue pratique chirurgicale, il n'a vu cette terminaison funeste survenir dans ces cas de nécrose du maxillaire inférieur; il est rare, en effet, dans ces cas des désordres aussi considérables que ceux que nous avons eu sous les yeux.

VAL-DE-GRACE. — M. GODELIER.

Note sur un cas de rétinite leucémique (1)

Par Maurice PERRIN, président de la Société de chirurgie.

Tout récemment M. Godelier, professeur de clinique médicale à l'école du Val-de-Grâce, me pria d'examiner un malade de son service, atteint de leucocythémie à marche aiguë, qui se plaignait de troubles sérieux de la vision.

Je constatai des deux côtés, à des degrés différents de développement, l'existence d'une rétinite caractérisée comme il suit : la papille optique, jusqu'à la région équatoriale, est uniformément laiteuse. Son défaut de transparence masque la netteté des bords de la papille et des contours des vaisseaux. Les artères sont pâles, de dimensions normales; les veines sont plus volumineuses qu'à l'état normal, sinueuses, animées de battements très-apparents : elles offrent une teinte bleu foncé.

Le champ de la rétine est parsemé de taches ecchymotiques striées sur leurs bords, variables en étendue et dont les plus grandes représentaient environ la moitié des dimensions de la papille. Leur teinte est d'un rouge vif, comme on les rencontre dans d'autres formes de rétinite et, en particulier, dans la rétinite albuminurique. Sur aucun point la rétine ne présente d'autres altérations.

Ce pauvre malade épuisé, par des hémorrhagies internes, succomba quelques jours après mon examen. — M. Godelier a bien voulu m'autoriser à recueillir les yeux, à les examiner. L'un des deux est là, ouvert et soumis à votre examen.

Il est aisé de constater les diverses altérations qui avaient été reconnues sur le vivant. Je fais exception toutefois pour l'aspect laiteux de la rétine qui pourrait être aussi bien un effet cadavérique qu'un état pathologique.

Ce fait m'a paru mériter l'attention, parce que ses caractères diffèrent sur un point essentiel de ceux que Liebreich, d'après six observations, a attribués à une forme spéciale de rétinite, la rétinite leucémique. Dans les cas de Liebreich, les veines volumineuses, flexueuses étaient d'un rose pâle, les extravasations sanguines, de même nuance; les artères ternes, de couleur orange claire; enfin les vaisseaux choroïdiens visibles sur quelques points paraissaient d'un jaune tendre. Enfin la région de la macule présentait de petites taches irrégulières et le champ rétinien était parsemé de petites masses rondes, semblables à celles que l'on rencontre dans la rétinite albumineuse. Chez notre malade il n'existait ni taches irrégulières, ni productions pathologiques figurées sur la rétine; chez lui, les artères affectaient la teinte rouge éteint qu'on leur connaît dans tous les cas où la rétine a perdu sa transparence. Chez lui aussi, les veines rétiniennes, le réseau choroïdien et les extravasats sanguins n'empruntaient aucun caractère spécial à l'état profondément leucémique du sujet.

Ce fait me conduit, dans une juste mesure, à douter de la réalité d'une forme de rétinite qui soit spéciale à la leucocythémie et qui possède des caractères propres à la distinguer de ce qui n'est pas elle, et en particulier de la rétinite albuminurique.

La réunion de ces deux formes en une seule est indiquée par la ressemblance des signes ophthalmoscopiques et motivée, au point de vue nosologique, par la combinaison, plusieurs fois rencontrée, de l'albuminurie et de la leucocythémie.

(1) Lu à la Société de chirurgie. — Séance du 8 avril 1874.

DES MANIFESTATIONS RHUMATOIDES

DE LA DYSENTÉRIE

Par M. le docteur QUINQUAND.

On sait, depuis le dix-septième siècle, que des arthrites peuvent se développer soit dans le cours, soit dans la convalescence de la dysentérie; mais ces lésions étaient regardées comme des métastases ou des complications, et l'on ne voyait point la relation intime qui existait entre elles et la maladie primitive. — Cælius Aurelianus, et surtout Stoll considérèrent ces symptômes articulaires comme étant de nature rhumatismale. — Cette opinion a été soutenue et développée par Thomas (de Tours), Trousseau, Cambay, Delioux de Savignac.

Enfin M. le docteur Huette pense qu'il s'agit là d'une arthrite spécifique (dysentérique) ayant la plus grande analogie avec l'arthrite blennorrhagique.

En résumé donc, tous ces auteurs ont entrevu dans ces accidents une entité morbide bien définie, une maladie engendrée par une autre; et comme le prétendu rhumatisme succédait parfois à la dysentérie, d'une manière rapide, en même temps que celle-ci cessait, pour ainsi dire, comme par enchantement, on disait qu'il y avait métastase.

Pour nous, nous ne pensons pas qu'il s'agisse d'une espèce nosologique qu'on puisse, à bon droit, séparer de la dysentérie; nous croyons, au contraire, que ces deux choses sont intimement unies; que la dysentérie dans certaines conditions, qu'il nous sera peut-être donné de déterminer plus tard, donne naissance à des manifestations qui ont une certaine analogie avec le rhumatisme, mais qui s'en distinguent par l'absence de lésions cardiaques.

L'infection purulente, la dysentérie ont des manifestations arthropathiques qui ont des caractères cliniques spéciaux.

Mais avant d'en venir à la discussion de nature, qu'il nous soit permis d'étudier les principales opinions des auteurs qui ont pu observer ces lésions arthritiques.

Cælius Aurelianus (1) (*De morb. chron.*, lib. IV, cap. VI) considérait déjà la dysentérie comme un « rhumatismus intestinorum cum ulcere. » — Cet auteur avait-il déjà vu ces lésions des jointures? Nous l'ignorons.

Alexandre de Tralles dit que la dysentérie tient du rhumatisme et du catarrhe.

Sydenham (2), un siècle avant Stoll, dans la fièvre dysentérique de 1672, mentionne des douleurs se rapprochant de celles du rhumatisme et siégeant dans les muscles et principalement dans les extrémités.

L'auteur ici est plus explicite, cependant il est probable qu'il avait vu ces jointures douloureuses.

En 1757, Ch. Strack (*Tentamen med. de dysenteria*) [3], dans la relation d'épidémies de dysentérie de l'Allemagne, surtout de Mayenne, de 1757 à 1759, note ce qui suit : « La sup-

(1) Cité par Cambay dans son *Traité de la dysentérie*, 1847.
(2) *Méd. prat.*, sect. IV, chap. IV, cité par Delioux de Savignac.
(3) Cité par Ozanam (*Épidémies*, t. III, p. 291).

pression des évacuations alvines provoqua l'œdème des pieds, l'anasarque, les obstructions, *la goutte*, etc. »

Plus loin : « La suppression imprudente du flux dysentérique produit différents phénomènes accidentels, comme la tympanite, des abcès . . . , des douleurs arthritiques, une éruption furonculeuse, l'œdème des pieds, etc. » Ici, il s'agit donc bien des phénomènes articulaires que Stoll décrivit plus tard avec soin, mais il se borne à constater ce fait et à en tirer une indication pronostique.

Zimmermann (1), en relatant l'épidémie de 1765, qui sévit dans le canton de Berne, dans différents endroits de la Suisse, de la Souabe et dans les pays autrichiens limitrophes des cantons suisses, dit que « quelques-uns se sentirent une *goutte vague*, d'autres et même des enfants devinrent hydropiques. »

Plus loin, p. 117, il ajoute : « Les astringents ou les narcotiques donnés avant le temps ... causent aux malades des tranchées continuelles, des constipations extrêmes, *la goutte*, l'étisie, etc.

Ces mêmes faits seraient relatés dans les ouvrages de Degner et de Tissot, cités par Zimmermann. — Nous n'avons pas pu nous procurer ces auteurs.

Zimmermann, p. 119 de son livre, cite l'observation suivante : « Un homme de quarante ans, du comté de Lentzbourg, eut la dysentérie et prit, d'un charlatan, un remède astringent. Le flux du ventre cessa, il fut pris aussitôt de douleurs articulaires, qui le mirent au désespoir. »

Le même auteur cite quelques malades qui perdirent l'usage des pieds et des mains.

Plus loin : « Nos paysans, dit-il, prirent aussi quelquefois du lait chaud. Ce remède, innocent en apparence, devint très-préjudiciable dans quelques attaques violentes de dysentérie. Les selles diminuaient, il est vrai, et cessaient même entièrement, mais les malades étaient aussitôt pris de douleurs articulaires des plus vives et devenaient inaptes à tout travail, tant ils étaient faibles.

Le 1er décembre, lorsqu'on m'écrivit ceci (c'est-à-dire qu'un des grands docteurs routiniers de Thurgau donnait, le premier jour, de l'ipéca et de la rhubarbe; le deuxième, du laudanum de Sydenham), les malades de ce routinier étaient, sans exception, presque tous morts d'hydropysie ou dans les plus cruelles douleurs arthritiques... La moitié du peuple criait : « Ceux-ci sont morts d'hydropisie »; et l'autre moitié : « Ceux-là ont péri de douleurs articulaires. »

S'il ne fallait qu'un exemple pour prouver combien il faut être circonspect dans l'appréciation des effets d'un médicament dans les maladies, nous l'aurions trouvé dans Zimmermann. Il accuse tour à tour, et avec certitude, les astringents, le lait chaud ! !... comme pouvant produire des lésions articulaires. Il semble même accuser ses confrères avec une certaine satisfaction, qu'on ne saurait trop réprouver.

Il est probable que les malades, dont il ne rapporte aucune observation détaillée, ne sont point morts « de douleurs articulaires ».

L'auteur n'a point saisi la relation de la dysentérie et des symptômes articulaires; il a été induit en erreur par une thérapeutique mal comprise.

Lepecq de la Clôture (2), en rapportant l'histoire d'une épidémie dysentérique qui sévit en 1765 à Caen et dans le pays environnant, s'exprime ainsi : « Cette affection fut très-longue chez un grand nombre et finissait souvent par des tumeurs aux articulations, semblables aux nodus de la goutte, aux ankyloses, dont quelques-unes ont suppuré. Ces dépôts fixaient la métastase critique de la fièvre, et, de ce moment, l'estomac, les intestins, les forces digestives reprenaient un peu de vigueur. Plusieurs de mes confrères m'ont assuré en avoir vu mourir quelques-uns à la suite de ces dépôts abcédés. »

(1) *Traité de la dysentérie*, Lausanne, 1794, p. 15 (traduction).

(2) Cité par M. Huette : *De l'arthrite dysentérique* (*Arch. gén. de méd.*, août 1869.

Le même auteur, en relatant l'épidémie de Forges en 1767, dit que ceux qui échappaient à la mort « restaient perclus de leurs membres et y souffraient de douleurs considérables ».

Pas d'observation détaillée. Ces manifestations dysentériques sont, pour lui, tantôt une métastase, tantôt une terminaison chronique de la maladie.

Puis vient Stoll (1) dont les explications sont plus nettes : « Hinc dysenteria non ob remotam quamdam analogiam et per metaphoram, sed vere ac genium rheumatismus intestinorum dicetur ; suntque hi duo-morbi αδελφεα παδηματα atque ejusdem matris. »

Voici textuellement le passage où il décrit les lésions des jointures :

« Non dissimilem dysenteriam offenderamus rebellem ad notas sanandi leges, et cum hac pertinaci fluxione articulorum apprime convenientem. Fera dolor abdominis valedixit, longissimamque omnium moram traxit, sano reliquo abdomine, in intestino recto; quod assiduo tenesmo mucum tremulum lineis sanguinis pictum expressit. Tenesmum hunc diutissime durantem sublatum una nocte vidi, oborto mox femoris sinistri, et carpi dextri tumore, ac dolore rhumatico, qui sero lactis, et frictionibus sanabatur. »

Plus loin, il ajoute qu'il y a eu du pus dans les jointures; mais dans quelles conditions, chez quels individus? C'est ce que Stoll ne nous apprend point.

Pour cet auteur, il y a une certaine identité d'origine entre la dysentérie et ces lésions. Il désignait quelquefois la métastase, mais pour les dysentéries graves seulement.

La dysentérie, dit-il, se change en rhumatisme.

Il reconnaît le premier l'*affinité morbide*, qui existe entre le dysentérie et le prétendu rhumatisme des jointures.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 mai 1874. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° un exemplaire du troisième volume du recueil des travaux du comité consultatif d'hygiène publique; — 2° le rapport final de M. le docteur Trousse sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1873 dans la commune de Sainte-Barbe (Vosges); — 3° le compte rendu des épidémies et des épizooties qui ont régné dans le département du Morbihan, en 1873.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend deux lettres, l'une de M. Jungfleisch, l'autre de M. Alf. Riche, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de chimie et de physique.

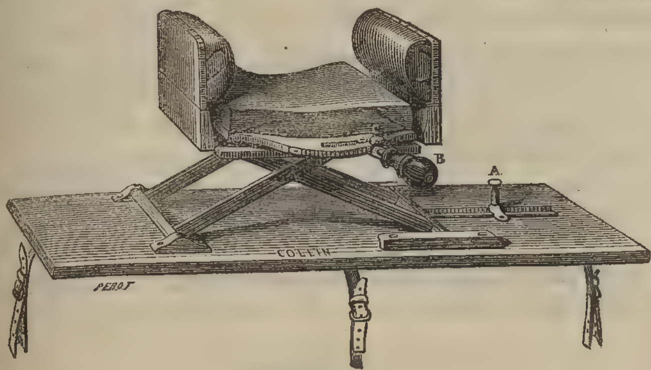
PRÉSENTATIONS

M. Larrey présente la communication qu'il a faite à l'Académie des sciences, relativement à un travail inédit de M. C. Tollet, ingénieur civil, sur un système de logements et d'hôpitaux militaires incombustibles.

(1) *Ratio med.*, vol. III, p. 276, *De natura dysenteriæ.*

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale parmi les pièces de la correspondance un volume intitulé : *Aimantation universelle*.

M. RICHET présente au nom de M. le docteur Galezowski, un coussin mécanique portatif, construit par M. Collin, et destiné à maintenir la tête du malade dans une position choisie par le chirurgien pendant les opérations que l'on pratique sur les yeux. Il est inutile de maintenir la tête pour empêcher les mouvements latéraux et les déplacements qui, pendant l'opération, gêneraient la manœuvre opératoire. La tête du malade placée sur l'appareil est légèrement serrée par les coussins latéraux au moyen du manche B; une crémaillère fixe le degré de serrage ; on desserre à l'aide du bouton C.



La tête du malade une fois immobilisée, on peut soulever l'appareil plus ou moins selon la nécessité.

La crémaillère A maintient l'appareil dans cette position.

M. COLIN, à l'occasion du procès-verbal, répond aux diverses objections qui lui ont été présentées dans la dernière séance par M. Marey. Ce dernier a dit et publié dans le *Bulletin* que les théories de M. Colin étaient absolument fausses. M. Colin fait observer que M. Marey s'est contenté d'affirmer cette prétendue fausseté sans pouvoir la démontrer. En outre, M. Marey se trouve en contradiction avec lui-même, quand il dit en commençant son discours qu'il n'y a aucune importance à savoir quel est le point de départ des mouvements du cœur, et que, plus loin, il affirme que la révolution du cœur commence par la systole auriculaire. Enfin M. Colin, le *Bulletin* à la main, signale plusieurs passages du discours écrit de M. Marey qui se trouvent en complète contradiction avec les paroles qu'il a prononcées à la tribune. M. Colin tient à ces rectifications, car ce ne sont pas seulement les faits qui se trouvent en cause, mais bien toute une méthode. M. Marey aura beau faire, jamais il ne persuadera à M. Colin que la méthode par les machines est préférable à la méthode par les sens.

RAPPORTS

M. CHEVALLIER, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection des commissions des associés et correspondants nationaux.

Les membres proposés sont élus à l'unanimité.

Ce sont, pour la première division, MM. Cl. Bernard, Sappey, Roger, Hirtz, Gubler, Hardy, Robin, Charcot, Guérard et Fauvel.

Pour la deuxième division, MM. Larrey, Chassaignac, Giraldès, Legouest, Depaul et Jacquemier.

Pour la troisième division, MM. Huzard, Magne, Bouley, Colin, Reynal et Goubaux.

Et pour la quatrième division, MM. Briquet, Regnauld, Bussy, Buignet, Gobley et Poggiale.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PHYSIOLOGIE DU CŒUR

M. GAVARRET commence par donner lecture de la partie du discours de M. Colin dans laquelle ce physiologiste a parlé des expériences entreprises, sous ses yeux, à Alfort, par MM. Longet, Gavarret et Carville. M. Gavarret n'a nullement l'intention de contester le droit de discussion, mais il veut rappeler aux convenances académiques M. Colin, quand il s'agit d'un homme comme M. Longet, dont la mémoire a droit au respect de tous.

L'orateur fait ressortir les exagérations des assertions émises par M. Colin quand il dit que l'expérience a duré cinq heures. Il n'aurait jamais été possible de trouver d'assez grandes quantités de papier spécial pour enregistrer le nombre immense de pulsations qui ont lieu pendant ce temps. En outre, M. Gavarret fait observer que le bon fonctionnement de l'appareil dépend surtout de l'établissement des ampoules de caoutchouc dans les cavités du cœur. Or pendant que M. Longet était occupé auprès de l'appareil enregistreur, il ne pouvait surveiller en même temps le jeu des ampoules.

Quoi qu'il en soit, les souvenirs de M. Gavarret sont aujourd'hui trop effacés pour qu'il puisse dire au juste ce qui s'est passé ; mais ce qu'il peut affirmer, c'est qu'il n'y a pas de cardiographe capable d'être introduit dans l'oreillette gauche, et M. Gavarret met au défi M. Colin d'introduire une ampoule dans l'oreillette gauche. Or du moment que l'appareil enregistrait les mouvements d'un ventricule et ceux d'une oreillette, il ne pouvait être question que de l'oreillette et des ventricules droits. Longet ne s'est donc point trompé, contrairement aux assertions de M. Colin. Par respect pour sa mémoire, par respect pour lui-même et pour l'Académie, M. Gavarret ne veut pas prolonger davantage ces débats.

M. COLIN dit qu'il est très-facile, quand on a pratiqué une fenêtre au thorax d'un animal, d'introduire une ampoule dans une veine pulmonaire, et, par conséquent, dans l'oreillette gauche. Il maintient donc de la façon la plus absolue ses assertions. Il a toujours professé pour M. Longet la plus profonde estime, l'a très-souvent cité dans son livre, n'a jamais eu l'intention de lui manquer de respect ni de le tourner en ridicule. Il a simplement voulu montrer, en rappelant cette expérience, que les appareils enregistreurs pouvaient induire en erreur les expérimentateurs les plus habiles, puisqu'ils avaient trompé M. Longet lui-même.

M. GAVARRET affirme de nouveau qu'il est impossible d'introduire une ampoule dans l'oreillette gauche, qu'il n'existe pas de graphique de l'oreillette gauche, et que, par conséquent, l'erreur imputée par M. Colin à M. Longet n'est pas possible.

M. COLIN affirme que M. Gavarret se trompe ; il en appelle à M. Marey, qui dit avoir déterminé la force relative des deux cœurs. Comment l'aurait-il fait si, comme le dit M. Gavarret, il était impossible d'introduire aucune ampoule dans le cœur gauche.

M. MAREY dit qu'il préfère garder le silence afin de ne pas prolonger un débat aussi pénible pour l'Académie. Il se rattache à l'opinion de M. Gavarret, avec cette restriction toutefois qu'il ne nie pas qu'il soit possible de pénétrer dans une cavité gauche; mais il affirme que Longet ne l'a jamais fait.

Quant aux reproches adressés par M. Colin à M. Marey, ce dernier se contente d'y répondre par ces mots : « Les théories de M. Colin sont physiquement fausses. »

M. COLIN, au moment où M. Marey va descendre de la tribune, l'invite à vouloir bien indiquer à l'Académie le moyen qu'il a employé pour mesurer la force relative des deux cœurs.

M. MAREY déclare avoir dit ce qu'il avait à dire.

LECTURE

Mouvements rhythmiques des veines caves et particulièrement du sinus de la veine cave supérieure. — M. COLIN lit, sous ce titre, un travail dans lequel il s'est proposé d'exposer devant l'Académie ce que l'expérimentation lui a appris sur le mode de déversement du sang veineux dans les cavités cardiaques et sur le fonctionnement des oreillettes. Cette note a plus particulièrement trait au premier point. Voici en quels termes M. Colin résume le contenu de ce travail :

En somme, les deux veines caves jouissent vers leur abouchement aux oreillettes du cœur d'une contractilité très-prononcée et éprouvent deux mouvements rhythmiques qui conservent leur régularité après la section du bulbe, et tant que la circulation est entretenue à l'aide de la respiration artificielle. Ces mouvements pulsatiles sont

en nombre égal à ceux du cœur. Ils consistent en une systole et une diastole parfaitement isochrone avec la systole et la diastole auriculaire. Le sinus de la veine cave supérieure éprouve surtout une notable réduction de diamètre sans qu'il y ait jamais effacement complet de sa lumière. A chacune de ses contractions, le sang est poussé avec force vers l'oreillette et la secousse qu'il reçoit donne lieu à une ondulation étendue à toute la longueur de la veine.

Les pulsations de ce sinus, de même que celles de la partie terminale de la veine cave inférieure ne dépendent ni des secousses de la masse du cœur, ni des contractions de l'oreillette, ni du reflux du sang, car l'application d'un lieu ou d'une pince à pression continue à l'insertion des deux vaisseaux les laisse persister anec leur intensité et leurs caractères normaux. Elles ne s'arrêtent dans ce cas qu'au moment où les veines ont acquis une extrême distension.

Leur usage est tout à la fois de pousser le sang par saccades dans l'oreillette, et de limiter le reflux qui tend à se produire loin de la systole auriculaire.

Conséquemment les sinus des veines caves sont des annexes, des auxiliaires des oreillettes, annexes dont le développement est proportionné aux résistances que le sang doit vaincre à son retour au cœur. Mais, chez l'homme, il doit rester peu de chose du mécanisme que je viens de décrire, car les veines caves n'ont pas de sinus à parois bien musculeuses. La veine cave supérieure ne conserve de contractile que l'anneau terminal, dit de Wallens, dont les mouvements ne doivent pas être très-énergiques. Ce mécanisme a surtout de l'importance pour les animaux à long cou qui prennent leur nourriture sur le sol. Il n'en a presque point pour l'homme, puisque le sang coule de la veine cave dans l'oreillette par son propre poids.

M. VULPIAN fait observer que les faits dont vient de parler M. Colin sont des notions tout à fait classiques. Bérard, dans sa *Physiologie*, rapporte les expériences d'Addison sur les mouvements indépendants des veines. C'est là un fait acquis à la science et sur lequel M. Vulpian est en parfait accord avec M. Colin.

Mais il est un point sur lequel ces physiologistes sont en désaccord; c'est le moment précis où se fait le mouvement indépendant de la veine cave.

Contrairement à M. Colin qui pense que ce mouvement a lieu en même temps que la contraction de l'oreillette, M. Vulpian affirme que, non-seulement ce mouvement précède quelque peu la contraction auriculaire, mais encore qu'il est, pour ainsi dire, vermiculaire dans la veine cave elle-même et commence loin de l'oreillette, pour gagner successivement cette cavité. M. Vulpian croit se rappeler que c'est là l'opinion d'Addison. D'autres expériences, d'ailleurs, lui ont permis de constater de nouveau cette indépendance des mouvements des veines. Par exemple on peut, par l'électricité, troubler les mouvements de la veine cave sans troubler ceux de l'oreillette.

M. BOUILLAUD a pu constater par lui-même le mouvement rhythmique de la veine cave inférieure chez les grenouilles; mais il est très-satisfait de voir M. Vulpian établir le non-synchronisme de ces mouvements avec ceux de l'oreillette.

Ces mouvements indépendants des veines ont été mentionnés depuis longtemps, puisque Haller lui-même en parle; mais c'est à M. Blachez que revient l'honneur de les avoir constatés, et voici comment : un jour, dans l'une des expériences dont a parlé M. Bouillaud, M. Blachez, mettant à découvert la face postérieure de l'oreillette, constata un mouvement rhythmique exactement semblable à celui de l'oreillette. Après quelques moments, on reconnut que ce mouvement se passait dans la veine cave inférieure. En ayant cherché la cause, ajoute M. Bouillaud, nous n'avons trouvé dans cette veine aucune valvule. Bien des fois M. Bouillaud a vu et revu ce mouvement, mais seulement chez la grenouille. Toutefois M. Bouillaud se demande si les mouvements dont viennent de parler MM. Colin et Vulpian sont les mêmes que ceux qu'il a constatés chez la grenouille. En effet, il existe de si grandes différences entre ces dernières et les grands animaux !

Par exemple, M. Bouillaud affirme de la façon la plus absolue n'avoir jamais vu de mouvements rhythmiques réguliers dans les oreillettes des grands animaux. Jamais il n'a constaté ni systole ni diastole dans l'oreillette des animaux qui ressemblent le plus à l'homme, et cependant ces organes sont pourvus de parois musculeuses ; ils devraient donc se contracter ; il fait observer toutefois que les parois musculeuses des ventricules ont plus de six fois l'épaisseur de celles des oreillettes. En outre, il n'y a pas de soupape derrière les oreillettes comme derrière les ventricules; la systole auriculaire ne paraît donc pas une chose nécessaire. En terminant M. Bouillaud répond à quelques-unes des objections qui lui ont été présentées par M. Colin.

M. COLIN fait observer à M. Vulpian qu'il a cité les expériences d'Addison dans son premier travail, mais qu'il regarde ses observations comme peu exactes. Il rappelle en quelques mots ce que présente de particulier son dernier travail. Il ne croit pas, comme M. Vulpian, aux mouvements vermiculaires des veines, à ces mouvements successifs commençant d'un côté pour gagner graduellement l'oreillette, il a vu, quant à lui, ces mouvements avoir lieu simultanément dans toute l'étendue de la veine et concomitamment avec la contraction de l'oreillette. Mais, pour bien constater ces faits, il faut des conditions spéciales ; car rien n'est impressionnable comme le cœur, il suffit de toucher légèrement sa pointe pour apporter le plus grand trouble dans la circulation.

M. VULPIAN fait observer qu'il a expérimenté sur un chien curarisé et entretenu par la respiration artificielle.

M. REYNAL propose à M. Colin de renouveler quelques-unes de ses expériences, à Alfort, devant plusieurs membres de l'Académie.

Cette proposition, appuyée par un grand nombre de membres, est acceptée par M. Colin.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé militaire. — Par décret du 24 mars 1874, M. le docteur civil Blanchetière a été nommé médecin aide-major de deuxième classe.

— Les médecins dont les noms suivent viennent de prendre leur retraite.

MM. Godelier et Cabrol, médecins principaux de première classe. — MM. Morgon, Le Bas et Fontez, médecins-majors de première classe. — M. Martial, médecin-major de deuxième classe.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Bock et Glatigny, médecins-majors de première classe.

— M. le docteur Le Fur est nommé médecin du lycée de Pontivy, en remplacement de M. le docteur Carel, décédé.

— Le corps pharmaceutique de Paris vient de faire une perte considérable en la personne de M. Labélonye. Après avoir consacré sa vie à la pratique de son art et fondé une des pharmacies les plus importantes de Paris, M. Labélonye avait été appelé aux affaires publiques, par l'estime de ses concitoyens. M. Labélonye représentait, à l'Assemblée nationale, le département de Seine-et-Oise.

— La Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine, comprenant près de 400 membres, a tenu son assemblée générale annuelle le mercredi 15 avril 1874, à l'école de pharmacie, sous la présidence de M. Ferrand.

Après une allocution dans laquelle M. le président a rappelé que la Société de prévoyance comptait cette année cinquante ans d'existence, MM. les sociétaires ont entendu la lecture du procès-verbal de la dernière assemblée générale, faite par M. Champigny, secrétaire adjoint.

Puis M. Crinon, secrétaire général, a présenté l'exposé de nombreux travaux du conseil d'administration, pendant l'exercice 1873-1874.

La séance s'est terminée par le renouvellement d'une partie des membres du conseil.

Ont été élus à l'unanimité :

MM. Crinon, *vice-président ;* Fontoynont, *secrétaire adjoint;* Ferrand, Bain, Limousin, Allié, Barbarin, Cocquelet et Millot, *conseillers.*

En conséquence, le conseil d'administration de la société est ainsi composé pour l'année 1874-1875 :

Président, M. Fumouze; *vice-président*, M. Crinon; *secrétaire général*, M. Champigny; *secrétaire adjoint*, M. Fontoynont; *trésorier*, M. Labélonye; *conseillers*, MM. Julliard, Catillon, Duroziez, Ferrand, Bain, Limousin, Allié, Barbarin, Cocquelet et Millot.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 9 mai 1874, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° lecture du procès-verbal de la précédente séance; 2° lecture du rapport de M. Reliquet sur la candidature de M. de Beauvais au titre de membre titulaire; 3° communication de M. Peter sur les stations méditerranéennes.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa séance mercredi 13 mai, à huit heures du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Réponse aux conclusions de la Société de médecine de Bordeaux, sur les réformes à apporter à l'hygiène publique en France; par M. Dupouy; — 2° Discussion sur les différents mode, de concours proposés pour la nomination des médecins des bureaux de bienfaisance.

— Clientèle à céder au centre de Paris (installation comprise). — S'adresser au bureau du journal.

ERRATUM. — Page 379, troisième avant-dernière ligne de la deuxième colonne, au lieu de : *Monteil de Mantes*, il faut lire : Monteil, de Mende.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. — Toutes ces thèses se trouvent chez M. Coccoz, libraire-éditeur, 30, rue de l'École-de-Médecine.

Traité pratique des maladies de l'utérus, de ses annexes et des organes génitaux externes, par les docteurs NONAT et LINAS. — Deuxième édition, refondue et considérablement augmentée. Troisième et dernière partie. — Gratis pour les souscripteurs. Prix de l'ouvrage complet : 1 fort volume in-8, avec fig. dans le texte; le vol. cartonné, 18 francs. — Paris. Adrien Delahaye.

Traité élémentaire des maladies de la peau, par A. GAILLETON, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille (maladies cutanées et vénériennes). — 1 vol in-8 ; prix, 6 francs. — Paris. Adrien Delahaye.

Des infiniment petits rencontrés chez les cholériques ; étiologie, prophylaxie et traitement du choléra, par le docteur DANET, médecin du ministère de l'intérieur, etc. — 1 vol. in-8, avec planches micrographiques ; 5 francs. — Paris. Adrien Delahaye.

Les Eaux minérales et les Maladies chroniques. Leçons professées à l'École pratique, par le docteur DURAND-FARDEL. — 1 vol. in-18; prix, 3 fr. 50. — Paris. Germer-Baillière.

Des symptômes de la tuberculisation chez les enfants et de leur valeur séméiologique, par le docteur GRANGÉ. — In-8; prix, 3 francs. — Paris. Adrien Delahaye.

Note historique et critique sur les principales modifications du céphalotribe et, en particulier, sur l'état fenêtré de ses cuillers, par le docteur MATTEI, professeur libre d'accouchement. — In-8 ; prix 50 centimes. — Paris. Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 54. — SAMEDI 9 MAI 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 9 MAI 1874. — N° 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Valeur séméiologique du cornage.

Quelle est la valeur séméiologique de ce bruit spécial de sifflement, sec et rude de la respiration, percevable à distance, que l'on désigne, d'après les vétérinaires qui en ont donné les premières descriptions, sous le nom de cornage ? Tout ce que l'on sait de plus précis jusqu'à présent sur ce symptôme, c'est qu'il indique, en général, une compression par une tumeur de voisinage ou autre cause quelconque, sur l'un des points de la partie supérieure de l'arbre aérien, tube broncho-trachéal ou trachéo-laryngien. Dans un travail très-remarquable publié en 1862, dans l'*Union médicale*, M. Empis a parfaitement déterminé les caractères de ce bruit respiratoire anormal, le temps de la respiration pendant lequel il se fait entendre, les régions de la poitrine où il a son maximum d'intensité, et, grâce à ces signes, il l'a très-nettement distingué des diverses respirations bruyantes occasionnées par d'autres lésions fonctionnelles des voies aériennes, telles que l'asthme, le catarrhe suffocant, l'emphysème pulmonaire, etc.

M. Sée, reprenant cette question, dans son article *Asthme*, du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, s'est attaché à apporter plus de précision encore dans l'étude de ce phénomène. En rapprochant les observations des vétérinaires, qui ont signalé, dans les cas de ce genre, la compression du nerf vague par des tumeurs, de quelques cas analogues constatés sur l'homme, notamment du fait si curieux observé par M. Cl. Bernard, M. Sée en a déduit la nécessité d'établir une distinction entre les différents faits groupés jusqu'ici sous la même dénomination. A côté du groupe de faits compris par M. Empis sous le nom de cornage broncho-trachéal et qui sont surtout relatifs à des cas de compression de la trachée et des bronches, il place un groupe distinct comprenant les faits où le phénomène du cornage se passe dans l'organe vocal lui-même. Il admet, en d'autres termes, à côté du cornage broncho-trachéal, le cornage laryngé résultant d'une compression ou d'une lésion quelconque de l'un des nerfs récurrents laryngés et de la paralysie consécutive de la corde vocale correspondante. La paralysie du nerf récurrent détermine, en effet, dit M. Sée, des accès de suffocation et une altération constante de la voix, qui ne se retrouvent pas dans les compressions trachéo-bronchiques. Il pense qu'indépendamment du signe commun à ces deux ordres de phénomènes, l'inspiration bruyante, que M. Empis attribue à la compression incomplète de la trachée ou des bronches, on pourrait s'aider, pour les distinguer l'un de l'autre, de l'état coïncident du murmure respiratoire, qui doit être nécessairement diminué dans le cas de compression des bronches, tandis qu'il peut rester intact ou à peu près dans les cas où la lésion ne porte que sur les dépendances du nerf vague.

M. Sée a pu, dans deux circonstances récentes, en s'aidant de la concordance de ces deux signes, reconnaître cette deuxième forme spéciale de cornage laryngé et diagnostiquer une lésion probable du nerf récurrent.

Une femme était amenée un de ces jours derniers à la Charité, dans le service de la clinique, dans un état de dyspnée extrême, avec stertor. Elle avait été prise l'avant-veille d'un violent accès d'oppression, qui n'avait fait que s'accroître depuis. A l'auscultation on ne constatait rien d'anormal. Cette femme ayant une petite blessure à la jambe, avec de la lymphangite autour d'un vieil ulcère, l'idée vint à quelques-uns des assistants que l'on pouvait avoir affaire à une embolie ; d'autres inclinèrent pour une congestion pulmonaire. Au moment où M. Sée vit la malade pour la première fois, elle était presque mourante. Il n'était satisfait ni par l'hypothèse d'une embolie, ni par celle d'une congestion, et il cherchait à se rendre compte de cette situation difficile, lorsqu'un phénomène particulier vint le frapper et le tirer d'incertitude. La malade, étant sortie de son état stertoreux et ayant émis un son, fit entendre pendant un mouvement d'inspiration plus profond que les autres, le bruit spécial du cornage. Il n'hésita pas dès lors à attribuer l'état si grave de cette femme à une affection laryngienne. M. Krishaber fut mandé aussitôt pour procéder à l'examen laryngoscopique, s'il était encore possible, et en tout cas à la trachéotomie. Mais il était trop tard ; la malade succombait avant qu'on eût le temps de faire les préparatifs nécessaires.

A l'autopsie, on constata l'existence d'un phlegmon suppuré du cou qui avait gagné la trachée et qui comprimait la trachée et le larynx dans une assez grande étendue pour que le nerf récurrent dût très-probablement être compromis. — Nous devons convenir que nous n'avons pas de certitude absolue sur ce dernier point.

Mais le fait de la compression du nerf récurrent est complétement hors de doute et on ne peut plus évident dans cet autre cas qui s'est passé, il y a quelques mois seulement, dans le même service, et dont nous avons été témoin.

Un homme succombait dans les salles de M. Sée, après avoir présenté à un haut degré, pendant les dernières périodes de son existence, le phénomène du cornage. Ici l'on avait constaté durant la vie l'existence d'une tumeur située sur le côté gauche de l'œsophage, qui produisait un rétrécissement tel de ce conduit qu'il était très-difficile d'y faire pénétrer une sonde. La tumeur comprimant également la trachée, il en résultait aussi une certaine gêne de la respiration. La dysphagie et la dyspnée s'expliquaient très-suffisamment par la présence et la disposition de cette tumeur, mais on n'y trouvait pas une raison suffisante pour expliquer le cornage.

M. Sée, se fondant sur les faits que nous avons rappelés plus haut et sur le rôle assigné par la physiologie expérimentale aux nerfs récurrents, n'hésita pas à diagnostiquer une lésion, compression ou destruction partielle du nerf récurrent du côté gauche et un relâchement consécutif de la corde vocale correspondante.

L'autopsie vint confirmer de tous points ce diagnostic. Le chef du laboratoire de clinique, M. Cornil, mit sous les yeux des assistants les pièces pathologiques qui, entre autres désordres, ont montré une altération profonde du nerf récurrent gauche, dont une grande partie se trouvait comprise dans la tumeur qui comprimait l'œsophage et la trachée et était comme confondue dans son tissu.

Névralgie réflexe d'origine traumatique.

Tous les médecins connaissent des exemples de névralgies développées sous l'influence d'affections viscérales, telles en particulier celles qui se manifestent du côté de l'épaule dans les coliques hépatiques, etc. Peut-on admettre au même titre l'existence de névralgies ayant pour point de départ une lésion d'un autre nerf cérébro-spinal?

M. le docteur A. Ollivier est de cet avis, et il se fonde en cela sur le fait suivant, qu'il a eu l'occasion d'observer dans son service, à Ivry, et dont il a donné communication à la Société de biologie, dans sa séance du 18 avril dernier.

Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans qui, ayant reçu un coup de poing au niveau du cinquième espace intercostal droit, ressentit à l'instant même une douleur extrêmement vive qui dura environ, avec la même intensité, pendant une heure, puis diminua peu à peu et finit par disparaître presque complétement.

Au bout d'une dizaine de jours, cette femme commença à sentir de nouveau quelques élancements sur ce même point, élancements d'abord légers, ne se montrant que deux ou trois fois par jour, puis ils devinrent de plus en plus fréquents et intenses.

Environ six semaines après, apparurent d'autres symptômes consistant d'abord en des fourmillements, des picotements, puis des élancements dans la partie latérale droite du cou, au devant de l'épaule, dans la partie antérieure et interne du bras, dans la moitié interne antéro-postérieure de l'avant-bras et de la main, enfin dans l'auriculaire et dans la moitié interne du médius; c'est-à-dire dans toutes les parties qui reçoivent leur sensibilité de la branche cervicale transverse du plexus cervical superficiel, des branches sus-acromiale et sus-claviculaire du même plexus, du nerf accessoire du brachial cutané interne et des nerfs cutané interne et cubital. Les douleurs lancinantes, excessivement vives commençaient toujours par le point intercostal, puis elles se propageaient au cou, à l'épaule et au bras. La pression, douloureuse sur ce point intercostal, ne l'était pas sur les autres parties.

M. Ollivier fit chaque jour à cette malade, sur le point où avait porté le coup, une injection de 25 gouttes d'une solution au 100e de chlorhydrate de morphine, et le septième jour il eut la satisfaction de voir disparaître la douleur.

A moins d'invoquer ici une de ces coïncidences fortuites, il semble assez difficile de méconnaître une relation de cause à effet entre le traumatisme et les douleurs névralgiques consécutives, ainsi que M. Ollivier en fait très-justement la remarque. Quant à l'explication de cette relation, ne pouvant invoquer des anastomoses qui n'existent pas dans l'espèce, M. Ollivier, appliquant ici l'explication proposée par M. Vulpian pour la plupart des névralgies, admet que, sous l'influence de la contusion du nerf intercostal déterminée par le coup, il s'est produit du côté de l'axe gris de la moelle, au niveau des noyaux d'origine du cinquième nerf intercostal, une excitation morbide qui s'est transmise aux noyaux d'origine circonvoisins et a été rapportée par le sensorium à la périphérie des nerfs qui en émanent.

Traitement de certaines formes de la folie par le chlorhydrate de morphine.

Un point de thérapeutique très-important, l'emploi des opiacés et, en particulier, de la morphine dans le traitement de l'aliénation, qui a déjà fait l'objet de nombreuses tentatives, vient d'être repris récemment par M. le docteur Auguste Voisin, dans son service de la Salpêtrière et dans sa pratique civile, en utilisant la méthode des injections hypodermiques, d'autant mieux indiquée dans ces circonstances qu'il est souvent très-difficile, comme on sait, d'administrer à ces sortes de malades des médicaments par la bouche. Les résultats auxquels est arrivé M. Voisin nous ont paru trop remarquables pour que nous n'ayons pas cru devoir les porter à la connaissance de nos lecteurs. Nous les extrayons d'un travail très-étendu que M. Voisin a publié sur ce sujet dans le *Bulletin de thérapeutique*.

Voici le résumé général des observations catégorisées d'après les résultats mêmes du traitement, en trois séries : cas de guérisons, cas d'améliorations, cas d'insuccès.

Guérisons. — Vingt-cinq malades ont été guéris; sur ce nombre, six étaient atteints de folie générale avec hallucinations, agitation excessive et incohérence. — La dose quotidienne la plus forte de morphine employée dans ces six cas a été de 21 centigrammes, et la moins forte de 31 milligrammes — La durée moyenne du traitement a été de quatre mois.

Dix étaient atteints de folie lypémaniaque avec hallucinations isolées ou multiples. La date de la maladie était au moins d'un mois et au plus de deux ans. — La dose quotidienne maxima de morphine a été de 359 milligrammes. — La durée moyenne du traitement a été de trois mois.

Trois aliénées étaient atteintes de folie lypémaniaque avec idées mystiques, religieuses et de suicide. La maladie remontait chez toutes à six mois au moins. La dose maxima du médicament a été de 360 milligrammes, et la durée du traitement de quatre mois en moyenne.

Deux étaient atteintes de folie hystérique avec hallu cination et conceptions délirantes tristes. — Chez la première, la maladie datait de trois ans; la morphine a été donnée au maximum à la dose de 380 milligrammes; la durée du traitement a été de onze mois. — Chez la deuxième, la morphine, donnée à la dose de 90 milligrammes au plus par jour, a amené la guérison en un mois.

Une malade était atteinte de folie lypémaniaque avec hallu-

cinations psychiques, idées délirantes conduisant à l'homicide. La maladie datait de deux ans et demi ; la dose de morphine a été de 142 milligrammes au maximum et la durée du traitement de trois mois.

Améliorations. — Sur onze malades améliorées, il y a deux femmes atteintes de folie hystérique avec délire triste et hallucinations. Chez l'une d'elles, la maladie datait de neuf ans; chez l'autre, elle datait de cinq ans. La dose maxima de morphine employée a été, chez l'une, de 149 milligrammes ; chez l'autre, de 160 milligrammes. La première a été améliorée en huit mois ; la deuxième, en onze mois.

Trois femmes étaient atteintes de folie lypémaniaque avec hallucinations et agitation, incohérence. La maladie datait chez l'une de quatre mois, chez la deuxième de plusieurs années, chez la troisième de deux ans. La dose *maxima* employée a été, chez la première, de 483 milligrammes ; chez la deuxième, de 460 milligrammes; chez la troisième, de 598 milligrammes. La durée du traitement a été, chez la première, de onze mois ; chez la deuxième de un an ; chez la troisième de dix-huit mois.

Chez deux, la folie lypémaniaque se présentait avec le type dit « à double forme ». Chez l'une, la maladie, héréditaire, remontait à seize mois, la dose de morphine a été de 299 milligrammes, et la durée du traitement de seize mois. Chez la deuxième, la maladie datait de peu de temps, la dose a été de 460 milligrammes et la durée de neuf mois.

Deux étaient atteints de folie héréditaire lypémaniaque avec idées et tentatives de suicide. Chez l'un, la maladie remontait à neuf mois, la dose a été de 360 milligrammes, la durée de cinquante-deux mois. Chez l'autre, huit ans de maladie, dose 200 milligrammes, durée neuf mois.

Un malade était atteint de folie lypémaniaque avec stupeur, hallucinations et démence depuis onze mois. Amélioration en un an, avec la dose de 55 milligrammes.

Une femme atteinte de folie hystérique héréditaire à forme maniaque, remontant à plusieurs années, n'a été améliorée que par des doses élevées de 300 à 360 milligrammes données plusieurs jours de suite.

Insuccès. — Parmi cinq malades chez lesquels la médication a échoué, quatre étaient atteints de folie lypémaniaque compliquée d'idées de grandeur, de richesse. Chez trois la folie remontait à plusieurs années. La dose quotidienne maxima a été de 400 milligrammes, et la durée du traitement de huit mois, dans un cas, et de deux ans ou à peu près, chez les trois autres.

Un était atteint de folie lypémaniaque avec hallucination et accompagnement d'un peu de fièvre, ce qui a fait penser à M. Voisin, qu'il avait eu affaire à une folie congestive où la morphine est contre-indiquée.

Chez deux, la folie lypémaniaque, avec hallucinations et stupeur, se compliquait d'un état de cachexie profonde, et chez tous deux il a été impossible de produire, même avec des doses de 30 à 40 centigrammes, les effets physiologiques de la morphine.

Nous poursuivrons, dans la prochaine Revue, le résumé des études de M. Voisin au point de vue des effets thérapeutiques en général, de la posologie, de la marche de la guérison et de l'amélioration, des indications et des contre-indications de l'emploi de la morphine.

NOTE

SUR DEUX CAS DE FISTULES BRANCHIALES (1)

par M. le docteur A. Faucon.

Obs. I. — J'étais occupé, le 17 mars dernier, à examiner le cou d'une femme, âgée de trente-neuf ans, qui vend du poisson à la criée dans la rue, et qui était venue me consulter pour une petite tumeur du lobe droit de la glande thyroïde, probablement un kyste, lorsque j'aperçus une cicatrice adhérente au niveau du cartilage thyroïde.

Cette cicatrice, mince, rectiligne et horizontale, mesure 2 centimètres : la peau, à ce niveau, est adhérente au larynx qui l'entraîne avec lui dans les mouvements de déglutition ; elle se trouve située à la jonction du 1/3 supérieur avec les 2/3 inférieurs du cartilage thyroïde ; une de ses extrémités commence sur la ligne médiane, puis elle se continue à droite de cette ligne.

En palpant la région, je sentis mon doigt se mouiller, et je découvris, immédiatement en dehors et à gauche de la ligne médiane, caché ainsi que la cicatrice dans le pli du cou connu sous le nom de *collier de Vénus* et qui est assez profond chez cette femme douée de pas mal d'embonpoint, un tout petit orifice par où s'écoulait le liquide qui avait humecté mon doigt.

En même temps la malade me racontait que, dans son enfance, vers l'âge de sept à huit ans, il s'était formé à ce niveau une tumeur qu'on avait dû ouvrir, mais que depuis lors, à part quelques circonstances où il s'était développé en cet endroit, surtout à l'époque de la puberté, une légère inflammation, elle n'avait jamais souffert de sa fistule, et qu'elle n'en éprouvait d'autre incommodité que le petit suintement qui avait appelé mon attention.

Ces commémoratifs et le siége du mal me firent penser à une fistule branchiale.

Comme j'avais vu le liquide sourdre au moment de la déglutition, j'avais cru d'abord à une fistule branchiale complète, communiquant avec le pharynx. C'était une erreur qu'il me fut facile de corriger par un examen plus attentif.

En effet, le liquide qui s'écoule de la fistule n'est pas de la salive, c'est une substance filante, ayant le plus souvent la consistance du sirop de gomme et à peu près analogue au mucus qu'on voit sortir du col utérin.

Ce liquide est tantôt limpide et transparent, tantôt opalin, avec des traînées grisâtres.

Les boissons ingérées par la malade ne sortent pas par l'orifice fistuleux : je lui ai fait avaler pour m'en assurer des liquides colorés, tels que de l'eau-de-vie et du vin. De plus, elle ne s'aperçoit pas que la sécrétion augmente au moment des repas.

En raison de l'étroitesse de l'orifice, je ne pus y introduire, et encore avec quelque peine, que la bougie conductrice de Maisonneuve pour l'uréthrotomie. Cette bougie s'engageait profondément dans le cou dans deux directions : directement en arrière à une profondeur de 2 centimètres et d'un autre côté obliquement à gauche et un peu en haut dans une étendue de 4 centimètres.

En la retirant, je ramenais avec elle une quantité de mucus plus considérable que celle qui suinte ordinairement. Cette quantité augmentait également lorsque j'exerçais des pressions sur la région située immédiatement au-dessus de l'orifice.

Après cette première exploration, il me fut possible d'introduire dans les directions et aux profondeurs indiquées la canule la plus petite d'une seringue d'Anel, au moyen de laquelle j'injectai du cognac qui n'arriva pas dans le pharynx, mais ressortit par l'orifice.

Ces diverses explorations ne déterminent qu'une très-légère douleur ; à aucun moment elles n'occasionnèrent de la toux.

Je demandai à la malade si elle désirait être débarrassée de sa fistule ; elle me répondit qu'elle n'en était pas était gênée, et qu'elle ne tenait pas à s'en défaire, si l'on ne pouvait y arriver qu'au prix d'une opération.

C'eût été le cas d'essayer la cautérisation du trajet au moyen du fil galvano-caustique ; mais n'ayant pas à ma disposition l'appareil nécessaire, et n'ayant à proposer à la malade que des opérations

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 22 avril 1874.

dont le succès n'était pas absolument certain, et qui pouvaient à la rigueur présenter quelque danger, je n'insistai pas et me bornai à lui conseiller des injections de teinture d'iode.

Je la revis une seconde fois pour sa tumeur de la glande thyroïde; mais comme il s'était produit un peu d'inflammation dans le trajet fistuleux à la suite de mes premières explorations, elle ne me permit pas de les renouveler.

Obs. II. — Il s'agit, dans ce cas, d'une jeune femme de vingt-huit ans qui vint, au mois de février 1872, se faire soigner à la Pitié par M. Broca, pour une ulcération fistuleuse située sur la ligne médiane du cou, au niveau du larynx.

Elle faisait remonter à l'enfance le début de son mal, qui aurait commencé vers l'âge de deux ans, par la formation d'une tumeur qui se serait abcédée et ouverte. Elle ne pouvait donner, sur ce point, de renseignements plus précis.

L'ouverture de l'abcès avait entraîné à sa suite la formation d'un trajet fistuleux qni persista pendant très-longtemps, puisque la malade se rappelait que vers l'âge de huit ans on y pratiquait des injections de teinture d'iode qu'elle sentait revenir par la bouche. Elle n'avait pas souvenir qu'en aucune circonstançe, ces injections eussent amené des accès de suffocation.

Puis, peu à peu, la partie profonde du trajet s'oblitéra, et il ne restait, au moment où nous examinâmes la malade, qu'une surface cicatricielle, située sur la ligne médiane, sur toute la hauteur du cartilage thyroïde, et au niveau de laquelle la peau était plissée, tendue et attirée vers une sorte d'ombilic, dont le fond, qui avait 5 ou 6 millimètres de profondeur, adhérait à une corde fibreuse indurée et cylindrique qui allait se perdre vers le larynx auquel elle adhérait. Je pense que la fistule était un peu plus profonde et avait 7 à 8 millimètres.

On découvrait, au fond de la dépression une surface ulcérée, de la largeur d'une grosse tête d'épingle, qui se cicatrisait de temps en temps pour s'ulcérer de nouveau au bout de quelques jours ou de quelques semaines de guérison apparente.

Ce cul-de-sac avait été nombre de fois soumis, sans succès, à des cautérisations faites soit avec le nitrate d'argent, soit même avec le fer rouge.

En présence de ces récidives incessantes, M. Broca, après avoir dans une leçon clinique, démontré qu'il s'agissait là d'un cas de fistule branchiale qui, d'abord complète, s'était ultérieurement oblitérée dans ses parties profondes, et cité un fait analogue qu'il avait eu l'occasion d'observer, résolut de tenter la cure radicale de cette fistule borgne externe et pour cela eut recours à l'opération suivante :

Incision circulaire de la cicatrice sur le pourtour de l'entonnoir. Dissection de la membrane qui formait le bord de cette entonnoir. On détache ainsi une sorte de cône dont le sommet correspond à un cordon poreux implanté sur la membrane thyro-hyoïdienne. On termine l'opération en sectionnant ce cordon, qui paraît plein au niveau de la section.

Aucun accident. La plaie bourgeonne au bout de quelques jours, puis se rétrécit et se cicatrise en partie, mais le fond n'était pas encore cicatrisé le 30 mars, lorsque M. Broca quitta le service de la Pitié pour aller prendre celui de la Clinique.

J'avais perdu cette malade de vue, et désirant connaître ce qui était advenu de cette tentative opératoire, dont je ne sais d'autre exemple que le fait rapporté par Ch. Sarazin, j'écrivis à M. Broca, et j'extrais les lignes suivantes de la réponse qu'il voulut bien m'adresser : « Quant à la femme que vous avez vu à la Pitié, l'opération que je lui avais faite paraissait devoir échouer. Tout n'était pas dit cependant, car la fistule était rétrécie, et le temps pouvait amener la guérison. Elle en était là lorsque je quittai la Pitié. Elle devait venir me retrouver à la Clinique, mais je ne l'ai pas revue. »

Ces deux faits sont des exemples de fistules branchiales borgnes externes, qui me paraissent reconnaître deux origines différentes. Dans le cas de M. Broca, la fistule me semble assez nettement résulter des tentatives faites pour oblitérer une fistule branchiale complète; quant à celui qui m'est propre, j'avoue que je crois devoir rester dans le doute. Cette fistule existait-elle dès la naissance? ou bien est-elle consécutive à l'inflammation d'un de ces kystes du cou qui avaient été signalés par Boyer (1) sans qu'il se rendît compte de leur origine ? Ces deux hypothèses sont également plausibles.

Il suit de là qu'au point de vue de l'étiologie, les fistules branchiales borgnes externes peuvent :

1° Être congénitales ;

2° Succéder à une fistule communiquant d'abord avec le pharynx et incomplétement oblitérée ;

3° Se former à la suite de l'ouverture spontanée ou artificielle d'un kyste dermoïde du cou.

Tout le monde, en effet, est aujourd'hui d'accord, à ce que je crois, sur la communauté d'origine des kystes dermoïdes du cou et des fistules branchiales.

Au point de vue de la symptomatologie, je me bornerai à signaler une seule particularité.

Elle a trait au siége de l'orifice de ces deux fistules, qui se trouve à la fois sur la ligne médiane et à un niveau assez élevé du cou, tandis que d'ordinaire on l'observe à la partie inférieure du cou et au voisinage du bord du sterno-mastoïdien. Ces faits confirment donc la règle établie par Sarazin (2) que « plus l'orifice cutané est élevé, plus il s'éloigne en dedans du bord interne du muscles sterno-mastoïdien pour se rapprocher de la trachée ».

On attribue en général avec Heusinger (3) les fistules branchiales, à la persistance de la quatrième fente branchiale; il me paraît que, dans les cas analogues à ceux que M. Broca et moi avons observés, c'est plutôt la troisième fente qui se trouve en cause, en raison de son voisinage avec les portions du quatrième arc branchial qui forment le larynx.

Je terminerai en adressant quelques questions à la société au point de vue du traitement de ces sortes de fistules.

Est-il vrai, ainsi que l'a écrit Sarazin (4) en se basant sur un fait de Mayr (5), que les tentatives destinées à oblitérer une fistule branchiale complète doivent être rejetées en principe dans la crainte de transformer cette variété inoffensive en une fistule borgne interne, susceptible d'occasionner des accidents sérieux.

M. Serres, lors de sa communication, a fait connaître à la société un fait de fistule complète, guérie par les injections iodées. Il est vrai que ce chirurgien ne dit pas avoir suivi son malade, et que son observation reste muette sur la question de savoir s'il s'est produit ou non des accidents ultérieurs.

Chez la malade de la Pitié, au contraire, qui avait à l'origine une fistule branchiale complète, on a eu à observer dans les quinze ou vingt années qui ont suivi sa transformation en fistule borgne aucun des accidents redoutés par Sarazin. C'est donc là un fait de nature à encourager les partisans de l'intervention chirurgicale dans les cas de fistules complètes.

Lorsqu'il s'agit de fistules borgnes externes, jusqu'à quel point doit-on intervenir ?

La règle à établir dans ces cas me paraît dépendre du plus ou moins de profondeur de la fistule.

Sans doute, lorsque le trajet n'est pas très-profond, qu'il ne dépasse pas 1/2, 1 et même 2 centimètres, ou lorsque dans les cas exceptionnels, il est immédiatement couché sous la peau, on peut sans hésitation en pratiquer l'ablation, ainsi que l'ont fait les premiers MM. Sarazin et Broca.

Mais lorsque la fistule va profondément se perdre, ainsi que cela existait chez ma malade, à une distance de 4 centimètres, je me demande s'il serait prudent, pour une affection qui cause si peu de gêne, de tenter une opération qui peut être suivie de quelques complications.

Je suis d'autant plus autorisé à me poser cette question que les chances de guérison ne sont pas absolues, ainsi que paraît le prouver le fait de M. Broca.

(1) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. VII, p. 38.

(2) Sarazin, *loc. cit.*, p. 660.

(3) Heusinger, *Archiv. für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin*, von R. Wirchow.

(4) Sarazin, *loc. cit.*, p. 661.

(5) *Jahrbuch der Kinderheilkunde*, Bd. IV, 1861, p. 209.

Il me semble qu'en pareil cas, mieux vaut se borner à des moyens peu dangereux ; tels que les injections iodées ou la cautérisation avec le fil galvano-caustique, bien que je reconnaisse que, par cette dernière méthode, il soit facile de dépasser ou de ne pas atteindre le but.

Du reste, il arrivera souvent que le chirurgien devra se conformer aux désirs des malades, qui, pour ce qu'ils considèrent comme une bagatelle, refuseront, comme celle que j'ai vue, de se soumettre à des opérations sanglantes.

HYDROLOGIE

Examen comparatif des eaux d'Ems et de Royat.

Nous croyons devoir appeler l'attention de nos lecteurs sur une station thermale qu'ils connaissent déjà, et que recommandent les qualités médicales de ses eaux, celle de Royat. Nous reviendrons plus tard sur les analyses qui en ont été faites récemment et qui ont amené à découvrir dans leur composition chimique de nouvelles richesses thérapeutiques, et, entre autres, la lithine, qui s'y trouve en assez grande abondance. Nous attendons, pour en parler plus sûrement, que les rapports du savant qui a opéré ces analyses aient subi le contrôle de l'Institut, auquel ils doivent être soumis; mais il nous paraît important de signaler dès aujourd'hui la similitude presque complète qui existe entre les eaux de Royat (Grande source) et les eaux d'Ems, et, pour le démontrer, nous plaçons en regard, dans le tableau suivant, les données chimiques recueillies à Royat et à Ems par des hommes spéciaux dont le nom fait autorité dans la science, et, entre autres, MM. Lefort et Rotureau.

	EMS KESSELBRÜNNEN	ROYAT GRANDE SOURCE
Température	46° c.	35°5 c.
Acide carbonique	0.882	0.748
Bi-carbonate de soude	1.974	1.349
— de chaux	0.235	1.000
— de magnésie	0.186	0.677
— de fer	0.004	0.040
Chlorure de sodium	1.011	1.628
Lithine	Néant	Traces importantes
TOTAUX	4.475	5.724

Ce renseignement nous paraît devoir être fort utile pour les médecins qui envoyaient autrefois leurs malades en Allemagne. Ils sauront, ainsi que l'a si bien fait remarquer M. le professeur Gübler, qu'ils peuvent trouver en France, à quelques heures de Paris, les ressources médicales que leurs clients allaient chercher à grands frais à de longues distances et dans un pays dont nous séparent aujourd'hui de cruels souvenirs. Nous ne leur disons pas de conseiller Royat, cela les regarde; mais nous leur disons : Conseiller Royat dans les cas où les eaux d'Ems sembleraient indiquées, c'est concilier les intérêts de leur clientèle avec les exigences de leur patriotisme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 avril 1874. — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : *La Gazette des Hôpitaux.* — *L'Union médicale.* — *La Gazette hebdomadaire.* — *Les Archives générales de médecine et de chirurgie.* — *Le Mouvement médical.* — *Le Progrès médical.* — *La Tribune médicale.* — *La Gazette obstétricale.* — *La Médecine contemporaine.* — *La France médicale.* — *Le Moniteur thérapeutique.* — *Le Bordeaux médical.* — *La Gazette médicale de Bordeaux.*

M. LARREY offre, de la part du professeur Ch. Martins, une note *Sur un cas de luxation du muscle tibial postérieur comparée à celle des péroniers latéraux.*

M. DESPRÈS. Dans le rapport que j'ai lu dans la dernière séance, je n'avais point fourni de statistiques propres à juger la résection du genou pour les blessures de guerre. La société a paru regretter cette lacune ; je demande la permission d'ajouter quelques informations à ce sujet. J'ai obtenu de M. Chenu la communication des chiffres qu'il a recueillis en faisant la statistique des blessures de la guerre de 1870-1871.

Voici ces chiffres :

Sur 65 blessés auxquels a été pratiquée la résection partielle du genou, la résection des condyles du fémur, il y a eu 62 morts, soit 95,38 pour 100.

Sur 37 blessés auxquels a été pratiquée la résection totale du genou, il y a eu 33 morts, soit 89,19 pour 100 de mortalité.

Les amputations de la cuisse à toutes les hauteurs prises en bloc ont donné seulement 90 pour 100 de mortalité. Mais les amputations de la cuisse au tiers inférieur dans les statistiques ont montré que la mortalité était beaucoup moindre. D'ailleurs les statistiques antérieures plus détaillées de la guerre de Crimée, et qu'a produites M. Chenu, sur l'amputation de la cuisse au tiers inférieur, ont montré que la mortalité n'y est arrivée qu'à 50 ou 60 pour 100.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la société que M. le docteur Ollier assiste à la séance.

COMMUNICATIONS

M. GIRAUD-TEULON fait la communication suivante :

Nouvelle méthode d'amplification de l'image ophthalmoscopique. — Dans la séance du congrès international d'ophthalmologie, du 2 août 1872, à Londres, M. Schraeders a présenté, au nom de M. le professeur Coccius, de Leipzig, une modification apportée par ce savant dans la construction de l'ophthalmoscope binoculaire.

Cette modification consistait dans l'application d'une jumelle commune d'opéra, appropriée à la vision des objets rapprochés, aux orifices de la boîte stéréoscopique de l'instrument. M. Coccius ajoutait à cette disposition la présence d'une lentille additionnelle convexe, de 12 pouces, placée symétriquement au devant de la ligne verticale de contact des rhomboèdres, immédiatement en arrière de l'orifice du miroir ; cette dernière lentille avait pour objet l'accroissement de la force amplificatrice de l'instrument, en permettant la vision nette de 16 à 24 pouces de distance.

Cette double modification, dans la pensée de son auteur, devait procurer à l'observateur, comme l'expérience le lui a démontré, un agrandissement notable de l'image droite des parties profondes de l'œil, ayant pour conséquence une observation plus précise des variations de la circulation oculaire sous l'influence des mouvements respiratoires, et une exploration plus délicate des altérations profondes comme celles du nerf optique, une appréciation plus précise de la distance des vaisseaux du bord de l'excavation glaucomateuse, des finesses de modification de texture dans la choroïdite disséminée, etc.

L'image y était redressée au moyen d'une lentille négative de 2 à 3 secondes.

Ce perfectionnement instrumental ne pouvait nous laisser indifférent. Nous nous sommes empressé de le réaliser à titre d'essai, et avons pu vérifier l'exactitude de la déclaration de M. Coccius. Cette combinaison jouit, en effet, des avantages que lui attribue le savant saxon ; elle procure un agrandissement de l'image approchant du double de celle obtenue en ophthalmoscopie, et les avantages qui découlent d'une telle amplification pour l'observation clinique.

Mais on ne peut se dissimuler qu'ainsi transformé l'instrument ne soit devenu moins maniable, plus cher et que le champ superficiel présenté à l'observation ne soit bien réduit par le long chemin im-

posé aux rayons lumineux. Une modification qui parerait à ces inconvénients devrait donc être accueillie, si l'on arrivait à la réaliser.

Nous croyons y être parvenu, au détriment, il est vrai, mais dans une très-faible mesure, de l'amplification de l'image qui, de 19/10 environ que produit l'instrument de Coccius, serait réduite à 18/10.

La modification que nous avons, à notre tour, introduite consiste à prendre pour axes des tuyaux de la jumelle d'opéra, la longueur même des rhomboèdres, en plaçant l'objectif commun entre le miroir et lesdits rhomboèdres, et les oculaires immédiatement en rapport avec la face d'émergence de ces doubles prismes; l'objectif commun consiste en une lentille positive de 32''' et chaque oculaire en une lentille négative de 24'''.

Dans cette combinaison, l'épaisseur de ces lentilles est la seule augmentation de volume imposée à l'instrumentation, l'accroissement du prix insignifiant, et le champ de vision augmenté dans la proportion où se voit réduite la longueur du chemin parcouru par les rayons lumineux entre les plans de l'incidence de l'émergence.

L'observation s'exécute alors dans les conditions mêmes habituelles en ophthalmoscopie sur une image amplifiée dans le rapport de 18/10; soit à l'image renversée par l'intervention d'une lentille positive de 2'', soit à l'image droite, en la remplaçant par une lentille de 2'', 3'', négative.

Les trois lentilles ajoutées à notre ophthalmoscope, dans cette combinaison, peuvent en être aisément enlevées, et l'ophthalmoscope est ainsi ramené à ses éléments ordinaires et connus.

M. OLLIER fait une communication relative à un nouveau procédé de rhinoplastie.

DISCUSSION

M. DUBRUEIL. L'opération dont a parlé M. Ollier et qui consiste à détacher complétement le pourtour de l'orifice antérieur des fosses nasales de petites lamelles osseuses que l'on ramène en avant, de façon à constituer une charpente destinée à soutenir les lambeaux qui formeront le nouveau nez, a été mise en pratique sans succès par Langenbeck. J'ai vu signalé il y a quelque temps, dans un des derniers traités de médecine opératoire publiés en Allemagne, celui d'Heimke, un procédé dans lequel on détache incomplétement un lambeau cartilagineux formé par la cloison, lambeau dont la base se trouve à la partie supérieure et qu'on tâche de porter aussi en avant que possible au niveau de sa partie inférieure. A l'aide de bandelettes de diachylon, de morceaux de gutta-percha, on le maintient dans sa nouvelle position et lorsqu'il paraît suffisamment fixé, on applique dessus les lambeaux qui doivent former le nouveau nez. Je n'attribue du reste nullement ce procédé à Langenbeck; je fais seulement observer qu'il a été mis en pratique par lui sans succès et que je considère, du reste, cette opération comme étant d'une très-mince valeur.

M. DOLBEAU. Je crois que la communication de M, Ollier gagnera beaucoup à être lue au *Bulletin;* car, dans l'exposition que vient de nous faire notre collègue, je ne puis m'empêcher de constater une diffusion regrettable. Si j'ai bien saisi, le lambeau est frontal, renversé sans torsion et recouvert par l'ancien nez de façon que les surfaces saignantes soient mises en contact. C'est précisément ce dernier temps dont la description ne m'a pas fait bien comprendre l'exécution. M. Ollier ne nous a pas suffisamment expliqué ce que devient l'ancien nez. M. Ollier s'est étendu avec raison sur les difficultés de la rhinoplastie totale; et je dois le dire, les photographies qu'il a bien voulu nous faire passer ne sont pas de nature à nous prouver que ces difficultés aient été vaincues.

En 1862, à l'hôpital Saint-Louis, où je remplaçais Denonvilliers, j'eus occasion d'opérer un malade par le procédé de Nélaton, dit à double lambeau; c'est-à-dire que j'incisai l'ancien nez sur la ligne médiane et le disséquai de manière à constituer deux volets; je taillai ensuite le grand lambeau frontal, je le renversai et le recouvris par les deux volets que je suturai sur la ligne médiane. Le succès fut complet, en ce sens que rien ne se sphacéla. M. Denonvilliers, qui était cependant difficile en fait d'autoplastie, considérait ce résultat comme beau. Contrairement à son opinion, le nez ainsi créé me semblait fort disgracieux et ne me paraissait pas valoir les risques considérables que le malade avait courus.

J'ai suivi longtemps ce malade, que Denonvilliers avait baptisé du nom de Nasica. Son nez n'a point diminué et est resté à l'état de tubérosité choquante. Quant au pédicule, j'ai longtemps hésité à le laisser ou à le sectionner. Il a fini par se ratatiner et par se mettre à peu près de niveau avec les surfaces environnantes. Je crois donc qu'il est bon de ne point sectionner le pédicule. En résumé, j'estime que l'on trouvera toujours d'énormes difficultés à créer les ailes et l'extrémité du nez, et la rhinoplastie totale est condamnée à donner des résultats aussi incomplets que la rhinoplastie partielle en fournit de brillants.

M. GUÉRIN. Je demanderai à M. Ollier un complément de renseignements. Il ne nous a pas, ce me semble, suffisamment édifiés sur ce que deviennent les parties latérales; je sais combien les descriptions de médecine opératoire sont difficiles; aussi n'ai-je pas compris ce que deviennent les chairs voisines de la joue, et comment il les dispose.

M. VERNEUIL. Il y a longtemps que le principe du double lambeau est établi en fait de rhinoplastie. C'est à la fin de 1858 que M. Ollier me soumit le plan du procédé à double plan de lambeau, c'est en 1860 que je l'appliquai, et c'est en 1862 que j'en présentai à la Société de chirurgie le résultat. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 2me série, t. 3, 1862, p. 70). C'est donc à M. Ollier que revient la priorité de l'idée; à moi peut-être celle de sa réalisation. Quant à la question purement esthétique, il est certain que si l'on s'attend à produire ainsi des nez antiques on aura d'amères déceptions; mais si l'on est moins difficile on conviendra que les malades sont ainsi singulièrement modifiés à leur avantage. Je me rappelle même ce que je disais alors du résultat de mon opération : *Le malade était horrible; maintenant il n'est plus que très-laid.* Sans doute, l'opération de la rhinoplastie fait courir aux malades des risques comme l'opération de l'ectropion et toutes les autoplasties; mais ce serait là rentrer dans un autre ordre d'idées, et il y aurait peut-être lieu de discuter d'une manière générale, et cela en vaudrait la peine, sur la question de savoir si les services rendus par certaines opérations peuvent entrer en balance avec les risques qu'elles font courir.

Je ne veux ici rappeler qu'un fait : le malade que j'opérai en 1861 était si malheureux, si désespéré de sa situation qu'après avoir vainement consulté plusieurs chirurgiens, il était décidé à se tuer. C'était du reste un suicide manqué qui l'avait ainsi mutilé. A la suite d'un coup de feu qu'il s'était tiré dans la bouche, la balle avait tracé un véritable fossé limité par les deux parties latérales conservées, se prolongeant jusqu'aux sinus, et offrant l'aspect d'un antre profond dans lequel se voyaient çà et là des débris de cornets. Ce malade, chassé de partout, était dans l'impossibilité de gagner son pain. J'ai pu, après l'opération, le caser dans un établissement agricole où il a trouvé des moyens d'existence. Quant au procédé employé, il ressemblait à celui de M. Ollier, en ce sens qu'il comprenait un lambeau fontal et deux lambeaux latéraux ramenés sur la ligne médiane, mais différait du procédé qui nous est présenté aujourd'hui, et où il n'y a que deux lambeaux : un frontal et un nasal perpendiculaire au premier. Je conviens qu'il est extrêmement difficile de constituer des narines à moins que le lobule ne persiste et ne permette de s'étager sur quelques débris. En un mot la rhinoplastie à double plan de lambeau est ancienne; mais le procédé de M. Ollier est certainement nouveau.

M. GAUJOT. J'ai vu Michon, dont j'étais alors l'interne, faire à la Pitié une rhinoplastie complète. Son procédé n'avait point de rapport avec celui de M. Ollier, il était à simple lambeau. Quoi qu'il en soit, l'opération réussit en tant qu'opération, et Michon en considérait le résultat avec une certaine fierté. Or ce résultat était horrible et consistait en un tubercule difforme irrégulier, velu, dépourvu de narines; si bien que pour faire pendant au malade de M. Verneuil qui voulait se tuer auparavant, celui de Michon parlait à tout bout de champ de se suicider après.

(*A suivre.*)

Corps de santé militaire. — M. Bouloumié, médecin-major de deuxième classe, et M. Bonnefon, médecin aide-major de première classe, viennent de donner leur démission.

— La Société de chirurgie tiendra sa prochaine séance le 13 mai 1874. — *Ordre du jour.* — Discussion sur le traitement du tétanos par le chloral.

— A céder à Bordeaux une belle clientèle. — S'adresser à M. Laforgue, 9, rue Batailley, à Bordeaux.

— Clientèle à céder au centre de Paris (installation comprise). — S'adresser au bureau du journal.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 55. — MARDI 12 MAI 1874. 47e ANNÉE. MARDI 12 MAI 1874. — N° 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en [illegible]ste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part au 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

Les Bureaux et Ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas Jeudi.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Nos lecteurs n'ont pas oublié l'heureux succès que M. Béhier a obtenu sur une de ses malades en pratiquant la transfusion. Dans la note que les *Comptes rendus de l'Académie des sciences* publièrent à cette occasion, les noms de M. Mathieu et de M. le docteur Moncoq furent prononcés comme les ayants droit à l'invention de l'instrument dont s'était servi M. Béhier. M. Moncoq, persuadé que cette association de noms diminuait le mérite légitime qu'il réclame comme étant l'inventeur de l'instrument, protesta contre cette injustice dans une lettre qu'il adressa à l'Académie. M. Mathieu répondit par une revendication analogue. Bref, l'Académie nomma une commission composée de MM. Bouillaud, Gosselin et Bouley, rappporteur, qui s'est empressée de prononcer son jugement sur le fait en litige.

Après avoir rappelé que, depuis l'invention de la transfusion, beaucoup d'appareils ont été inventés pour pratiquer cette opération; après avoir rappelé, en particulier, que M. Sotteau, médecin belge, a inventé, en 1847, un nouvel appareil qui ressemble beaucoup à celui que M. Mathieu a présenté à l'Académie en 1853; après avoir rappelé encore qu'en 1865 Daniel Major se servait d'un fragment de l'artère vertébrale prise sur un cheval pour obtenir la compression élastique que M. Mathieu obtient avec une poire de caoutchouc, M. Bouley, rapporteur, s'exprime en ces termes : « Il ressort manifestement de cet exposé que, si M. Moncoq a été précédé par M. Mathieu dans la construction des appareils à tranfusion, il a le mérite, qui lui revient exclusivement, d'avoir inventé l'appareil à crémaillère, aussi simple qu'ingénieux, au moyen duquel l'opération de la transfusion est devenue possible. Les instruments proposés par M. Mathieu répondaient si peu à ce but que, dix ans après la note qui les a fait connaître au public par la grande publicité des *Comptes rendus*, aucune ou presque aucune tentative de transfusion n'a été faite avec ces appareils.

« L'appareil de M. Moncoq, au contraire, après avoir été démontré bon et tout à fait pratique par de nombreuses expériences faites à l'école d'Alfort, à l'abattoir de Grenelle et dans les laboratoires de physiologie, notamment par notre regretté confrère M. le professeur Longet, qui en fit l'objet d'une démonstration publique dans le grand amphithéâtre de la Faculté, l'appareil de M. Moncoq, disons-nous, a reçu la consécration de l'expérience clinique en France et à l'étranger. Un certain nombre d'opérations de transfusion réussies portent témoignage, aujourd'hui, que, grâce à M. Moncoq, le problème pratique est résolu. L'opération faite par M. Béhier suffirait à elle seule pour le prouver. »

— Tous les journaux ont parlé de l'ascension aéronautique que MM. Crocé, Spinelle et Sivel, ont effectuée le 22 mars dernier. A l'occasion des observations physiologiques que ces courageux explorateurs purent recueillir, ils rapportèrent, dans leur note à l'Académie, que Gay-Lussac, dans une ascension analogue, avait éprouvé des saignements du nez, des lèvres et des oreilles. M. Barral, ancien élève de Gay-Lussac, adresse une note à l'Académie pour rectifier cette assertion. Nulle part, en effet, on ne trouve, dans le récit laissé par l'illustre physicien, trace d'accidents de ce genre. Gay-Lussac a répété à M. Barral, ce qu'il disait à tous ses amis, que les bruits qu'on avait fait courir sur les souffrances qu'il avait endurées étaient complétement faux. A cette occasion, M. Barral appelle l'attention des aéronautes sur l'intoxication possible des voyageurs par le gaz d'éclairage qui s'échappe naturellement du ballon, et il conseille, pour éviter cette intoxication, de placer la nacelle à une distance très-grande de l'aérostat ; il leur conseille également d'avoir des instruments enregistreurs indépendants de leur observation, tels que ceux que M. Regnault lui avait fournis dans les diverses ascensions qu'il a lui-même effectués en 1850. Ces conseils seront justement appréciés par les médecins qui connaissent l'influence qu'un milieu anormal peut exercer sur les perceptions et sur le jugement des individus.

— M. Bouillaud présente une nouvelle note de M. Oré, intitulée : *Résection partielle du calcanéum ; anesthésie absolue produite par une injection intra-veineuse de chloral; cessation immédiate de l'anesthésie après l'opération par l'application des courants électriques.* La description du *modus faciendi* de l'opération, telle que l'auteur l'a pratiquée, est des plus saisissantes. Nous la rapportons textuellement : « Le 1er mai, en présence d'une nombreuse assistance, j'ai opéré ce malade Après avoir fait disposer auprès de lui une bobine mise en action par une forte pile au bichromate de potasse, j'ai appliqué une bande circulaire à l'avant-bras droit, au dessous du

coude, de manière à déterminer le gonflement des veines. Ce résultat obtenu, j'ai employé mon procédé habituel si simple, si précis, surtout si inoffensif, « ponction sans dénudation de la veine ».

En effet, j'ai plongé un trois-quart capillaire avec sa canule, dans une des veines radiales. Le trois-quart retiré, le sang a coulé par le canule, ce qui m'a indiqué que j'étais bien dans le vaisseau. Alors j'ai poussé avec lenteur une solution de chloral au tiers (10 grammes pour 30 grammes). *Douze grammes* de solution avaient déjà pénétré lorsque le malade, dont la respiration se faisait avec une régularité parfaite, s'est écrié : « C'est étonnant comme j'ai envie de dormir. » J'ai continué à pousser lentement l'injection. 22 grammes avaient pénétré dans la veine, lorsque la tendance au sommeil devint de plus en plus irrésistible. « Je m'endors, dit-il, je sens que mes paupières deviennent lourdes et qu'il m'est impossible de les relever. » Et l'injection pénétrait toujours. Il n'avait pas plutôt prononcé ces dernières paroles que le sommeil était produit, et avec lui une immobilité *rappelant celle du cadavre.* Il avait fallu moins de dix minutes pour arriver à ce résultat.

A ce moment je pratiquai derrière la malléole une incision à concavité antérieure de 9 à 10 centimètres de longueur ; je divisai successivement toutes les parties molles jusqu'à ce que l'os fût à découvert. Une fois mis à nu, à l'aide d'une forte gouge, je pus à mon aise sculpter les surfaces malades et enlever la partie nécrosée qui, depuis si longtemps, entretenait la suppuration. L'opération avait duré vingt-cinq minutes. Pendant toute la durée de l'opération, le malade *dormit du sommeil le plus calme. Il ne fit pas entendre le moindre cri, ne proféra pas la moindre plainte. L'immobilité absolue de ses traits dénotait suffisamment l'anéantissement complet de la sensibilité.* Quant à la respiration, elle continuait calme et régulière, et, chose remarquable, sans avoir présenté ces phénomènes asphyxiques, de courte durée, qui s'étaient montrés constamment après l'injection, aussi bien chez les animaux que chez mes deux tétaniques. Je dirai plus bas ce qui a empêché cette manifestation de se produire.

Tout était fini et le malade aurait dormi encore de longues heures dans cet état d'immobilité, si l'occasion de vérifier un autre fait, que mes expériences avaient démontré, ne s'était pas offerte à moi. J'ai éprouvé, en effet, que sur les animaux insensibilisés par l'injection intraveineuse de chloral, un seul agent, le *courant électrique*, faisait cesser l'anesthésie.

J'ai donc voulu vérifier, chez l'homme, cette vérité expérimentalement démontrée par moi chez les animaux. Un des conducteurs a donc été placé sur la partie latérale gauche du cou, l'autre sur l'épigastre; dès le passage du courant à intermittences rapides et fortes, la respiration est devenue plus ample, le malade s'est réveillé, s'est assis sur son lit, et s'est mis à parler, il était dans un véritable état d'ébriété.

Il m'a remercié, ajoutant : « J'ai des confidences à vous faire, mais je vous les ferai quand nous serons seuls. » Puis il a serré successivement la main à toutes les personnes qui entouraient son lit. Interrogé sur ce qui s'était passé, il a déclaré ne s'être aperçu de rien, n'avoir rien senti. Cet état d'ébriété s'est prolongé pendant plus d'une heure et a fait place à des larmes. Dans l'après-midi, le malade a dormi d'un sommeil très-calme; le soir tout était dissipé.

Le 2 mai, le lendemain, il ne restait aucune trace de ce ce qui s'était passé la veille. Aujourd'hui, 3 mai, le malade a repris son état le plus normal. Il est utile de dire qu'il *n'existe pas la moindre trace de phlébite du côté de la veine piquée.*

Or *pouvoir doser la substance anesthésique, pouvoir produire l'insensibilité aussi longtemps qu'il est nécessaire, puis, l'opération achevée, faire disparaître à volonté les effets obtenus, n'est-ce pas la solution véritable du problème de l'anesthésie ?*

Convaincu par l'étude attentive du tétanique guéri, que les phénomènes asphyxiques n'étaient pas dus au chloral seul, mais probablement à ce que, malgré toutes les précautions prises, la solution pourrait contenir de petits corps étrangers, j'ai fait apporter à la seringue dont je me sers une modification dont l'utilité m'a été démontrée par ce qui s'est passé dans le cas actuel. » Cette modification porte sur l'interposition d'un treillage aussi fin que possible dans l'intérieur du corps de pompe.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BROUARDEL.

Leçons sur la rougeole.

(Recueillies par M. DE BEURMANN, externe de service.)

I.

Messieurs,

Vous savez que la rougeole se termine le plus souvent d'une façon favorable et n'entraîne que rarement de graves accidents; cependant elle est moins bénigne que sa réputation ne le ferait croire, et comme c'est d'ailleurs une des maladies que vous rencontrerez le plus souvent dans votre pratique, qu'elle éveille au plus haut degré la sollicitude de la famille entière en frappant surtout les enfants, il importe que vous connaissiez exactement toutes les particularités de sa marche et tous les accidents auxquels elle peut donner lieu. Trop souvent elle expose à des erreurs regrettables, mais heureusement plus préjudiciables à la réputation du médecin qu'à la santé du malade.

Chez les jeunes gens que vous avez vus au n° 3 et au n° 16 *bis* de la salle Saint-Jean de Dieu, l'éruption était déjà déclarée au moment de l'entrée à l'hôpital, et la maladie n'a eu qu'une très-médiocre importance; mais une période de catarrhe bronchique, qui a duré six semaines pour le premier, et dure depuis trois semaines pour le second, a notablement prolongé leur séjour dans nos salles.

Il n'y a là rien d'extraordinaire, car cette tendance catarrhale si persistante est très-commune dans la rougeole. En effet, tandis que la scarlatine et la variole sont, sous le rapport de l'éruption, importantes, surtout par leurs localisations cutanées dans la rougeole, presque tous les accidents, presque toutes les complications viennent des muqueuses. C'est même aller trop loin que de leur donner le nom de complications, car ces accidents catarrhaux appartiennent à la marche de la maladie; ils en sont la partie essentielle, celle qui domine tout à la fois le diagnostic et le pronostic. C'est sur eux surtout que j'attirerai votre attention.

Dès son début, la rougeole présente une période dite catarrhale, dans laquelle le catarrhe existe seul avec la fièvre, et peut permettre de faire un diagnostic anticipé fort important, car on ne manquera pas de l'exiger de vous dans la pratique.

Ce catarrhe, qui se généralisera plus tard à toutes les muqueuses, débute presque toujours par celle des yeux. Il se produit une conjonctivite assez douloureuse, accompagnée de photophobie et de larmoiement; presque en même temps apparaît un coryza intense qui se traduit par un écoulement muqueux transparent, souvent très-abondant. Quelquefois il y a des éternuements qui peuvent devenir très-violents et très-fré-

quents; chez une jeune fille, je les ai vus se répéter pendant vingt-quatre heures avec une persistance telle, qu'ils troublaient toutes les fonctions et constituaient un accident heureusement plus effrayant que grave.

Les épistaxis qui surviennent aussi à ce moment sont loin d'être constantes chez l'adulte; nos deux malades n'en ont pas eu; mais chez l'enfant il est rare qu'elles manquent; il faut en être prévenu, et alors qu'on pense à une fièvre typhoïde par exemple, ne pas leur attribuer une importance qui fasse pencher le diagnostic de ce côté.

Mais je voudrais surtout fixer votre attention sur un phénomène dont la valeur n'est pas assez connue, quoiqu'il ait été signalé depuis longtemps. Dès cette période catarrhale, qui dure quatre, cinq, six jours, si l'on examine la bouche on y trouve, vers le quatrième jour, la première trace de l'éruption et pour ainsi dire la signature de la maladie. La voûte palatine présente des plaques limitées d'une rougeur plus ou moins intense, et, en y promenant le doigt, on peut sentir le relief de l'éruption rubéolique ; ce signe a une importance capitale dans le diagnostic, il ne faut jamais le négliger. Trousseau le signalait et professait que plusieurs de ses erreurs tenaient à ce qu'il ne l'avait pas cherché. N'oubliez donc jamais d'inspecter la bouche et par la vue et par le palper; vous me l'avez vu faire au n° 16 *bis* le jour de son entrée, l'éruption existait déjà à la peau; mais j'ai encore pu vous montrer la rougeur qu'elle avait déterminée sur le voile du palais.

Après avoir occupé les yeux, le nez, le pharynx, le catarrhe continue sa marche descendante; il arrive au larynx et à la trachée : la voix s'enroue, et le malade est pris d'une toux rauque et quinteuse, toux férine qui ressemble, dit-on, à celle des chats enrhumés. Elle a quelque chose qui rappelle l'étranglement de la coqueluche, et cette ressemblance peut même donner lieu à une confusion fort difficile à éviter si le médecin n'assiste pas à ces accès de toux laryngée.

Chez les enfants surtout, la laryngite striduleuse accompagne très-souvent le catarrhe laryngé, c'est un des accidents les plus fréquents du début de la rougeole. L'enfant, qui s'était endormi tranquillement, se réveille en sursaut vers onze heures, minuit, quelquefois une heure du matin ; il est en proie à un accès d'oppression : sa toux est rauque, très-fréquente, mais bruyante et d'un timbre éclatant, il semble qu'il tousse dans un cornet à bouquin. L'anxiété et la terreur du petit malade sont très-grandes ; les parents, effrayés, cherchent le médecin. En général, quand il arrive, tout est terminé, l'enfant se rendort paisiblement, et il n'y a plus qu'à rassurer la famille et à l'avertir que, s'il y a un second accès, il sera moins violent et se produira presque certainement vers quatre heures du matin. C'est dans les quarante-huit heures qui précèdent le commencement de l'éruption qu'on observe cet accident; vous saurez donc que celle-ci est proche, mais pourtant vous ne vous hâterez pas trop de l'annoncer, car elle peut tarder un peu plus.

La laryngite striduleuse est bénigne. On a publié à la vérité quelques cas où un accès aurait amené la mort par suffocation; mais les observations de ce genre sont extrêmement rares et contestables, surtout si l'on réfléchit qu'aucune d'elles n'est sortie d'un hôpital d'enfants.

Les accidents catarrhaux que nous venons de décrire sont ceux de la grippe; si l'on y joint la courbature, un peu de fièvre, de l'inappétence et une céphalagie souvent très-vive, causée par la propagation du catarrhe à la muqueuse des sinus frontaux, ethmoïdaux, etc., le tableau de la fièvre catarrhale simple sera complet. Si l'on n'est guidé par les conditions d'âge et de contagion, le diagnostic devient donc très-difficile.

La température peut l'éclairer, à la condition qu'elle soit suivie pendant plusieurs jours. Si vous prenez une température isolée, vous n'en tirerez aucune indication utile ; vous ne pourrez juger sa marche que sur un ensemble de quatre températures au moins prises pendant deux jours, matin et soir. Quand vous voudrez recourir à ce moyen de diagnostic, il ne faudra donc pas vous contenter de placer vous-même une fois votre thermomètre, il faudra le laisser dans la famille, en enseigner l'usage, et ne tirer parti de ses indications qu'après le temps nécessaire.

J'ai placé sous vos yeux un tableau de la température des huit premiers jours dans un certain nombre de maladies fébriles. Vous y voyez que le début de la fièvre typhoïde présente une marche lente et régulièrement ascendante; chaque soir la température s'élève d'un peu plus d'un degré, le lendemain elle redescend d'un demi-degré, de sorte que vers le troisième et le quatrième jour elle a atteint quarante degrés environ; la forme générale des tracés est celle d'un escalier régulier.

Dans la scarlatine, vous voyez dès le début une ascension énorme, après laquelle la température se maintient aux environs de quarante degrés, formant un plateau très-élevé.

Dans la variole existe également une ascension très-prononcée, quoique moins brusque; le maximum n'est atteint qu'en deux ou trois jours.

Dans la fièvre catarrhale enfin vous savez que la fièvre est nettement rémittente ; assez élevée le soir, elle retombe chaque matin presque au chiffre normal.

Vous voyez que ces tracés diffèrent de celui de la rougeole, qui vous offre une ascension lente n'atteignant le chiffre de quarante degrés qu'au moment de l'éruption, et interrompue au quatrième jour ou au troisième par une rémission complète. Si vous avez bien présents à l'esprit ces différents tracés, vous comprenez qu'un ensemble de quatre ou cinq températures vous permettra en général de faire un diagnostic précis. Rappelez-vous surtout cette rémission du troisième jour que je viens de vous signaler dans la rougeole; si vous n'en tenez pas compte, il vous arrivera, trouvant votre malade sans fièvre, d'annoncer que décidément tout est fini, qu'il n'aura pas la rougeole; le lendemain l'éruption paraissant vous donnerait le démenti le plus formel et le plus préjudiciable à votre réputation.

Je voudrais cependant faire une réserve à propos de ces tracés de température; ils sont pris à partir du début apparent de la fièvre; or M. Labbée, interne de M. Gubler, a montré que pendant toute la période d'incubation qui précède la maladie, la température dépasse la normale d'un degré environ.

Quoi qu'il en soit, quatre, cinq, six ou sept jours après la fièvre apparaît l'éruption rubéolique. Je ne vous décrirai pas son aspect caractéristique, elle fixe définitivement le diagnostic; mais au point de vue de la marche ultérieure et du pronostic, il n'y a que fort peu d'indications à en tirer; elle se montre d'abord à la face, autour de la bouche et autour des yeux, puis sur la poitrine et sur les membres supérieurs, enfin sur les membres inférieurs; elle se fait ainsi en trois poussées successives. La première est la plus aiguë, elle correspond à la température maximum et au plus grand développement des phénomènes généraux.

Cependant le catarrhe continue sa marche. Point négligé par la plupart des auteurs, il envahit l'oreille ; la muqueuse de la trompe d'Eustache et de la caisse du tympan est presque toujours prise, souvent elle ne l'est que légèrement, et tout se termine sans accident; mais souvent aussi ses lésions sont assez graves pour entraîner la surdité. Cette otite est surtout

redoutable chez l'enfant, elle donne lieu à des phénomènes dont l'origine est souvent méconnue. Trousseau disait que quand un enfant crie, manifeste une vive douleur, s'il ne perce pas de dents, il faut avant tout examiner ses oreilles, presque toujours on y trouvera une lésion inflammatoire. Les erreurs de diagnostic auxquelles donnent lieu ces accidents sont si fréquentes, que M. Bouchut, dans son travail sur les pseudo-méningites, donne le premier rang à l'otite parmi les maladies qui peuvent simuler la méningite.

La connexion intime des circulations de l'oreille et de l'encéphale est sans doute la cause d'un certain retentissement qui donne lieu à cette similitude d'aspect; elle est, dans tous les cas, d'une très-grande importance, et il ne faut jamais la perdre de vue. Je vous ai déjà dit, dans une précédente leçon, que dans les asiles d'aliénés les infirmiers savaient que la rougeur du pavillon des oreilles chez un aliéné annonce l'imminence d'accidents congestifs. Ces faits méritent d'être rapprochés.

En même temps qu'il occupe l'oreille, le catarrhe gagne les bronches. Pendant la période d'éruption, on entend dans la poitrine des râles sous-crépitants, fins, disséminés, ressemblant beaucoup à ceux de la broncho-pneunonie, très-différents, au contraire, des râles sibilants qui dominent dans la bronchite simple et dans la grippe. Ces râles fins n'indiquent pas autre chose que la propagation du catarrhe aux petites bronches. — Ils s'accompagnent de crachats muco-purulents ou purulents. crachats figurés, déchiquetés sur leurs bords, nummullaires que je vous ai montrés chaque matin dans le crachoir de nos deux malades. Vous avez vu qu'il est impossible de les distinguer de ceux qui proviennent des cavernes pulmonaires, et qu'à ne regarder qu'eux on ferait le diagnostic de phthisie. La question est quelquefois délicate à résoudre. Le n° 16 *bis* présente au sommet gauche du poumon une prédominance des râles sous-crépitants, accompagnés d'un peu de matité. Il y a probablement là quelques tubercules, mais il n'y a certainement pas de cavernes, et l'expectoration que vous avez vue ne compte pour rien dans ce diagnostic.

Quand tout marche régulièrement, la maladie est terminée en onze jours; les prodromes durent cinq jours, l'éruption quatre, et le catarrhe lui survit deux jours environ; mais s'il persiste davantage, il y a bien des chances pour qu'il dure plus d'un mois. C'est ainsi que les choses se sont passées chez les malades que vous avez vus.

La desquamation se fait par très-petites écailles qui sont entraînées par la sueur, de sorte que souvent elle n'est pas visible.

Chez le n° 16 *bis*, l'éruption boutonneuse a laissé après elle, surtout sur le dos et la poitrine, des macules d'une teinte cuivrée qui persistent quelquefois et ont pu être prises pour une roséole syphilitique; il suffit d'être en garde contre cette cause d'erreur pour l'éviter.

ÉTUDE SUR LA MENSTRUATION

AU POINT DE VUE DE SON INFLUENCE SUR LES MALADIES CUTANÉES (1)

Par le docteur Danlos, interne lauréat des hôpitaux.

Conclusions. — Il existe une sympathie manifeste entre l'appareil utéro-ovarien et le système tégumentaire. Cette sympathie se traduit soit par des éruptions dont le début coïncide avec les époques menstruelles ou avec le développement de troubles utérins, soit par la disparition d'un état morbide de la peau, lorsque s'établit la puberté ou que cessent des accidents dysménorrhéiques. Pour l'expliquer, on pourrait dire que les affections de la peau ont, par leur mobilité urticaire, par leur caractère hyperesthésique (herpétides), ou névralgique (zona), ou anesthésique (léproïdes), une certaine analogie avec les affections nerveuses, et que de tous les systèmes organiques de l'économie, le système nerveux est celui qui reçoit le premier le contre-coup des troubles utérins (hystérie). On serait ainsi conduit à voir dans les manifestations cutanées, liées à la menstruation ou à ses désordres des névroses réflexes. Ajoutons que cette sympathie n'est pas évidente chez toutes les malades, et même qu'on ne l'observe, du moins à un haut degré, que dans un nombre de cas assez limité.

(1) In-8. — Prix, 1 fr. 50. — Paris. Adrien Delahaye.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 novembre (1). — Présidence de M. Lunier.

Maladie de Graves. — M. Beni-Barde continue la lecture de son mémoire :

Le premier est celui d'une jeune fille chlorotique, extrêmement nerveuse, qui, après avoir eu des accès de fièvre intermittente et des crises de névralgie, fut atteinte presque en même temps d'une double exophthalmie et d'un goître plus développé à droite qu'à gauche. Le docteur N. Guéneau de Mussy conseilla un traitement hydrothérapique et nous en confia la direction.

Un examen consciencieux fait par ce savant médecin permit de constater que le cœur ne présentait aucun trouble, et les renseignements recueillis auprès des parents de la malade nous apprirent qu'il n'y avait jamais eu de palpitations.

Un traitement hydrothérapique consistant en une douche froide générale, courte et légère, fit disparaître tous les accidents, et la malade retrouva, après une cure de trois mois, une santé parfaite.

Le second fait exceptionnel auquel nous avons fait allusion concerne une jeune femme névrosique au premier chef.

Quelque temps avant l'explosion de la maladie, elle a éprouvé des désordres nerveux qui ont fait croire un instant à l'existence d'une ataxie locomotrice. Mais ces perturbations sensitives et motrices disparurent et furent remplacées par un goître et une double exophthalmie, sans aucune trace de palpitations.

Le traitement hydrothérapique fut suivi par elle avec une grande irrégularité et ne produisit que des résultats incomplets. La malade interrompit la cure et, depuis cette époque, nous n'avons plus entendu parler d'elle.

En ne retenant, dans ce dernier fait, que les troubles du mouvement et du sentiment, nous ajouterons que ces troubles sont assez fréquents chez ce malade avant l'explosion des symptômes caractéristiques du goître exophthalmique. Au surplus, s'il est vrai que les palpitations et la dilatation artérielle peuvent favoriser la production du goître et de l'exophthalmie, il serait peut-être bon de rechercher si ces accidents ne sont pas produits par le seul fait d'un état morbide du sympathique et peut-être même du système cérébro-spinal au niveau de la naissance des nerfs ganglionnaires.

Qu'on examine les faits et l'on verra que la triade symptomatique qui caractérise le goître exophthalmique est toujours accompagnée et très-souvent précédée de désordres nerveux sérieux, de troubles névrosiques, dont il faut tenir compte. Ces perturbations fonctionnelles résident pour la plus grande partie dans le système sympathique et sont accompagnées d'un défaut d'équilibre manifeste dans les fonctions de calorification, d'assimilation, de sécrétions et dans le jeu des appareils pulmonaire, circulatoire, gastrique et génito-urinaire. Elles sont de même nature que celle qu'on remarque dans la chlorose qui n'est, en somme, qu'une névrose ganglionnaire produisant un trouble de sanguinification et provoquant, par voie de suite, une altération de nutrition dans toute l'étendue du système cérébro-spinal.

Cette analogie entre la chlorose et le goître exophthalmique a été

(1) Suite. — Voir le numéro du 5 mai 1874.

de tout temps reconnue, et le docteur H. Guéneau de Mussy nous a affirmé avoir vu beaucoup de chlorotiques atteints de goître ou d'exophthalmie.

Il résulte, de ce qui précède, que la triade caractéristique de la maladie de Graves ne constitue pas exclusivement l'expression symptomatique de cette singulière affection. Un ou plusieurs des termes de cette triade peut manquer. Par contre, il est sans exemple que les troubles de la calorification et de la plupart des fonctions placées sous la dépendance du nerf grand sympathique aient fait défaut. Nous sommes donc autorisé à croire que la maladie de Graves est une névrose du nerf ganglionnaire produite par une altération de nutrition et quelquefois par une lésion organique de la portion du système cérébro-spinal où le nerf grand sympathique prend son origine.

L'altération ou la lésion peut, dans certaines circonstances, être limitée aux ganglions et aux cordons nerveux. Dans tous les cas, les autopsies connues jusqu'à ce jour ont révélé des altérations dans la moelle épinière, dans la moelle allongée et principalement dans les ganglions et les cordons nerveux qui forment le système du grand sympathique.

Quoi qu'il en soit, nous pensons que la modification de tissu contemporain du début de la maladie consiste en une altération de nutrition.

Comment agit cette altération? Comment expliquer la coïncidence des palpitations qui dépendent d'une excitation des nerfs ganglionnaires et la dilatation artérielle qui coïncide avec la parésie des nerfs vaso-moteurs? C'est là une difficulté que l'on rencontre souvent dans l'étude des névroses et que, dans l'état actuel de la science, il est presque impossible de résoudre. Toutefois nous espérons que les progrès accomplis par la physiologie permettront d'apporter la lumière dans cette question obscure de pathogénie.

N'insistons donc point sur cette analyse théorique et revenons aux faits.

Ce qui nous autorise à penser que dans le goître exophthalmique, nous sommes en présence d'un trouble de nutrition, c'est le fait suivant que nous avons eu l'occasion d'observer. — En 1866, nous eûmes à soigner une dame de Meudon qui présentait les signes caractéristiques de la maladie de Graves. Cette dame, en effet, se plaignait de palpitations, avait le corps thyroïde très-sensiblement hypertrophié, et présentait du côté de l'œil, une irritation très-gênante, avec saillie du globe en avant.

Cette dame éprouvait, en outre, tous les signes d'un état nerveux bien accentué.

Après trois semaines d'un traitement hydrothérapique, consistant en une simple douche froide quotidienne, tous les signes de la maladie de Graves avaient disparu complétement. Depuis cette époque, nous avons revu cette dame plusieurs fois, et aucun symptôme n'a reparu. Comme il y a déjà sept années, nous sommes en droit de croire à une guérison complète. Or comment serions-nous parvenu à un aussi beau résultat, dans un temps si restreint, si nous n'avions pas eu affaire à un simple trouble de nutrition? Il nous semble que, sur ce point, le doute est impossible. Cette affirmation ne nous empêche pas de croire que, dans quelques circonstances, le goître exophthalmique ne soit une expression symptomatique d'une lésion organique du système nerveux, ce qui a même été démontré par quelques autopsies.

Mais lorsque la maladie de Graves apparaît d'emblée, escortée de cet ensemble de symptômes nerveux purement fonctionnels, nous croyons qu'elle peut alors être attribuée à un simple trouble de nutrition. Cette opinion nous conduit fatalement à admettre que, lorsque cette maladie est reconnue et traitée pendant sa période initiale, il est toujours possible de la guérir ou tout au moins de l'enrayer.

En dehors des faits exceptionnels dont nous avons parlé et qui ont servi de point de départ à cette digression de physiologie pathologique, nous pouvons dire que les cas de maladie de Graves sans palpitations sont rares.

En général ce sont les palpitations qui constituent ce premier symptôme de la maladie proprement dite. Les malades se plaignent de battements de cœur continus et presque toujours d'une violence extrême; la paroi thoracique est fortement soulevée et parfois le choc du cœur est assez considérable pour être entendu à distance. Les palpitations sont exagérées encore par les mouvements, les fatigues et les émotions morales. Selon M. Jaccoud, le nombre des battements est compris, le plus souvent, entre 120 et 140 par minute; mais il peut être plus considérable, et nous avons donné des soins à une malade chez laquelle les traces sphygmographiques représentaient presque un mouvement continu. Mais, chose digne d'être notée, ces battements, si rapides et si précipités, ne cessent jamais d'être réguliers. La percussion révèle le plus souvent, lorsque la maladie est ancienne, une augmentation de volume du cœur, tantôt générale, tantôt partielle, et, dans ce dernier cas, n'occupant que le ventricule gauche.

A l'auscultation, on entend un bruit de souffle à la base qui a fait croire à quelques auteurs, à Stokes entre autres, que le goître exophthalmique s'accompagnait souvent d'une lésion organique du cœur. Mais l'anatomie pathologique a prouvé, dans maintes circonstances, que c'était là une erreur, ou tout au moins une exception des plus rares. A défaut de l'anatomie pathologique, l'issue le plus souvent heureuse de cette maladie prouverait encore la non-existence d'une lésion organique. Cependant il faut reconnaître que, dans certains cas, il peut y avoir une altération valvulaire, mais cette lésion n'est qu'une coïncidence, elle n'entre pour rien dans la pathogénie de la maladie de Graves, qui est, nous le répétons, de nature essentiellement nerveuse.

Le bruit de souffle systolique, qu'on entend à la base du cœur, se prolonge dans les vaisseaux du cou et se reproduit souvent dans les grosses artères du thorax et de la tête.

Chose digne de remarque, et signalée pour la première fois par Graves, le pouls radial reste petit et faible. Cependant, dans les cas graves, il peut devenir très-ample. Ajoutons à ces divers phénomènes le gonflement quelquefois considérable des veines du cou, et nous aurons le résumé succinct des phénomènes qu'on rencontre, dans la maladie de Graves, du côté du cœur et des vaisseaux. Ainsi que nous l'avons dit, ces phénomènes sont, en général, les premiers par ordre de date, précédant par conséquent le goître et l'exophthalmie.

L'espace de temps qui sépare l'apparition des phénomènes dont nous venons de parler de ceux qui se passent de côté du corps thyroïde et des globes oculaires, est, le plus souvent, très-variable, et peut même faire commettre des erreurs de diagnostic assez graves. A ce sujet, il nous revient à la mémoire un fait de ce genre que nous croyons utile de citer ici. Il s'agit d'un malade que nous avait adressé M. le professeur Bouillaud, afin de lui faire suivre un traitement hydrothérapique. Ce malade ne se plaignait que de palpitations. A l'auscultation, nous constatâmes un bruit de souffle tel que, malgré l'opinion du savant professeur, nous pensâmes avoir affaire à une maladie organique du cœur, et nous crûmes devoir aller faire part de ces craintes à notre illustre maître. M. Bouillaud persista dans son opinion et nous engagea à persévérer dans notre traitement.

A notre grand étonnement, les palpitations disparurent rapidement. Plusieurs mois après il y eut une rechute, et, cette fois, survint un léger empâtement du cou à droite, avec de la saillie oculaire.

Le goître et l'exophthalmie peuvent apparaître simultanément; selon Trousseau; cependant le gonflement thyroïdien précéderait de quelque temps la saillie des globes oculaires.

Cette tumeur thyroïdienne acquiert assez rapidement un volume qu'elle ne dépasse plus, volume qui n'atteint jamais les proportions énormes que l'on trouve quelquefois dans le goître ordinaire. Bien que souvent cette tuméfaction occupe toute la glande, il arrive parfois cependant qu'elle se limite dans l'un des lobes latéraux, et, selon Trousseau, c'est alors le tube droit qui est le plus fréquemment atteint, contrairement à ce qui se passe le plus souvent dans le goître ordinaire.

Tous les médecins s'accordent à reconnaître la nature vasculaire de cette tumeur, au niveau de laquelle on perçoit des pulsations et des bruits de souffle qui ne doivent laisser aucun doute à cet égard. Du reste, les quelques autopsies faites ont démontré qu'il y avait une augmentation de diamètre des artères thyroïdiennes qui étaient flexueuses, formant ainsi une sorte d'anévrysme cirsoïde. Lorsque le goître est ancien, le tissu conjonctif devient très-doux et fibreux, et il peut se former des kystes sanguins ou même de petites tumeurs

fibreuses qui peuvent persister après la disparition du goître, ainsi que nous avons eu l'occasion de l'observer une fois.

La malade à laquelle nous faisons allusion et qui présentait la triade symptomatique de la maladie de Graves, escortée et surtout précédée des troubles nerveux les plus variées, fut confiée à nos soins par les docteurs Bouillaud et Delpech. Elle a été guérie après un traitement hydrothérapique qui a duré environ une année entière. Seulement il est resté sur le côte droit du cou un petit kyste qui a résisté à toute espèce de traitement.

L'exophthalmie est quelquefois précédée de démangeaisons excessives des paupières, indiquant qu'il y a de ce côté un travail congestif anormal. Cette saillie oculaire a été tout d'abord attribuée à la gêne qu'apporte la tumeur thyroïdienne à la circulation veineuse. Cette interprétation, après avoir été adoptée par quelques auteurs, se trouve maintenant abandonnée. D'une part, l'apparition simultanée du goître et de l'exophthalmie et, d'autre part, l'existence possible de l'exophthalmie sans développement exagéré du corps thyroïde, prouvent de la façon la plus péremptoire qu'il peut n'y avoir qu'une corrélation limitée entre ces deux phénomènes. Il n'est pas rare, en effet, de voir l'un de ces deux symptômes exister seul, et la qualification de fruste donnée par Trousseau à certaines formes de de la maladie signifie que tous les symptômes de la triade ne sont pas toujours présents. Nous avons vu deux cas dans lesquels les globes oculaires étaient parfaitement intacts. Cependant si la maladie est livrée à elle-même, on voit tôt ou tard apparaître les symptômes principaux accompagnés des phénomènes secondaires dont nous parlerons plus loin, tels que des troubles nerveux intellectuels, l'impossibilité d'une attention soutenue de la part du malade, la suppression des menstrues chez la femme, etc.

Toutefois nous devons reconnaître que le plus souvent l'exophthalmie apparaît presque simultanément avec le goître. Elle est constituée par la saillie des globes oculaires au dehors des cavités orbitaires. Généralement elle est double et égale des deux côtés. Elle peut être assez prononcée pour que le rapprochement des paupières devienne absolument impossible, et dès lors l'absence de clignements et par voie de suite l'exposition continuelle à l'air peuvent produire, par irritation, du larmoiement ou de l'injection de la conjonctive. Praël rapporte un cas dans lequel on a observé l'ulcération inflammatoire de cornée avec cécité consécutive. Mais hâtons-nous d'ajouter que ces cas sont heureusement fort rares. L'état de la pupille est, dans cette affection, trop variable pour qu'on puisse lui prêter la moindre importance.

L'examen ophthalmoscopique ne révèle le plus souvent rien de pathologique, et les phénomènes observées sont purement physiologiques. Toutefois on a pu dans quelques cas constater un développement exagéré des vaisseaux de la rétine. Le plus souvent, les malades atteints de maladie de Graves ne présentent pas de troubles de la vue. L'accident le plus fréquent est la photophobie, poussée quelquefois à un degré extrême. Quelques malades voient double, ce qui tient, sans doute, à ce que la saillie des yeux n'est pas égale des deux côtés. Enfin le strabisme, la myopie et la presbytie peuvent être la conséquence de cette affection.

Quel est le trouble physiologique qui donne naissance à l'exophthalmie? Nous croyons, comme Trousseau, que le phénomène initial est une congestion, produit réflexe d'une irritation nerveuse centrale. « Si, dit le savant professeur de l'Hôtel-Dieu, nous remarquons que la saillie du globe oculaire peut, dans un grand nombre de cas, se manifester avec rapidité dans un paroxysme et disparaître ensuite, nous sommes conduits à attribuer cette saillie à une congestion violente et active. Ainsi pourraient s'expliquer l'apparition et la disparition facile de l'exorbitis; mais si les congestions répétées deviennent hypertrophiques, c'est-à-dire si l'habitude congestive exalte la nutrition du tissu cellulo-adipeux de l'orbite, ce tissu cellulaire augmente peu à peu de volume, et, en refoulant graduellement le globe de l'œil, il crée une exophthalmie désormais définitive. »

Les autopsies faites ont démontré qu'il y avait, en effet, lorsqu'elles donnaient des résultats, dilatation de l'artère ophthalmique, congestion veineuse de la région orbitaire, développement anormal de tissu adipeux de l'orbite, suivant le degré et l'ancienneté de la maladie.

Quant à la contraction des fibres musculaires de la capsule de Tenon par suite de l'irritation du sympathique, et invoquée par M. Galiszowski (1) comme cause de l'exorbite, elle est possible, mais son action ne fait, croyons-nous, si elle existe, que s'ajouter à celle de la congestion dont nous venons de parler. (*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Les Paires crâniennes.

Description rimée par le docteur DUPRÉ, professeur libre d'anatomie.

Sœmmering a compté douze paires nerveuses,
Willis n'en voit que neuf dans nos boîtes osseuses.
L'olfactif tient la tête et chemine en flaireur,
Puis l'optique s'élance en brillant éclaireur.
Vient le moteur commun, troisième en la carrière,
Il sait accommoder notre œil à la lumière;
Et notre œil, sur son ordre, exprime tour à tour
L'humilité, l'orgueil, l'ivresse avec l'amour.
Le quatrième au rang est un bien grêle éthique.
Il a pourtant grand nom, c'est le grand pathétique;
Il n'a qu'un muscle, un seul, pour humble serviteur.
Ce muscle est appelé le grand trochléateur.
Par lui projeté l'œil reflète en conséquence
L'horreur et le pathos que l'on nomme éloquence.
Pour nous dédommager, un gros nerf, après lui
Sur le rocher s'en vient prendre son point d'appui,
C'est le trifacial ou la cinquième paire,
Surnommé trijumeau. De trois nerfs il est père;
Le nerf masticateur lui sert le mouvement.
Quant au reste, il ne vit que pour le sentiment.
Ce n'est pas tout plaisir, et la fibre nerveuse
Souvent du mal ressent l'étreinte douloureuse.
Le moteur dit externe, au mal peu résigné,
Fait tourner en dehors l'œil colère indigné.
Ce nerf est le sixième; arrivent deux compères.
Pour complaire à chacun, disons qu'ils font deux paires,
Voir même une seule, ils vont au même trou,
L'un sur l'autre couchés, l'un est dur, l'autre est mou.
Le dur, le facial, fait grimacer la mine,
Et le mou, l'auditif, sur tous les sons domine.
Quant aux trois nerfs suivants, nous discutons encore
S'ils font un ou bien trois, sans nous mettre d'accord.
D'abord ouvre la marche un forcené buveur,
Le glosso-pharyngien, ce terrible soifeur.
Il lui faut mets corsés, à grand renfort d'épices,
Force absinthe et bitter, ses plus chères délices.
Le suit et le dépasse, un chevalier errant,
Tout cœur, voix et poumons, estomac dévorant.
Voilà pour son portrait, tracé d'après nature.
C'est le pneumogastrique en la nomenclature.
Il entraîne avec lui le spinal, nerf moteur,
Puis vient seul l'hypoglosse, éternel radoteur.

Essai de clinique sociale, par le docteur L'HUILLIER (2).

A côté de la clinique médicale, M. le docteur L'Huillier a pensé qu'il y avait place pour une clinique sociale. Cette dernière applique à la vie de chaque être considéré dans sa sphère morale, toutes les règles, toutes les connaissances nécessaires au maintien de l'intégrité de cette vie. Elle l'étudie surtout dans ses rapports d'ensemble avec

(1) *Gazette des Hôpitaux*, septembre 1871, numéros 107 et 108.

(2) In-18. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

le milieu ambiant dans l'exercice de ses droits, de sa liberté ou de ses devoirs sociaux.

Son but principal est de signaler, puis de prévenir, après les avoir commentées, toutes les lésions de substance qui ont une origine psychique et qui descendent d'une déviation, d'un trouble, d'un désordre dans les facultés de l'entendement, désordre qui laisse dans l'organisme une caractérisation matérielle de sa cause.

La clinique sociale est implicitement renfermée dans la clinique médicale, dont elle emploie les procédés d'étude et les moyens d'investigation; mais elle a néanmoins son domaine à part. Seulement ce domaine n'est pas encore défini : les éléments en sont répandus de tous côtés; il ne s'agit que de les réunir en faisceau. Tel est le but du livre que nous avons sous les yeux et qui se recommande vivement à notre méditation.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

76. Amat. Essai sur les maladies du cœur : de l'insuffisance tricuspide.
77. Richard. Étude sur le tubercule sous-cutané douloureux.
78. Ollivier. Essai sur les convulsions de l'enfance.
79. Montané. Étude anatomique du crâne chez les microcéphales.
80. Massonnaud. Essai sur la pathogénie de l'hypertrophie unilatérale partielle ou totale du corps.
81. Chaffey. Étude sur certains points de diagnostic de la pleurésie généralisée avec épanchement.
82. Darde. Du délire des actes dans la paralysie générale.
83. Schmitt. Du traitement des fistules à l'anus.
84. Munier. Considérations sur les maladies de l'œil consécutives à la fièvre typhoïde et particulièrement sur un cas de névro-rétinite.
85. Petitpoisson. Des lésions du muscle deltoïde dans les cas de rhumatisme. — Considérations cliniques.
86. Bach. De la coxalgie hystérique.
87. Vincens. Recherches expérimentales pour servir à l'histoire de l'herpès tonsurant chez les animaux.
88. Martin. De l'ataxie locomotrice progressive.
89. Piveteau. Étude sur la typhlite.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Boussiron (André) est nommé commis au secrétariat (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Castan, agrégé, est chargé du cours complémentaire d'histoire de la médecine.

M. Bertin, agrégé, est délégué provisoirement dans les fonctions de chargé du cours de médecine légale et toxicologie, vacant à ladite faculté.

— *École pratique des hautes études.* — M. Urbain est chargé des fonctions de préparateur du laboratoire de chimie générale, en remplacement de M. Maudet.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Decharme, professeur de physique au lycée d'Angers, est chargé du cours de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville, pendant le second semestre de l'année scolaire 1873-1874.

— *École de médecine de Bordeaux.* — M. Charles est nommé chef des travaux chimiques et pharmaceutiques.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Guitteau, professeur adjoint est nommé professeur titulaire de pharmacie et notions de toxicologie, en remplacement de M. Malapert, admis, sur sa demande, à la retraite.

M. Malapert fils, suppléant, est nommé professeur adjoint, spécialement chargé de l'enseignement de la pharmacie.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Prunier, préparateur de chimie, est nommé préparateur des travaux pratiques de première année (emploi nouveau).

M. Sergent, interne des hôpitaux, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Prunier.

— Clientèle à céder au centre de Paris (installation comprise). — S'adresser au bureau du journal.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance courte, commencée par l'ingrate, mais nécessaire expédition des remèdes secrets et nouveaux et terminée par un comité secret pour la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante dans la section des associés libres. Dans l'intervalle, un très-bon et intéressant rapport de M. Moutard-Martin sur un mémoire de M. Sistach, relatif au traitement des fièvres intermittentes par la médication arsenicale.

Il est deux points essentiels sur lesquels l'auteur du mémoire et le rapporteur sont d'accord : c'est, d'une part, la supériorité de la médication arsenicale dans la cachexie paludéenne; d'autre part, son insuffisance dans le traitement des fièvres intermittentes pernicieuses. On peut dire que l'accord sur ces deux points est à peu près unanime. Il n'en est pas de même sur le point qui fait l'objet principal du mémoire de M. Sistach, c'est-à-dire sur l'efficacité constante de la médication arsenicale dans les fièvres intermittentes de tous types et de toute gravité (la forme pernicieuse exceptée). Sans doute il y a un témoignage irrécusable, c'est celui des résultats mêmes obtenus par M. Sistach. Mais, à côté, il y en a d'autres qui ne leur sont pas conformes. Voici ce qu'écrivait le promoteur de la médication arsenicale en France, Boudin lui-même, dans son traité des fièvres intermittentes : « Un fait très-remarquable, c'est que le degré d'efficacité des préparations arsenicales, dans le traitement des fièvres intermittentes, soit subordonné d'une manière bien manifeste à la constitution médicale régnante, de telle sorte qu'on les voit parfois perdre à un haut degré de leur vertu fébrifuge, alors que, quelques jours auparavant, aucune fièvre intermittente ne résistait à leur action héroïque. » L'auteur ajoute, il est vrai, que l'action du sulfate de quinine, aussi bien que celle de l'arsenic, est également influencée par le génie épidémique des maladies. D'autres ont été plus loin : M. Beringuier dit avoir employé l'arsenic sans succès contre les fièvres intermittentes simples, et M. Laure, après l'avoir expérimenté à la Guyane, a formulé des conclusions formelles sur l'inefficacité de cette médication. M. L. Colin avoue, quant à lui, qu'il n'a pas osé mettre cette médication en pratique, pour combattre les fièvres de Rome et d'Algérie, redoutant son incertitude. Il y aurait donc là une question de temps et de lieux. M. Sistach est un médecin trop instruit et trop expérimenté assurément pour qu'il n'ait pas dû tenir compte de ces diverses conditions dans son mémoire. Ses faits doivent être pris en très-sérieuse considération, mais les conséquences à en déduire doivent être réservées. C'est ce qu'a très-sagement fait M. le rapporteur. Dr Brochin.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Traitement curatif de quelques formes de la folie par le chlorhydrate de morphine (1).

Nous avons résumé dans la précédente Revue les résultats thérapeutiques, que M. A. Voisin a obtenus sur un nombre assez considérable d'aliénés par l'emploi du chlorhydrate de morphine en injections hypodermiques. Nous avons pensé qu'il n'y aurait pas moins d'intérêt à faire connaître à nos lecteurs les résultats de ses observations sur les effets thérapeutiques de ce moyen en général, sur sa posologie, sur ses indications et contre-indications et sur ses effets physiologiques.

De l'application quotidienne que M. Voisin a faite de cette méthode, il a cru pouvoir dégager les remarques générales suivantes :

Effets thérapeutiques en général. — Pour peu que la maladie ne date pas de loin, et qu'elle ne soit pas compliquée de séries de délires, la médication maintient la maladie dans l'état où elle était au moment du traitement ; elle empêche la formation de délires secondaires, de sorte que l'on ne voit pas le plus ordinairement se former la série qui aboutit fatalement à la folie systématisée, à l'incohérence et à la démence.

La morphine a une action remarquablement sûre sur l'agitation des aliénés. Le calme commence à se produire ordinairement deux à trois heures après une injection suffisante.

La dose de morphine capable de calmer ces malades est très-variable et ne peut être atteinte qu'après quelques jours de tâtonnements. Elle a varié de 5 à 6 centigrammes, à 13 centigrammes pour obtenir l'apaisement et de 13 centigrammes, continués quotidiennement pendant un certain temps, à des doses quotidiennes de 20, 30, 40 centigrammes et même de 1 gramme, pour arriver à la guérison.

Indications de l'emploi de la morphine. — La médication morphinique guérit le plus souvent la folie lypémaniaque, exempte ou accompagnée d'hallucinations.

Les phénomènes mélancoliques, stupeur, extase, idées de

(1) Voir la Revue de samedi dernier.

suicide, idées mystiques cèdent à la morphine, la plus ordinairement dans un laps de temps assez court.

L'agitation maniaque, idiopathique ou symptomatique d'hallucinations et de conceptions délirantes, est un des phénomènes sur lesquels la morphine a le plus d'action.

L'anxiété mélancolique est aussi rapidement améliorée.

Cette médication a une influence très-puissante sur les névralgies, si fréquentes chez les aliénés.

La folie à double forme et circulaire, qui passe pour incurable, a guéri deux fois et a été améliorée dans deux autres cas.

Contre-indications. — Tout aliéné qui est atteint de folie idiopathique ou symptomatique de lésions du centre nerveux, de folie épileptique ou d'une forme quelconque de paralysie générale, se trouve mal de la médication morphinée.

La morphine n'est d'aucune utilité dans la folie par athérome artériel, et elle pourrait être nuisible en raison des congestions qu'elle produit et qui pourraient elles-mêmes amener des hémorrhagies par rupture vasculaire.

Effets physiologiques. — Ces effets varient suivant les doses, suivant l'impressionnabilité personnelle des malades et suivant la forme de la maladie. Aux plus faibles doses le malade peut éprouver tout de suite un léger sentiment d'étourdissement et même de vertige, de la chaleur à la tête et aux extrémités, un peu de trouble dans la vue et un sentiment désagréable de nausée.

Aux doses moyennes doublées, il éprouve aussitôt une sensation de chaleur partant du point injecté, montant à la tête et s'étendant aux membres; il rougit, a la vue troublée, puis ressent un anéantissement général, de la somnolence, des nausées, des vomissements. Ces effets durent environ cinq heures.

A des doses fortes, il éprouve la sensation de montée chaude à la tête, le trouble de la vue et parfois un anéantissement voisin de la syncope; les pupilles se dilatent, et l'on observe quelques secousses cloniques dans les muscles de la face.

Les symptômes les plus rapides des injections fortes sont la rougeur de la face, l'accablement, la somnolence, la sensation de chaleur générale, du trouble de la vue. Au bout d'une demi-heure environ, ces phénomènes cessent pour faire place à un sentiment de bien-être.

D'autres phénomènes immédiats des injections, chez des malades injectés tous les jours, sont des nausées, des vomissements muqueux ou alimentaires. M. Voisin a empêché plusieurs fois les vomissements de se produire en faisant boire, une heure avant l'injection, 1 à 2 grammes de chloral.

Lorsque la médication est longtemps prolongée, il se produit une autre série de phénomènes consécutifs : des troubles digestifs et des troubles de l'appareil urinaire, dysurie, et même strangurie dans quelques cas; quelques troubles de l'appareil circulatoire, injections de la face et des conjonctives, plénitude et quelquefois accélération du pouls, notable diminution de tension et un peu de dicrotisme. Le chlorhydrate de morphine n'a pas paru avoir d'autre influence sur la respiration que de déterminer un léger sentiment d'oppression. La peau a presque toujours été le siége d'un prurit. Quelques malades ont ressenti, avec de fortes doses, des commotions diurnes et nocturnes dans les membres.

Durée de l'influence morphinique. — Cette durée varie beaucoup, d'après le degré et la variété du trouble mental. Chez les malades tranquilles, la durée de l'action est de près de vingt-quatre heures; chez les maniaques, les hallucinés et les lypémaniaques agités, elle ne dépasse guère huit heures et n'atteint jamais vingt heures. Aussi M. Voisin considère-t-il comme nécessaire, dans ces derniers cas, de renforcer l'injection du matin par une seconde injection, et, quelquefois même, par une troisième vers la vingtième heure, ces deux dernières données à des doses moins fortes que celle du matin.

Voici, d'après leur ordre d'apparition, quels sont les effets physiologiques qui permettent de porter un pronostic favorable. Dès les premières doses, le malade éprouvera la rougeur de la face et des conjonctives, les nausées et vomissements, la sensation de chaleur générale, anéantissement, courbature, sommeil; diminution continue de la tension artérielle, puis amélioration de la physionomie, qui devient intelligente, éclaircissement du teint, franchise du regard, etc.

Le pronostic sera défavorable, au contraire, lorsqu'aucun de ces effets ne se produira ou qu'ils ne se produiront qu'après des doses considérables, et, au bout d'un laps de temps plus long qu'à l'ordinaire, en un mot lorsque les malades offriront de la résistance à l'action de la médication.

Enfin les conditions physiologiques et morbides qui rendent la médication infructueuse sont la menstruation, lorsqu'elle est suivie d'un réveil du délire et de l'agitation, l'inanition par refus des aliments, la cachexie, l'incohérence, l'ancienneté des hallucinations.

M. Voisin termine cet intéressant exposé en affirmant qu'il n'a observé, chez aucun de ses malades, les caractères de l'opiophagie ou ceux de l'empoisonnement par l'opium.

DES MANIFESTATIONS RHUMATOIDES

DE LA DYSENTÉRIE (1)

Par M. le docteur QUINQUAND.

Thomas (de Tours) (2) t. IV, p. 29, en traitant des complications de la dysentérie, étudie le rhumatisme : « Il est incontestable que pendant l'existence de la dysentérie phlegmasique, les articulations sont susceptibles d'être prises sous l'influence de la cause la plus légère. Ces deux inflammations parcourent en même temps leurs périodes, ou bien le rhumatisme articulé succède immédiatement à la dysentérie.

Ainsi donc, pour cet auteur, il y a rhumatisme articulaire. Plus loin, il rapporte qu'il a vu des dysentériques qui, ayant eu des rhumatismes articulaires antérieurs, furent affectés du côté des jointures et avec une intensité peu commune. Je suis convaincu, dit-il, qu'il n'y avait pas là seulement coïncidence, et que la saison favorable au développement du rhumatisme et de la dysentérie (fin été et automne) n'était pas la seule cause de cette apparition simultanée ou successive, mais qu'il y avait entre les deux phlegmasies un rapport de cause à effet. »

Ces faits offrent ample matière à discussion. Ici, en effet, on peut se demander si la dysentérie n'a pas été une simple cause occasionnelle, au même titre que le froid dans certaines circonstances; ou bien, si le rhumatisme n'a joué aucun rôle, et si les lésions sont simplement dysentériques; ou bien encore avec cette dernière hypothèse, quelle est la part du rhumatisme antérieur sur le développement de prétendues gouttes articulaires? Ce sont là des questions des plus complexes; cependant nous verrons bientôt que des dysentériques non rhumatisants, autant qu'on en puisse juger par des renseignements précis, ont eu des manifestations arthritiques.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 7 mai 1874.

(2) *Arch. de méd.*, t. VIII et IX, 1835.

Dès lors, il serait donc rationnel de penser que la dysentérie a joué le plus grand rôle dans ces déterminations locales.

« La phlegmasie articulaire, ajoute le même auteur, est une des complications les plus fréquentes et les plus graves de la dysentérie. » Il cite à ce propos une observation très-détaillée. (Obs. V.)

Cette observation est remarquable à plus d'un titre : Un jeune homme dans la force de l'âge, en pleine santé, est pris de dysentérie d'une moyenne intensité ; au moment où son état s'améliorait, on voit survenir une éruption variolique ; une variole se déclare ; les pustules évoluent, mais restent pâles, et le trente-deuxième jour de la dysentérie apparaissent les symptômes articulaires ; les phénomènes dysentériques sont toujours très-accusés ; les arthrites suppurent, et le malade succombe le 8 octobre.

A l'autopsie, on trouve ces lésions avec destruction des cartilages articulaires.

Dans ce cas particulier, quelle part faut-il attribuer à chacun des deux maladies coexistantes ?

Il est incontestable que la dysentérie peut produire des lésions articulaires ; d'autre part, on a également vu des arthrites varioliques.

La lésion, ici, s'est développée, alors que les signes des deux affections marchaient de pair.

Il est donc probable qu'il y a eu une influence dysentérique et variolique. Ce qui nous prouve encore que la variole a dû agir, ce sont ces lésions destructives des articulations.

Dans les cas où la dysentérie agit seule, les lésions articulaires ne présentent pas, en général, ce caractère de purulence avec destruction rapide des éléments de l'articulation.

« Jamais on ne commencera le traitement de l'arthrite par les topiques astringents ; sa disparition subite serait bientôt suivie de recrudescence de l'inflammation intestinale, dont elle n'est qu'un phénomène sympathique. »

L'irritation sympathique des articulations est si évidente pendant le cours de la dysentérie qu'il suffit, pour qu'elles deviennent le siége d'une violente phlegmasie, ou que la fluxion dysentérique cesse instantanément, ou qu'elles soient soumises à l'action du froid. Nous en avons observé un grand nombre d'exemples depuis trois ans.

Thomas cite un fait assez remarquable de cette suppression subite des évacuations dysentériques dont il a été témoin le 3 novembre 1834. (1)

Il croit à la mauvaise influence du blanc d'œuf, à l'action du froid ; cependant, dans l'observation de M. Lorain, nous notons que le malade resta au lit, partant point d'influence du froid ; il faut donc l'attribuer au traitement ; mais il n'en fit pas. Les remèdes ne sont donc pas ici les coupables, mais bien le médecin, qui ne voit pas dans ces manifestations locales des phénomènes obligés de la maladie.

Cambay (2) raconte ce qui suit : « On a vu la dysentérie disparaître par le développement d'une fièvre intermittente... d'un *rhumatisme*, d'une sciatique, d'une pleurésie, etc., — ce qui fait considérer ces maladies comme des crises salutaires. »

Pour ces auteurs, il y aurait donc une sorte de métastase, puisque la dysentérie disparaît par le développement d'une autre maladie.

Trousseau étudie la forme rhumatismale.

(1) Thomas, *loc. cit.*

(2) *De la dysentérie et des maladies du foie qui la compliquent*, 1re partie, 1847.

M. Délioux de Savignac (1) : « Plus tard (après les douleurs abdominales)..., la participation du système locomoteur à l'essence de la dysentérie pourra se manifester par des douleurs et des fluxions articulaires, si la forme devient franchement rhumatismale... »

M. Délioux décrit ces douleurs avec gonflement des articulations sous le nom de : Forme rhumatoïde de la dysentérie ; de l'assimilation forcée de la dysentérie au rhumatisme, tentée par Stoll, il faut tout simplement conclure à l'existence spéciale d'une forme de la première de ces maladies, dans laquelle se présente une complication de rhumatisme, ou seulement des symptômes rhumatoïdes.

L'auteur distingue deux cas : dans le premier, les douleurs sont plus ou moins vives, mais passagères, erratiques, sans fluxion considérable : ce sont des douleurs musculaires aux lombes, dans les parois abdominales, et enfin des élancements douloureux sur le trajet des gros cordons nerveux (sciatique).

Dans le second : douleurs plus véhémentes, les fluxions articulaires sont plus persistantes, plus profondes, et parfois l'épanchement synovial a pu rompre la capsule (Trousseau). Cette articulation s'affecte de préférence.

Le rhumatisme peut présenter les migrations et les transpositions brusques qu'on lui connaît : il s'opère des métastases aux dépens de la plèvre, des bronches, des poumons ; l'envahissement du péricarde ou du cœur n'a pas à ma connaissance été notée, mais on ne doit pas le croire impossible.

Cette fièvre ne s'accuse qu'à peine dans les pays chauds.

P. 162 : « J'ai vu, dans l'état aigu, des dysentériques se plaindre de quelques douleurs *arthralgiques*, aux genoux surtout, ce qui confirme les observations antérieures ; mais sans qu'il en résultât une modification dans la forme de la maladie. »

« Dans la forme chronique, les douleurs rhumatismales y sont plus fréquentes et plus tenaces que dans l'état aigu. Je les ai vues plus fréquentes dans les genoux, assez souvent dans le scapulo-huméral. »

M. Délioux considère les phénomènes articulaires comme une *complication* de nature *rhumatismale* ; tandis que les douleurs musculaires seraient des *symptômes* rhumatoïdes.

Nous verrons bientôt qu'il ne s'agit pas de *complication* puisque lui-même en fait *une forme*, ce serait être inconséquent et agir contre les données actuelles de la pathologie générale.

Une *complication* suffit-elle pour donner à une maladie une forme spéciale ? Évidemment non.

En second lieu nous verrons qu'il ne s'agit pas de rhumatisme.

Enfin M. le docteur Huette, mieux que ses devanciers, a établi que la dysentérie produit des arthrites qui méritent le nom de dysentériques. Il rapporte, un peu trop brièvement peut-être, dix observations de dysentérie avec arthrites ; ces faits ont été recueillis pendant l'épidémie qui sévit à Montargis en 1854.

La dysentérie seule ne lui paraît pas suffisante pour expliquer le rhumatisme dysentérique, il admet en outre une influence spéciale de conditions épidémiques encore inconnues.

Voici d'ailleurs les conclusions de ce travail consciencieux :

1° Il existe une variété d'arthrite reconnaissant comme cause unique et nécessaire la phlegmasie épidémique des membranes muqueuses du rectum et du côlon ;

2° Cette manifestation rhumatismale ne se montre pas dans

(1) *Traité de la dysentérie*, 1863, p. 65.

toutes les épidémies de dysentérie; elle est subordonnée à l'influence d'une constitution médicale particulière : un état diathésique individuel peut en favoriser le développement;

3° L'arthrite dysentérique essentiellement apyrétique, s'éloigne, par ses causes, sa marche sa physionomie générale et ses conséquences, du rhumatisme articulaire simple. Elle présente une grande analogie avec le rhumatisme blennorrhagique;

4° L'arthrite dysentérique, presque toujours polyarticulaire a une durée variable entre plusieurs semaines et plusieurs mois. Elle se termine par résolution dans la grande majorité des cas; elle peut, dans certaines circonstances rares, se terminer par suppuration et par ankylose;

5° La métastase ne résume pas la loi qui régit l'apparition de l'arthrite, ainsi que l'ont prétendu les anciens; il est plus rationnel de l'expliquer par une affinité morbide, qui, les muqueuses étant malades, détermine des effets pathologiques réflexes sur les autres tissus de l'économie.

L'auteur reconnaît que la *phlegmasie épidémique* du côlon et du rectum est la cause unique et nécessaire; le mot *épidémique* n'est pas lui-même nécessaire, puisque nous citons un exemple où l'on ne peut invoquer l'épidémicité.

Plus loin il ajoute que cette manifestation est subordonnée à l'influence d'une constitution médicale particulière, et aussi à un état diathésique individuel, partant la dysentérie n'est pas la *cause unique*.

Il considère ces lésions comme de nature rhumatismale, probablement parce qu'il y a une analogie avec le rhumatisme blennorrhagique; or il faudrait établir que ces faits d'arthrites blennorrhagiques qui ont des caractères spéciaux sont bien du rhumatisme : c'est ce qui n'est pas démontré.

Enfin M. Huette pense expliquer l'arthrite dysentérique par l'affinité morbide déterminant des effets réflexes sur les autres tissus de l'économie.

Le mot affinité appliquée à la pathologie, implique une idée de *ressemblance;* or qui ne sait qu'il n'y a aucune ressemblance entre la dysentérie et ces lésions articulaires. Mais puisqu'il y a affinité, pourquoi n'observe-t-on pas plus souvent cette arthrite?

D'ailleurs l'explication par les effets pathologiques réflexes n'est pas plus satisfaisante.

Tel est l'historique de la question.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 mai 1874. — Présidence de M. DEVERGIE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les rapports de MM. les docteurs Imbert et Dauvergne, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Saint-André et de Corbières. (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° un pli cacheté déposé par M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie (accepté); — 2° une lettre de remerciments de M. Corrigan (de Dublin), récemment élu membre correspondant étranger; — 3° des lettres de MM. Bouchardat fils et Grimaux, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie; — 4° une note de M. le docteur Lécard, médecin major à l'hôpital de la Rochelle, sur une épidémie de dysentérie estivale observée à cet hôpital; — 5° une note de M. le docteur Silvestre, sur la physiologie du cœur; — 6° une lettre de M. le docteur Carville, préparateur du cours de pathologie expérimentale à la faculté, ancien préparateur du cours de M. Longet et qui s'était rendu avec ce dernier à l'école d'Alfort, lors des expériences sur les mouvements du cœur dont nous avons parlé, dans laquelle il affirme sur l'honneur que les appareils enregistreurs ont été introduits par M. Colin dans les cavités droites du cœur, par la veine jugulaire.

PRÉSENTATIONS

M. RICHET présente, au nom de M. le docteur Sirus Pirondi, un volume intitulé : *Leçons élémentaires sur les maladies de l'oreille.*

M. GUBLER offre en hommage, au nom de M. le docteur Gustave Richelot, une brochure ayant pour titre : *Étude sur la nature et les propriétés thérapeutiques de l'eau minéro-thermale du Mont-Dore.*

M. BÉCLARD, au nom de l'éditeur, M. Asselin, présente un volume intitulé : *Compendium de physiologie humaine*, par Julius Bugde, traduit de l'allemand par Aug. Vincent.

RAPPORTS

M. LEFORT, au nom de la commission des remèdes secrets, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Traitement des fièvres paludéennes par la méthode arsenicale. — M. MOUTARD-MARTIN, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bouillaud et Chauffard, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Sistach intitulé : *Des fièvres paludéennes de Bone (Algérie) et de leur traitement par la médication arsenicale.*

Les faits qui forment la base de ce travail sont les suivants :

Les fièvres intermittentes qu'il a observées sont au nombre de 229, se subdivisant en 137 fièvres quotidiennes, 73 tierces, 11 quartes, 5 irrégulières, 3 larvées.

Les fièvres intermittentes printanières sont les plus fréquentes; elles embrassent un total de 84 cas, comprenant 15 fièvres de première invasion et 69 récidivées. A ces 84 malades la solution arsenicale fut administrée, et chez tous avec succès. A partir de l'administration de l'arsenic, les fièvres quotidiennes ne donnèrent plus, en moyenne, que 1.7 accès, les tierces 0.8, les quartes 1, les irrégulières 2.

Les fièvres estivales, au nombre de 61, ont présenté 10 cas de première invasion et 51 récidives, et ont toutes guéri.

Les fièvres automnales, au nombre de 84, ont donné les mêmes résultats, guérison sans exception et d'une rapidité extrême.

Ainsi, sur 229 malades atteints de fièvre intermittente de tous types, de toute gravité, pas un seul insuccès.

Voici quelle est la manière de procéder de M. Sistach. Il fait usage de la solution aqueuse qui contient 5 centigrammes d'arsenic par 50 grammes d'eau, par conséquent 1 centigramme par 10 grammes. Il recommande de fractionner les doses et d'étendre chaque fraction dans une suffisante quantité de véhicule aqueux. En prenant toutes ces précautions, on peut, d'après lui, administrer sans danger et sans avoir à craindre d'accidents d'aucune sorte jusqu'à 5 centigrammes d'arsenic par jour et même, dans certains cas, 8 centigrammes, 4 par la bouche et 4 en lavement.

Quant à la méthode à suivre pour obtenir la tolérance complète de l'acide arsénieux et lui donner toute son efficacité fébrifuge, M. Sistach la résume dans les préceptes suivants :

1° Donner l'arsenic à doses fractionnées;

2° Étendre chaque fraction de la dose quotidienne dans une grande quantité de liquide (100 à 200 grammes).

3° Proportionner la dose quotidienne du médicament à l'intensité de la fièvre, à l'insalubrité palustre de la localité et à la tolérance des malades;

4° Débuter par des doses de 3 à 5 centigrammes qui seront données chaque jour tant que les accès persisteront;

5° Insister d'autant plus sur le fractionnement et la dilution de la solution arsenicale, que la dose quotidienne d'acide arsénieux est plus élevé;

6° Après la cessation des accès, diminuer chaque jour d'un centigramme la dose d'acide arsénieux, en insistant toujours sur le fractionnement et la dilution ;

7° Enfin le médecin devra administrer lui-même les diverses doses du médicament.

M. le rapporteur croit devoir faire des réserves qu'il fonde sur les résultats moins heureux obtenus par Boudin, par M. Léon Colin et M. Chauffard, et sur une déclaration faite par M. Sistach lui-même, dans son mémoire, disant que l'acide arsénieux ne peut prétendre à égaler le sulfate de quinine pour la promptitude de son efficacité thérapeutique. En effet, sur trois cas de fièvre pernicieuses qu'il a traitées par l'acide arsénieux, deux ont succombé.

Suivant M. Sistach, qui partage à cet égard l'opinion de M. le docteur Isnard (de Marseille), ajoute M. le rapporteur, l'acide arsénieux aussi efficace que le sulfate de quinine, mais agissant plus lentement, doit être proscrit de la thérapeutique usuelle des fièvres pernicieuses et réservé seulement à quelques cas exceptionnels, qui ne sont pas spécifiés.

M. le rapporteur termine son rapport en ces termes :

Aujourd'hui tout le monde est d'accord sur ce point que dans la cachexie paludéenne, nulle médication n'est supérieure à la médication arsenicale. L'hydrothérapie seule peut lui être comparée. La cachexie paludéenne est le triomphe de l'arsenic, et, dans ce cas, il ne doit pas être administré suivant la méthode de M. Sistach. Il doit être donné à doses modérées et longtemps continuées. Il n'agit plus comme agent particulier, mais comme reconstituant, comme excitant des fonctions digestives et assimilatrices.

Nous ne terminerons pas sans insister sur les nombreuses recherches historiques qu'a nécessitées le travail de M. Sistach, sans appeler l'attention de l'Académie sur le soin avec lequel sont exposés les détails des faits présentés en tableau qui en facilite l'intelligence, et enfin sans rendre hommage à la conviction profonde de l'auteur.

La commission, par l'organe de son rapporteur, propose d'adresser des remercîments à M. Sistach et de déposer honorablement son travail dans les archives de l'Académie.

Ces conclusions sont adoptées.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Legouest sur les titres des candidats pour la place vacante dans la section des associés libres, à laquelle il devra être pourvu dans la séance prochaine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 avril 1874 (1). — Présidence de M. PERRIN.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA RHINOPLASTIE.

M. DEMARQUAY. J'ai fait dans ma vie plusieurs nez, et tout dernièrement encore une aile irréprochable. J'ai vu mon maître Blandin faire des rhinoplasties complètes d'une manière fort satisfaisante. Peut-être, dans le fait cité par M. Gaujot, Michon avait-il pris trop peu de lambeau. Je me rappelle en effet parfaitement avoir vu Blandin obtenir de magnifiques résultats même dans le cas où il n'y avait pas de cloison.

M. LARREY. Puisque chacun de nous apporte à la question le contingent de son expérience, je dois dire que j'ai fait, avec succès, quelques rhinoplasties partielles à la suite de tentative de suicide par coup de feu; le cas le plus beau que j'ai vu dans ce genre est celui qu'a présenté Lenoir : une restauration complète de l'aile du nez. Quant à la rhinoplastie complète, je suis de l'avis de M. Dolbeau. J'ai vu un des opérés de Blandin. Peut-être le maître en était-il à sa première manière ; mais le malade était affreux. J'ai vu également un des opérés de Lisfranc, que M. Forget doit se rappeler. Il était horrible, et, comme il servait souvent de texte aux railleries de Dupuytren, peut-être n'a-t-il pas été étranger à l'animosité de Lisfranc contre son collègue de l'Hôtel-Dieu. On ne peut nier que les résultats soient déplorables dans la rhinoplastie totale, excellents dans la rhinoplastie partielle. Je souhaite que le procédé de M. Ollier modifie cette conclusion ; mais ce sera je crois très-difficile. Enfin je me souviens d'avoir vu un des opérés de Lisfranc succomber à un érysipèle; c'est risquer beaucoup pour obtenir bien peu, et je me rappelle d'autre part, avoir vu des pièces prothétiques si admirablement faites et donnant une illusion si complète, que je serais bien tenté de leur donner la préférence, au moins jusqu'à nouvel ordre.

M. TILLAUX. Nos collègues sont divisés sur l'opportunité de la rhinoplastie totale, et je m'en étonne ; car cette opportunité même dépend des circonstances où se trouve le malade. Il y a, en effet, des cas tout différents les uns des autres.

Un premier malade a un affaissement du nez : ses narines, son lobule sont intacts; le corps du nez manque seul. (C'est le cas du malade de M. Ollier.)

Un second n'a plus ni nez, ni narines; il ne lui reste qu'un trou au fond duquel se voient les cornets. Je laisserais parfaitement tranquille le premier de ces deux malades, et les photographies de M. Ollier ne me semblent pas faites pour modifier mon opinion, car en considérant ces deux images qui représentent la physionomie de l'opéré avant et après, je serais presque tenté de préférer la première à la seconde. Aussi suis-je, dans ce cas, pleinement de l'avis de M. Dolbeau. Il n'en est pas de même pour le second cas. J'ai eu dans mon service, à Lariboisière, un homme qui, à la suite d'un coup de feu reçu à Gravelotte, avait, à la place du nez, un trou béant de la largeur d'une pièce de deux francs, et était devenu, pour ses semblables, un tel objet d'horreur et de dégoût qu'on ne voulait l'employer nulle part. Je l'ai opéré, et j'ai la conscience d'avoir bien fait, car dans les cas de ce genre, ce n'est pas un nez qu'on a la prétention de faire, c'est un trou que l'on bouche le mieux possible.

Ce que nous a dit M. Ollier, à propos du périoste, ne m'étonne pas. On sait, en effet, que le périoste crânien joue plutôt un rôle de protection qu'un rôle de nutrition, en raison du très-petit nombre de vaisseaux qui le traversent pour se rendre au squelette.

M. OLLIER. Je suis stupéfait de l'appréciation de M. Tillaux, et je serais tenté de croire, pour l'expliquer, qu'il a interverti l'ordre des épreuves photographiques. Je remets ces épreuves sous vos yeux, messieurs; en bonne conscience si vous hésitez entre ces deux physionomies, cela ne fera que confirmer l'adage : « Des goûts et des couleurs il ne faut discuter. » Cela me surprend pourtant beaucoup, et je dois vous dire que la malade est elle-même enchantée de la transformation de sa physionomie.

Le résultat obtenu est immense, et la photographie ne rend son importance que d'une manière fort incomplète. J'ai vu le malade de M. Dolbeau, Nasica; j'ai vu un nombre considérable de planches faites d'après des gravures plus ou moins fantaisistes; tous ces résultats me paraissent beaucoup au-dessous de ceux que j'ai obtenus. Pour la question de priorité, je l'établis ainsi : « En 1857, j'ai communiqué mon idée à M. Verneuil, qui l'a exécutée en 1861. En 1858, j'ai proposé ma méthode de rhinoplastie périostique et de rhinoplastie osseuse, appliquées par Langenbeck, en 1859, et je dois rendre cette justice aux Allemands que, dans plusieurs mémoires qui depuis ont paru sur ce sujet, je ne suis pas même cité. Je reviens maintenant à la description de mon procédé. Je commence par la dissection de l'ancien nez de haut en bas, dissection difficile à cause des brides et des cicatrices qu'on y trouve toujours, et j'en fais un lambeau flottant adhérent par les ailes et la sous-cloison.

Je taille alors le lambeau frontal, je le renverse sans le tordre et je l'insinue sous la peau de l'ancien nez que je viens de disséquer et fixe le bout supérieur du lambeau entre les narines. J'ai ainsi un nez saillant au lieu d'un nez en retrait. Quand le lobule manque, je me sers de la portion supérieure du lambeau que je retrousse.

Ce qui fait surtout l'originalité de mon procédé, c'est la conservation du lambeau. On évite ainsi la rétraction consécutive. Dans les anciennes rhinoplasties on ne pouvait plus montrer les malades au bout de neuf ou dix mois, tant le nez était ratatiné; aussi je comprends que, dans ces conditions, on ait abandonné la rhinoplastie totale.

J'ai, du reste, déclaré au début de mon travail que je ne m'occupais que des nez enfoncés, aspirés; et je crois mon opération utile en ce sens qu'elle met les malades dans la possibilité de respirer et de se débarrasser d'un affreux ozène qui complique presque toujours la si-

tuation. Quant aux risques que peut courir le malade, ils peuvent exister à l'hôpital, mais je n'ai jamais vu d'accidents en ville.

J'arrive à la question soulevée par M. Tillaux, relativement à l'ossification du périoste crânien : je ne suis pas de l'avis de notre collègue. Chez les animaux qui m'ont servi dans mes expériences, j'ai pu me convaincre que c'est une question d'âge et d'espèce. C'est ainsi que la reproduction de l'os par le périoste crânien se fait chez l'agneau, nullement chez le mouton, avec une rapidité extrême chez le chat, dans aucune circonstance chez le lapin. Il ne faudrait donc compter sur cette réparation que chez l'enfant.

M. FORGET. Je demanderai à M. Ollier depuis quand la malade dont il nous montre la photographie a été opérée. Sur sa réponse qu'il y a treize mois, je ne puis que trouver remarquable un procédé aussi exempt de rétraction et d'atrophie du lambeau. C'était, en effet, autrefois là la grande difficulté. J'ai vu les mauvais résultats obtenus par Bérard, Sanson, Lisfranc, et, à ce propos, je demanderai à M. Larrey s'il se souvient d'une femme qui fut opérée par Lisfranc, assisté de Pinel Grandchamp, et qui donna pendant quelque temps un résultat magnifique. Cette femme fut placée aux Petits-Ménages et put être, par conséquent, surveillée. Pendant plus d'un an, Pinel Granchamp la soigna méticuleusement, en artiste, et réussit à conserver, durant ce temps, au nez artificiel, une forme convenable. Malgré tous ces efforts, l'atrophie et la rétraction se produisirent, et, au bout de trois ans, le résultat était mauvais. Ce qui me frappe, par conséquent, dans le procédé de M. Ollier, c'est sa supériorité au point de vue du lambeau irrétrécissable.

M. LARREY. Je me rappelle le fait cité par M. Forget et un autre cas identique chez une malade opérée cette fois par Pinel Grandchamp.

PRÉSENTATION DE MALADES

Opération d'Esmarch : résection d'une portion du maxillaire inférieur pour une ankylose ou une constriction fibreuse des mâchoires. — M. DESPRÈS montre un malade auquel il a pratiqué cette opération il y a dix mois. Il a été obtenu une fausse ankylose, et un écartement assez considérable des mâchoires, à la volonté du malade, lui permet de se nourrir convenablement et de mâcher ses aliments, quoique les arcades dentaires supérieures et inférieures ne correspondent plus, ce qui est la conséquence forcée de l'opération.

Voici l'observation (Voir le numéro du 23 avril 1874).

M. OLLIER. Les faits analogues à celui de M. Desprès ne sont pas rares; mais il faut les observer longtemps après. J'ai opéré, il y a dix ans, une malade qui, un an après sa naissance, avait présenté un noma des plus graves et consécutivement une ankylose de la mâchoire. Après l'avoir opéré d'un côté, je trouvai l'article ankylosé du côté opposé et je dus le rompre.

Pour conserver l'écartement facile du maxillaire inférieur, j'eus recours à l'extension continue faite avec une bande de caoutchouc, fixée au pied du lit. J'ai complété tout dernièrement mon opération par une autoplastie destinée à empêcher la malade de perdre sa salive.

COMMUNICATION

M. PERRIN fait la communication suivante :

Note sur un cas de rétinite leucémique. (Voir le numéro du 7 mai 1874.)

La séance est levée à cinq heures trente-cinq.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

Séance du 15 avril 1874. — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine.

Un mémoire du docteur Caulet, intitulé : *Existe-t-il une médication phosphorée calcique?* — Un mémoire du professeur Rizzoli, de Bologne, intitulé : *Di alcune falsa articolazioni.*

COMMUNICATION

M. VERNEUIL fait la communication suivante :

Énorme abcès de la fosse iliaque gauche. — Drainage; ouverture consécutive dans l'S iliaque du colon. — Fistule sterco-purulente. — Guérison temporaire. — Retour des accidents sous forme de fièvre hectique. — Essai de cure radicale trop tardif. — Amélioration, puis mort. — Observation précédée de quelques remarques sur les fistules sterco-purulentes. — J'ai eu deux fois l'occasion d'observer une variété rare de fistules stercorales siégeant dans la fosse iliaque gauche et faisant communiquer l'intestin avec l'intérieur par l'intermédiaire d'un abcès sans relation primitive avec le tube digestif. Les deux cas se sont terminés par la mort. Dans le premier, je n'ai fait aucune tentative chirurgicale pour conjurer ce dénoûment; dans le second, j'ai opéré, mais évidemment trop tard. Cependant l'amélioration obtenue et le succès encourageant d'une opération préliminaire devant servir de prélude à l'occlusion de la perforation intestinale, m'ont fait entrevoir la possibilité de la guérison dans des cas où l'état général serait meilleur et l'intervention plus précoce.

J'espère donc que le récit de mon abstention et de mon insuccès ne sera pas sans utilité, et qu'il indiquera du moins la route à suivre à l'avenir dans ces conjonctures difficiles.

Qu'il me soit permis de faire précéder mes observations de quelques considérations sommaires sur les fistules sterco-purulentes.

Les perforations intestinales d'origine diverse font accidentellement communiquer l'intestin soit avec une aine voisine, soit avec une cavité muqueuse : estomac, vagin, vessie, soit avec l'extérieur, soit enfin avec des cavités pathologiques : kystes ou collections purulentes. Si ces derniers s'ouvrent en même temps à la surface tégumentaire, les matières intestinales traversant leur cavité pour se déverser à l'intérieur, il y a *fistule sterco-purulente*, terme qui indique clairement que le trajet charrie un mélange des fluides stercoraux et du pus fourni par les parois de l'abcès.

Les fistules sterco-purulentes sont très-communes à la région anopérinéale. On les rencontre assez fréquemment dans la fosse iliaque droite, à la suite de la typhlite et de la pérityphlite. Elles sont beaucoup plus rares dans les autres parties de l'abdomen.

Elles s'établissent par des mécanismes différents : tantôt la perforation intestinale ouvre la marche; le tissu conjonctif s'enflamme ensuite et devient le siége d'un abcès dit *stercoral* en dernier lieu. Survient l'ouverture spontanée ou artificielle de la collection purulente à l'extérieur; tantôt, au contraire, l'affection débute par un abcès juxta intestinal qui s'ouvre successivement dans l'intestin, puis à la peau ou dans l'ordre inverse.

Une fois constituée, la fistule sterco-purulente présente trois régions distinctes. Dans la profondeur, la cavité intestinale et l'orifice de perforation; à la surface, l'ouverture cutanée; entre eux, un trajet plus ou moins long, une cavité intermédiaire plus ou moins régulière, plus ou moins spacieuse, tapissée par une membrane pyogénique. Chaque région fournit ses fluides spéciaux — matières intestinales liquides ou gazeuses, sécrétion purulente, air atmosphérique avec ses molécules en suspension, — qui incessamment mélangées, réagissent chimiquement les uns sur les autres et peuvent acquérir des qualités nuisibles dont souffrent les membranes épithéliales, pyogéniques et épidermiques qui subissent leur contact. Ajoutons que le pus modifié déjà par l'air et les fluides stercoraux peut encore stagner et l'altérer davantage, si la cavité intermédiaire est vaste et anfractueuse; si l'orifice cutané, trop étroit ou mal situé, ne lui offre pas une issue suffisante. On sait que d'ordinaire les fistules stercorales ont peu de tendance à la guérison spontanée et le plus souvent deviennent permanentes.

On s'explique le fait dans l'anus contre nature consécutif aux hernies et, dans les perforations bi-muqueuses, par la soudure des membranes tégumentaires voisines, mais cette cause ne peut être in-

voquée dans les fistules sterco-purulentes, dont les orifices profonds et superficiels, sont trop distants et séparés par une cavité dépourvue de revêtement épithélial ou épidermique; cependant ces fistules ne sont guère moins rebelles et ne guérissent presque jamais sans le secours de l'art. Sans être définitives, elles sont au moins indéfiniment prolongées.

Même différence quant au pronostic; à quelques exceptions près, les fistules stercorales permanentes simples compromettent rarement la vie. Elles constituent plutôt une infirmité qu'une maladie et peuvent persister indéfiniment sans altérer la santé générale. Il en est autrement des fistules sterco-purulente qui, au bout d'un temps plus ou moins long, finissent presque toujours par détériorer la constitution et amener un état particulier caractérisé cliniquement par la fièvre lente, les troubles continus des fonctions nutritives, un affaiblissement progressif, et, anatomiquement par des lésions profondes des grands viscères.

Sans doute ce pronostic lugubre ne s'applique guère aux petites fistules anales, mais il est déjà vrai pour les grands délabrements de la région ano-périnéale et plus encore pour les fistules sterco-purulentes semblables à celles dont je vais tout à l'heure relater des exemples.

Il est utile de rechercher avec soin les causes de la persistance et celles de la gravité : les unes et les autres résident principalement dans la cavité purulente intermédiaire et accessoirement dans les qualités des fluides qui parcourent les trois régions de la fistule. Je m'explique : les perforations intestinales sous-cutanées ne sont pas inguérissables; elles peuvent se fermer par les seules forces de la nature, mais à la condition que le trajet intermédiaire ou cavité purulente se réduise peu à peu jusqu'à effacement par coalescence de ses parois. Ce travail réparateur spontané exige, au début, la transformation de la membrane pyogénique en membrane granuleuse et plus tard la mise en action non interrompue de certaines propriétés de cette dernière, savoir le rétractilité progressive et l'adhésivité des surfaces arrivées au contact.

Or l'organe granuleux ou, en d'autres termes, la couche des bourgeons charnus peut ne jamais acquérir ou perdre facilement les propriétés susdites; il suffit pour cela d'un état primordial de la constitution ou de certains incidents locaux, tels que la distension mécanique du foyer par le pus qui ne trouve pas une issue suffisante et surtout l'inflammation des bourgeons charnus amenée par le contact avec des fluides putrides, irritants et phlogogènes. Si donc le retrait progressif du foyer intermédiaire fait défaut, si les orifices restent ouverts, si en conséquence l'affusion se prolonge indéfiniment, il faut s'en prendre directement à la membrane granuleuse et indirectement aux causes qui compromettent, entravent ou abolissent son rôle curateur. (*A suivre.*)

Par décret en date du 8 mai 1874, ont été nommés chevaliers de l'ordre de la Légion d'honneur : MM. Hue, médecin du bureau de bienfaisance du XVe arrondissement de Paris. — Vy, médecin en chef de l'hôpital d'Elbeuf.

— La Société de chirurgie tiendra sa prochaine séance le 20 mai 1874.

Ordre du jour. — M. Terrillon. Du craquement sus-scapulaire. — M. Panas. Anatomie pathologique d'un cas de coxalgie.

— Clientèle à céder au centre de Paris (installation comprise). — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur les accidents hépatiques de la syphilis chez l'adulte, par le docteur L. Lacombe. — In-8°. — 3 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Des parasites des organes génitaux de la femme, par le docteur Gasser. — In-8°. — 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 57. — MARDI 19 MAI 1874. 47e ANNÉE. MARDI 19 MAI 1874. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BROUARDEL.

Leçons sur la rougeole (1)

(Recueillies par M. DE BEURMANN, externe de service.)

II.

Messieurs, la marche de la rougeole peut être entravée par un certain nombre de complications sérieuses.

Comme celle de la variole et celle de la scarlatine, l'éruption de la rougeole peut-être hémorrhagique, mais elle ne l'est jamais d'emblée comme dans ces maladies; les épistaxis du début peuvent être très-abondantes et compromettre même la vie par leur répétition; mais ce n'est jamais qu'à la deuxième période que surviennent les taches ecchymotiques de la peau, avec les vomissements de sang, les hémoptysies, les saignements de nez, qui constituent la forme hémorrhagique. Il ne faut donc pas attacher trop d'importance pronostique aux épistaxis du début, mais veiller aux hémorrhagies de la seconde période; Trousseau fait remarquer cette différence importante.

Les convulsions du début considérées comme de bon augure par Sydenham sont assez fréquentes chez l'enfant; elles précèdent de quarante-huit heures l'éruption. Elles peuvent être localisées et bornées à un spasme de la glotte, ou, au contraire, généralisées. Leur aspect est toujours effrayant; mais quelle que soit l'inquiétude de la famille, gardez-vous de céder à ses sollicitations et d'intervenir; Trousseau recommandait avant tout « de ne pas faire de médecine tumultueuse ». Il ne faut en aucun cas appliquer, comme on l'a conseillé, une serviette trempée dans l'eau bouillante sur les jambes de l'enfant, lui mettre de la glace sur la tête, etc.; dans l'immense majorité des cas, si le médecin empêche l'emploi de ces révulsions violentes qui suffiraient à elles seules à provoquer les convulsions, tout se passe sans accident. Trousseau n'a jamais vu les convulsions devenir graves que quand elles ont duré vingt-quatre ou quarante-huit heures; vous aurez donc toujours largement le temps de réfléchir avant d'intervenir.

Les convulsions n'existent pas chez l'adulte, mais nous retrouvons chez lui les accidents catarrhaux avec leur importance prépondérante. En effet, les complications qui constituent la gravité de la rougeole dérivent toutes du catarrhe, qu'elles siégent dans le poumon, le tube digestif ou à la vulve.

Les anciens disaient que le catarrhe de la rougeole est plus profond que tous les autres, parce qu'il est plus persistant, plus tenace, et qu'il aboutit presque toujours à la formation de pus. Les recherches modernes confirment l'opinion ancienne : M. Coyne a étudié la muqueuse du larynx au microscope, et il a vu que dès le début de la laryngite morbilleuse, il s'accumule dans le derme sous-muqueux une grande quantité de leucocythes qui constitueront plus tard les expectorations purulentes.

De plus ce catarrhe a une grande tendance à se terminer par ulcération, M. Coyne nous en donne encore la raison. Il a découvert dans la muqueuse du larynx des follicules clos, et il a vu que ces organes lymphoïdes semblent d'abord s'hypertrophier, puis étouffer les vaisseaux qui les nourrissent et déterminer ainsi leur propre mortification par un processus analogue à celui qui préside à l'ulcération des plaques de Peyer dans la fièvre typhoïde.

Outre ces ulcérations on trouve quelquefois, mais uniquement chez l'enfant, des fausses membranes donnant lieu à une laryngite diphthéroïde.

En somme on a donc affaire à une lésion profonde et devenant très-facilement ulcéreuse.

Les formes cliniques du catarrhe rubéolique sont très-nombreuses.

Dans le poumon il en est deux qui sont terribles par leur gravité; le catarrhe suffocant et la broncho-pneumonie. Le catarrhe suffocant n'est fréquent que dans certaines conditions. Pendant le siége de Paris, où ces conditions défavorables étaient réunies et portées au plus haut degré, il a été une cause de mort fréquente dans les huit, dix, douze et quinze heures qui suivaient l'apparition de l'éruption. C'est un accident de la période d'éruption; on sait qu'il n'y a pas de fièvre, si légère qu'elle soit, qui n'entraîne un certain degré de congestion pulmonaire : dans le catarrhe suffocant, cette congestion est énorme, elle s'accompagne d'une hypersécrétion épouvantable; le muco-pus qui obstrue toutes les voies de l'air est rejeté à la fois par la bouche et par les narines, et le malade meurt après quelques heures d'une anxiété horrible. Telle est la forme la plus grave du catarrhe suffocant, mais l'hypersécrétion peut être beaucoup moindre, et tout se borne à une dyspnée plus ou moins prononcée. Cet accident toujours grave ne se rencontre que chez les individus adynamiques et les enfants.

Les lésions qui le caractérisent sont les mêmes que celles

(1) Fin. — Voir le numéro du 12 mai 1874.

du catarrhe suffocant de la grippe; outre l'accumulation de muco-pus dans les bronches, on trouve dans les parties antérieures du poumon un emphysème dû aux efforts d'inspiration faits par le malade, et des ruptures vasculaires ayant produit des noyaux apoplectiques, les animaux à qui on a coupé les pneumogastriques présentent exactement les mêmes lésions.

Dans ces cas, messieurs, on conseille théoriquement un vomitif pour dégager les bronches; mais, en pratique, on ne réussit que rarement à le faire prendre au malade, et, alors même qu'il a été absorbé, il ne donne aucun résultat. Trousseau a essayé des dérivations cutanées, il a fait des applications du marteau de Mayor, des flagellations avec des orties, etc., mais ces procédés thérapeutiques ne semblent pas en rapport avec la gravité des accidents. Quant à moi, j'ai essayé tous ces moyens pendant le siége de Paris : les sujets ne manquaient pas, car j'ai eu en un seul jour douze morts par catarrhe suffoquant dans la grippe et la rougeole, dans mon service de la rue de Sèvres, jamais je n'ai obtenu de guérison.

La broncho-pneumonie, admirablement étudiée par Rilliet et Barthez, se produit à trois moments : invasion, éruption, déclin. Si elle survient pendant l'invasion, elle est presque toujours mortelle. D'après la doctrine ancienne, elle empêcherait l'éruption de se faire ; vous entendez dire dans le monde que la rougeole « n'est pas sortie ». Cette pneumonie catarrhale ne pardonne pas si elle survient chez les jeunes enfants au-dessous de deux ans. Celle qui survient pendant l'éruption est grave encore, mais à un degré moindre. Enfin dans la dernière période, celle de déclin, elle n'est grave que si le malade est cachectique ou très-jeune, le moment de son apparition domine donc le pronostic. Le diagnostic est quelquefois difficile parce que le catarrhe du début s'accompagne de râles sous-crépitants fins, que Rilliet désigne sous le nom de râles muqueux éclatants; ils ressemblent beaucoup à ceux de la pneumonie, mais n'éclatent pas par bouffées et ne sont pas accompagnés de souffle. Ainsi il faut ne pas se laisser entraîner par ses craintes mais se rappeler que le râle crépitant ou sous-crépitant fin existe normalement pendant deux ou trois jours.

Le catarrhe purulent qui succède à la rougeole s'accompagne souvent d'hypertrophie des ganglions bronchiques. Suivant Rilliet, la tuberculisation des ganglions bronchiques est consécutive à la rougeole dans la moitié des cas. Ces adénopathies prennent quelquefois une marche aiguë chez l'enfant.

Une ophthalmie qui peut être purulente complique dans un certain nombre de cas la rougeole, elle est grave surtout par ses suites : les granulations conjonctivales, les kératites ulcéreuses à répétition, qui, comme tous les phénomènes de scrofule, semblent mis en évolution par la rougeole.

La rougeole est une des causes les plus fréquentes de l'ozène, affection très-tenace et aussi désagréable pour celui qui la porte que pour les personnes qui l'entourent; elle s'accompagne d'un écoulement muco-purulent, elle est quelquefois suivie de carie des os du nez, enfin elle peut être le point de départ d'un érysipèle ou d'un eczéma.

Je vous ai déjà parlé de l'otite, si difficile à diagnostiquer au début chez les jeunes enfants, ses suites sont l'ulcération et la destruction de la muqueuse de la caisse du tympan, la surdité et toutes les complications sous l'imminence desquelles est toujours un individu qui a une carie du rocher. Ce sont la paralysie faciale par destruction du nerf dans l'aqueduc de Fallope, la thrombose des sinus de la dure-mère, l'embolie, l'ouverture de la carotide interne, la méningite, les abcès du cerveau, la gangrène du pavillon de l'oreille et des parties voisines. Il y a là une menace continuelle. Ne négligez donc pas d'examiner les oreilles de vos malades et empêchez-les de quitter l'appartement tant qu'ils auront encore un peu d'otite.

Les complications qui portent sur le tube digestif sont de trois sortes.

Quelquefois, au début ou au moment de l'éruption, il y a des vomissements de matières filantes, glaireuses, au nombre de trois ou quatre, rarement davantage. Ils ont peu d'importance, mais il faut savoir qu'ils peuvent exister et n'annoncent pas nécessairement une variole.

Assez souvent, au moment de l'éruption, les malades sont pris d'accidents dysentériformes ; leurs selles, identiques à celles des dysentériques, se composent de mucus, d'un peu de sang et de quelques débris de la muqueuse du gros intestin. Quoi qu'on fasse, cette dysentérie dure de trente-six à quarante-huit heures; il est tout à fait inutile de tenter un traitement énergique, un lavement amidonné, avec quelques gouttes de laudanum pour calmer la douleur, suffit et permet d'attendre une terminaison toujours favorable.

Quelquefois enfin il existe un catarrhe gastro-intestinal caractérisé par des vomissements et une diarrhée très-abondante cholériforme. Cet accident, plus commun dans la scarlatine, est assez grave; mais il entraîne rarement la mort. Seulement une difficulté thérapeutique se présente quand il s'agit de combattre cette diarrhée : au-dessous de deux ans, la tolérance des enfants pour l'opium est très-limitée, il suffit quelquefois de deux gouttes de laudanum pour les plonger dans un coma très-prolongé, il est donc souvent impossible d'atteindre la dose efficace, et l'on se trouve ainsi désarmé.

Les complications dont il nous reste à parler sont généralement graves. A la suite de la rougeole il peut exister sur toute muqueuse des ulcérations et des gangrènes; les plus fréquentes sont celles de la vulve, du larynx, de la bouche, le noma, enfin celle du poumon.

La gangrène de la vulve sera généralement arrêtée si l'on sait prendre des soins de propreté intelligents; pendant toute maladie les écoulements vaginaux, si fréquents chez les enfants des grandes villes, augmentent notablement, et alors le manque de soins favorise puissamment le développement de la gangrène.

Elle débute par la muqueuse, il existe d'abord une tache circulaire qui semble superficielle et est entourée d'un cercle livide; bientôt son centre blanchit, les grandes lèvres se tuméfient d'une façon énorme, et la gangrène s'étend rapidement. Elle peut envahir le périnée tout entier.

La rougeole est, avec la coqueluche, à peu près la seule cause du noma, en France du moins. Cette affection a un début toujours uniforme, mais généralement elle n'est reconnue que trop tard. Elle commence invariablement par une petite ulcération placée près de l'embouchure du canal de Sténon, derrière la deuxième grosse molaire supérieure. Cette petite plaque a la largeur d'une pièce de cinquante centimes; puis la joue se gonfle un peu, ce qui attire en général l'attention, et tandis que l'ulcération de la muqueuse se fait, dans le point exactement correspondant de la peau, apparaît une plaque noirâtre circulaire; la peau se sphacèle en même temps que la muqueuse, tandis que, dans les tissus intermédiaires les vaisseaux continuent à être perméables et entretiennent encore une certaine vitalité; mais bientôt les deux plaques gangréneuses se rejoignent, une perforation complète s'établit, et le petit malade, tombé dans une adynamie profonde, meurt presque toujours avec une diarrhée abondante.

La gangrène du poumon arrive secondairement, elle semble se produire de la même manière que chez les individus épuisés

et cachectiques, chez les aliénés gâteux, peut-être à la suite d'une embolie détachée d'un foyer gangréneux. Il est possible qu'elle soit quelquefois primitive.

En résumé la mortalité varie surtout en raison des conditions dans lesquelles se trouvent les individus atteints de rougeole. A l'hôpital des Enfants trouvés, elle est effrayante, elle atteint quarante-trois pour cent; à Sainte-Eugénie, elle est encore de dix-neuf pour cent; mais, en ville, elle est insignifiante. Pendant dix ans j'ai fait partie du service de santé du collége Sainte-Barbe, il y a eu quelquefois plus de cent rougeoles par an, pas un seul malade n'a péri; tout dépend des conditions générales et de quelques précautions. M. Grisolle, placé dans les mêmes conditions d'observation au collége Napoléon, a obtenu les mêmes résultats.

Guersant a popularisé cette opinion, que la rougeole est la maladie la plus favorable au développement de la tuberculose; pour lui, s'il existe une prédisposition, la phthisie se déclare à la suite de la rougeole. Cette opinion est probablement fondée sur ce fait que, dans un certain nombre de cas, le catharre bronchique se termine par une broncho-pneumonie caséeuse et une phthisie pulmonaire à marche rapide, mais on trouve alors bien plutôt de la pneumonie caséeuse que de la granulie. Du reste, en dehors de l'hôpital, cette terminaison est bien rare, on ne l'observe pour ainsi dire jamais en ville.

Je me résumerai, messieurs, en vous répétant que la rougeole est une maladie dont le diagnostic se fait surtout par le catarrhe, et dont le pronostic est entièrement subordonné aux accidents catarrhaux.

HOPITAL LARIBOISIERE. — M. Panas.

Kyste dermoïde de la région hyoïdienne (1).

Un jeune garçon de vingt ans vient à la consultation pour se faire enlever une tumeur qu'il présente à la face antérieure du cou, et sur laquelle il donne les renseignements suivants :

Il affirme qu'elle ne s'est produite que depuis deux mois et que jamais personne ne l'avait remarqué auparavant. Elle ne lui cause, du reste, aucune douleur, à peine un peu de gêne dans les mouvements de la région.

C'est parce qu'il a remarqué qu'elle grossissait un peu dans ces derniers temps qu'il veut la faire enlever. La tumeur est à peu près du volume d'un œuf de pigeon; elle siége exactement sur la ligne médiane, au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne et occupe précisément le point où se développent les kystes de cette membrane; elle suit les mouvements d'élévation du larynx dans les efforts de déglutition et adhère par conséquent aux parties profondes. On remarque seulement cette particularité que la base se circonscrit d'une façon assez nette avec les doigts, ce qu'on n'observe pas de la même manière dans les kystes thyro-hyoïdiens. La tumeur est indolente, et non adhérente à la peau.

La ponction est faite avec un trocart d'abord, et le liquide sortant à peine, une petite incision est faite avec le bistouri. Il sort un peu de liquide séreux mélangé de matière sébacée, et bientôt après on extrait, avec des pinces, une certaine quantité de cheveux assez longs et de couleur blonde, ce qui contraste avec la couleur actuelle des cheveux du malade qui sont châtain foncé. La membrane du kyste est fort adhérente aux parties voisines, surtout à l'os hyoïde, et l'on ne peut en enlever que quelques lambeaux avec les pinces.

L'incision est maintenue ouverte pendant quelque temps, puis se ferme au bout de quinze jours environ. Mais la tumeur se remplit de nouveau, et l'on est obligé de rouvrir la plaie recouverte par une croûte pour en faire sortir le liquide constitué surtout par du sang altéré. On y fait alors des injections de teinture d'iode, et malgré cela, près de trois mois après, l'affection n'est pas guérie, et la plaie menace de devenir fistuleuse.

(1) Lu à la Société de chirurgie. — Séance du 29 avril 1874.

NOTE SUR CINQ CAS D'EMPOISONNEMENT.

Le docteur Lédan, aide-major de première classe au 4e régiment de zouaves, nous adresse, sous ce titre, un travail très-intéressant mais un peu trop considérable par ses développements théoriques pour être iuséré en entier. — Nous en détacherons seulement le fait en lui-même pour le rapprocher de ceux que l'on trouvera prochainement dans la *Revue de la presse.*

L'histoire de l'accident survenu à cinq hommes du 76e de ligne qui avaient mangé des champignons, publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, m'a donné l'idée de résumer, en quelques lignes, un mémoire que j'ai adressé, en septembre dernier, au conseil de santé des armées.

Il s'agit de quatre officiers du bataillon auquel je suis attaché qui ont mangé, dans la matinée du 1er septembre, entre autres aliments, du gras-double. — Le cuisinier de ces messieurs en a aussi mangé et a présenté les mêmes symptômes. — Vers midi les symptômes se sont traduits par une violente diarrhée, d'incessants vomissements, une faiblesse générale absolue; chez deux de ces messieurs, il y a eu des hémorrhagies intestinales assez copieuses, crampes et refroidissement ont été constatés; en somme, une attaque de choléra parfaitement nette. Le pouls, à peine perceptible au début, a disparu pendant une période relativement longue. J'ai immédiatement fait une enquête. On accusait la bassine qui sert à blanchir les intestins et même les ustensiles de la cuisine des officiers; tout scrupuleusement visité a démontré l'inanité de ces suppositions, vis-à-vis desquelles je m'étais d'ailleurs gardé, en faisant prendre aux malades de l'eau albumineuse en quantité et favorisant la réaction par tous les moyens possibles.

Il résulte de plus, de mes investigations, que d'autres personnes ont mangé de ce même aliment sans inconvénient et que d'autres parties de l'animal blanchies dans la même cuve ont été ingérées sans que le moindre malaise soit survenu.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 novembre (1). — Présidence de M. Lunier.

Maladie de Graves. — M. Beni-Barde termine la lecture de son mémoire :

Tels sont les principaux symptômes qui caractérisent la maladie de Graves. Mais ce ne sont pas là les seuls caractères de cette affection, car tout un cortége de symptômes les accompagne, ou même quelquefois les précède. Et d'abord, chez la femme, qui est plus souvent atteinte que l'homme du goître exophthalmique, il existe un symptôme qui mérite toute l'attention du médecin. Nous voulons parler des troubles de la menstruation. Ces troubles se montrent dès le début de l'affection et sont presque toujours caractérisés par une diminution ou une suppression des règles. Dans quelques circonstances exceptionnelles, il survient de véritables ménorrhagies. Ces perturbations menstruelles persistent longtemps et ne disparaissent le plus souvent qu'avec la maladie principale. Dans tous les cas, bien que les désordres génitaux ne puissent pas être considérés comme une des causes du goître exophthalmique, il est important de les combattre sérieusement. Le professeur Charcot a remarqué et publié que tous les symptômes de la maladie de Graves s'amendent considérablement quand les femmes deviennent enceintes. Le fait est vrai, et nous connaissons une jeune femme qu'une grossesse a délivré de tous les phénomènes morbides; mais nous devons ajouter que parfois ces accidents reparaissent après l'accouchement.

(1) Fin. — Voir le numéro du 12 mai 1874.

Quand la maladie est grave ou ancienne, on observe de la diarrhée, des vomissements de matières aqueuses, des sueurs abondantes, quelquefois même des hémorrhagies pulmonaires ou tout au moins des épistaxis, symptômes dépendant, pour la plupart, d'un trouble fonctionnel du système ganglionnaire.

Lorsque la maladie affecte cette forme grave, il se produit de fréquentes congestions dans les viscères et l'amaigrissement ne tarde pas à survenir; les forces diminuent rapidement, et le malade devient cachectique ou tombe dans un état de marasme qui contraste singulièrement avec la suractivité fonctionnelle du cœur. Les malades atteints de goître exophthalmique présentent presque toujours les signes de l'anémie et de la chlorose. On ne peut être étonné de cette concomitance puisque, ainsi que nous l'avons vu, la maladie de Graves est le résultat d'un trouble de nutrition. L'anémie et la chlorose peuvent être une des causes de cette affection, elles peuvent, d'un autre côté, n'en être que la conséquence; il n'est donc pas extraordinaire de voir tous les phénomènes morbides qui caractérisent ces divers états pathologiques exister simultanément. Cette étroite association a même donné l'idée à quelques médecins de considérer la maladie de Graves comme une chlorose ayant une nature toute spéciale.

A côté des symptômes qui caractérisent essentiellement cette maladie, nous devons placer les troubles de calorification qui jouent un rôle extrêmement important. Les malades se plaignent d'une sensation de chaleur intolérable, sans que le thermomètre indique un accroissement de température en rapport avec cette sensation. Cependant il arrive assez souvent qu'il y a réellement augmentation de chaleur, et que même ce phénomène pathologique se présente avant l'apparition de la triade caractéristique.

C'est ordinairement aux mains, aux pieds, derrière le cou et aux oreilles qu'on observe cette surélévation de la température animale. Souvent on voit cet accroissement morbide précédé par un frisson à la suite duquel se déroulent les trois stades qui constituent un véritable accès de fièvre. Il n'y a aucune régularité dans l'apparition de ces accès qui s'accompagnent parfois d'une légère congestion spléno-hépatique ; mais leur constance est telle que nous les avons toujours constatés chez les nombreux malades qui ont été soumis à notre observation. Cette permanence des troubles de la calorification et de la circulation a beaucoup contribué à nous faire considérer la maladie de Graves comme une névrose du nerf grand sympathique.

Lorsque cette affection n'a pas été arrêtée dans sa marche et qu'elle est entrée dans la période cachectique, la situation des malades devient extrêmement pénible. Les pulsations incessantes et précipitées du cœur, les battements violents des artères de la tête, cause parfois de céphalalgie intense, la gêne de la respiration, les accès de suffocation qu'on observe assez souvent, et les insomnies fréquentes qui sont la conséquence de l'état du cœur, provoquent de grands désordres dans tout l'organisme et finissent par jeter une grande perturbation dans tout le système nerveux cérébro-spinal.

Si l'on ajoute à ce tableau l'aspect même du malade, l'expression de stupeur que donne à son visage la saillie des globes oculaires, la pâleur du teint, etc., on comprendra que cet ensemble pathologique assez extraordinaire, et assurément fort complexe, est dans tous les cas digne d'attirer l'attention des observateurs.

La marche et la durée de cette maladie présentent de grandes variations. Quelquefois l'évolution est rapide, nous en avons cité plus haut un exemple frappant; mais le plus souvent la marche est lente et la durée fort longue. Le pronostic n'est pas absolument grave, attendu que, jusqu'ici, la mortalité a été très-peu considérable. Toutefois, nous devons reconnaître que cette affection est souvent difficile à guérir.

Jusqu'à présent, c'est le traitement hydrothérapique qui a fourni les meilleurs résultats thérapeutiques. Déjà M. Gillebert d'Hercourt avait signalé ses nombreux effets; et si les succès n'ont pas été très-nombreux, cela tient en grande partie au défaut de constance des malades ou à une intervention hydrothérapique trop tardive. Il faut donc que les malades se décident à suivre ce traitement quand les principaux symptômes du mal apparaissent, et ils doivent savoir que la guérison n'est possible qu'à la faveur d'une grande persistance dans l'emploi des applications hydrothérapiques.

De toutes ces applications, la plus efficace et la plus commode à mettre en usage est sans nul doute la douche mobile. Elle doit être générale, froide, courte et légèrement percutante, surtout au début du traitement. Si elle est mal supportée, il faudra élever la température de l'eau jusqu'à ce que la tolérance soit établie; on la remplacera momentanément par des lotions pratiquées avec beaucoup de précaution.

Lorsque, sous l'influence de ce procédé légèrement tonique, le malade aura repris quelques forces, on augmentera l'énergie de la douche, et l'on abaissera la température de l'eau si cela est nécessaire. Arrivé à cette période de traitement, on pourra faire intervenir les applications spéciales destinées à combattre les désordres dominants. C'est ainsi qu'on utilisera les bains de siége froids et courts, les douches utérines, les bains de pieds chauds, etc.; contre l'aménorrhée, les bains de pieds froids à eau courante contre les hémorrhagies, les douches hépatiques ou spléniques contre les engorgements du foie et de la rate, les douches écossaises contre les douleurs, les demi-maillots ou les ceintures humides contre les troubles de l'appareil digestif.

En agissant ainsi nous avons pu obtenir des guérisons complètes; seulement la durée du traitement n'a pas été la même dans tous les cas.

Chez une malade de Trousseau nous avons dû employer l'hydrothérapie pendant deux années. Elle avait la triade symptomatique, une diarrhée très-persistante, de l'aménorrhée et présentait tous les signes de l'état cachectique. Chez une malade du professeur Bouillaud, une grande amélioration s'est manifestée après six mois de traitement, mais la guérison n'a été complète qu'au bout de trois ans.

C'est dans ces deux cas que le traitement a eu la plus longue durée; chez les autres, il a varié entre quatre et huit mois, et c'est, croyons-nous, la moyenne la plus exacte. Nous ne devons pas, bien entendu, dans cette indication, faire entrer en ligne de compte la guérison obtenue en trois semaines chez la malade dont nous avons déjà parlé. C'est un fait exceptionnel qui ne peut être un élément exact de statistique.

Dans tous les cas, et c'est notre conclusion, on doit considérer l'hydrothérapie comme une des médications les plus efficaces contre la maladie de Graves.

Commission (MM. Blumenthal, Duroziez, Gillebert-Dhercourt, rapporteur).

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr Blumenthal.

VARIÉTÉS

Les Facultés de médecine en France.

Une commission composée de MM. Arago (Emmanuel), président, de Mahy, secrétaire, P. Besson, Lallié, Thomas, Michal-Ladichère, Roussel, Naquet, Paris (Pas-de-Calais), Ducarre, Jourdan, Bert, de Salvandy, Bouisson, Bertauld, avait été chargée par l'Assemblée nationale d'examiner :

1° la proposition de M. Le Royer et plusieurs de ses collègues, relative à la création d'une faculté de médecine et d'une école supérieure de pharmacie à Lyon ; 2° la proposition de M. Fourcand et plusieurs de ses collègues, relative à la création d'une faculté de médecine et d'une école supérieure de pharmacie à Bordeaux ; 3° la proposition de M. Gatien-Arnoult et plusieurs de ses collègues, relative à la création d'une faculté de médecine à Toulouse; 4° la proposition de M. Lallié et plusieurs de ses collègues, relative à la création d'une faculté de médecine à Nantes ; 5° la proposition de M. Vente et plusieurs de ses collègues, relative à la création d'une faculté de médecine à Lille ; 6° la proposition de M. Amat, relative à la création d'une faculté de médecine à Marseille.

On lira avec intérêt le rapport dans lequel M. le professeur Paul Bert, membre de l'Assemblée nationale, résume les délibérations de cette commission.

I.

EXPOSÉ DES FAITS ET DÉLIMITATION DE LA QUESTION.

Messieurs, le 15 septembre 1871, un grand nombre de nos collègues, appartenant aux régions du Lyonnais, de la Savoie et du Dauphiné, demandaient à l'Assemblée nationale de créer à Lyon une faculté de médecine ; le 3 mai 1872, un nombre non moins considérable de députés de la Gironde et des départements voisins proposaient de transformer en faculté l'école préparatoire de médecine de Bordeaux. Ce double exemple était bientôt suivi par beaucoup de membres de l'Assemblée, le 10 juin 1872, le 22 et le 25 juillet de la même année, en faveur des écoles de Toulouse, de Nantes, de Lille. Enfin, le 25 juillet 1873, notre honorable collègue, M. Amat, faisait pour Marseille une demande semblable.

Vos diverses commissions d'initiative ayant pris en considération les cinq premières demandes, vous les avez renvoyées à l'examen d'une même commission, à laquelle est revenue plus tard la proposition de M. Amat ; cette commission les a étudiées, comme vous le montrera la suite de ce rapport, avec tout le soin que mérite une question complexe, dont la solution doit toucher à la fois aux intérêts de l'hygiène, de la profession médicale et de l'enseignement supérieur.

Les propositions que nous avons à examiner sont inspirées par un même esprit, et par un désir de sage décentralisation, auquel votre commission donne un assentiment sans réserve ; elles font toutes valoir, pour vous déterminer à modifier les conditions actuelles de l'enseignement de la médecine et de la pharmacie, des motifs identiques, et dont votre commission ne peut méconnaître la force ; c'est encore, toutes aussi, sur des raisons du même ordre qu'elles s'appuient pour justifier le choix des villes qu'elles désignent comme devant être le siége de facultés nouvelles ; ajoutons, enfin, qu'elles font toutes à l'État, au point de vue des frais de l'installation matérielle de ces facultés, des offres du même ordre, et qu'elles proposent de le garantir contre le surcroît de dépenses dont pourrait le menacer le fonctionnement régulier de ces établissements nouveaux.

Vous connaissez, messieurs, l'état actuel de l'organisation de l'enseignement médical et pharmaceutique en France. Il était donné, avant la guerre, par trois facultés de médecine (Paris, Montpellier, Strasbourg), trois écoles supérieures de pharmacie (mêmes villes), et vingt-deux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie (Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Nancy, Nantes, Poitiers, Reims, Renne, Rouen, Toulouse, Tours). Après la guerre, le décret du 1er octobre 1872, supprima l'école préparatoire de Nancy, et transféra dans cette ville la faculté et l'école supérieure de Strasbourg. Là retrouvèrent leurs chaires la plupart des professeurs des établissements strasbourgeois.

Les facultés et les écoles supérieures peuvent seules décerner les diplômes de docteur en médecine, de sage-femme de première classe, de pharmacien de première classe et d'herboriste de première classe ; l'attribution des grades inférieurs d'officier de santé, de sage-femme de deuxième classe, de pharmacien de deuxième classe et d'herboriste de deuxième classe appartient à la fois aux établissements supérieurs et aux écoles préparatoires.

De plus, celles-ci peuvent recevoir, pendant les trois premières années, les inscriptions des aspirants aux diplômes de première classe, et leur faire passer quelques examens de début.

Tel est, en peu de mots, l'état de choses que six villes viennent vous inviter à modifier aujourd'hui.

Votre commission avait donc à se demander :

1° Si les raisons générales sur lesquelles s'appuient toutes ces demandes sont assez puissantes pour motiver la création de facultés nouvelles, création qui, chacun le comprend, peut présenter des inconvénients de divers ordres ;

2° S'il conviendrait, dans le cas d'une réponse affirmative à la question précédente, de donner satisfaction aux six propositions déposées par nos collègues ;

3° Enfin, si un choix devenait nécessaire, sur lesquelles des six villes désignées il faudrait le faire porter.

Votre commission n'a pas cru devoir étendre au-delà de ces questions, déjà suffisamment ardues et délicates, le champ de ses études ; ce n'est pas cependant qu'elle n'y ait été sollicitée au début de ses réunions. Quelques-uns de ses membres, en effet, ont fait ressortir avec énergie, avec justesse, les défauts importants de l'organisation de l'enseignement médical dans les facultés déjà existantes ; ils ont déclaré que si les établissements nouveaux devaient être une simple copie de ceux qui fonctionnent aujourd'hui, ils se sentiraient peu disposés à en accueillir favorablement la création ; ils ont soutenu que l'occasion était heureuse d'imposer, à titre de conditions nécessaires dans l'organisation des facultés nouvelles, des réformes, unanimement et depuis longtemps réclamées, réformes que les facultés anciennes seraient bien obligées d'imiter à bref délai, sous peine de décadence.

Mais la majorité de votre commission n'a point pensé que l'Assemblée lui ait conféré, par son choix, un mandat aussi étendu. Il lui a semblé qu'il serait impossible de créer des facultés dans des conditions différentes de celles qui existent aujourd'hui, sans entraîner immédiatement dans le fonctionnement de celles-ci un ébranlement profond et des modifications que nous n'avons pas le droit de leur imposer ainsi par une voie détournée.

Enfin on a démontré que de ces réformes dans l'organisation de l'enseignement en découleraient nécessairement d'autres qui viseraient les conditions légales de l'exercice de la médecine et de la pharmacie. Or, par deux fois, l'Assemblée, appelée à statuer sur la prise en considération de propositions de lois concernant la réorganisation générale de l'enseignement de la médecine et la révision de la législation de l'an XI, a refusé itérativement, après discussion, d'examiner à fond ces importantes questions.

Votre commission a considéré que ces décisions de l'Assemblée devaient déterminer la sienne. Tout en regrettant de ne pouvoir proposer des résolutions législatives dont les résultats rendraient certainement beaucoup plus utiles les créations nouvelles, elle a cru devoir écarter sinon l'examen des imperfections de notre système actuel, — examen qui s'imposait pour ainsi dire chaque jour à elle, — du moins l'étude approfondie des remèdes qu'il faudra bien leur apporter dans un avenir prochain.

Mais il ne lui était pas possible de se désintéresser complétement de questions qu'elle rencontrait pour ainsi dire à chaque pas. En étudiant les conditions d'installation de facultés nouvelles, elle n'a pu considérer sans un profond sentiment de tristesse, l'état véritablement misérable auquel une impardonnable indifférence a réduit, sous le rapport matériel, nos

grandes et célèbres facultés de Montpellier et de Paris, sans souci de leur gloire, des services par elles rendus, et au risque de compromettre à la fois leur réputation et leur prospérité, en éloignant d'elles les élèves étrangers qui vont aujourd'hui chercher en Allemagne, non pas de meilleurs maîtres, mais des moyens d'étude plus largement préparés.

Au point de vue de l'organisation intérieure des facultés, du rôle de leurs membres agrégés, des rapports entre les élèves et les professeurs, de la nature des cours, de la série des épreuves probatoires, bien d'autres questions, non moins difficiles à résoudre en pratique qu'en théorie, se sont présentées à nous.

Votre commission ne pouvait se refuser à reconnaître et à proclamer que, dans notre système d'enseignement, le professeur est déplorablement isolé des élèves avec lesquels, après être descendu de sa chaire, il n'a plus de rapports officiels. Deux ou trois fois par semaine, nos professeurs viennent prendre la parole devant un auditoire en partie nomade et changeant dont ils n'ont aucun intérêt à voir s'accroître le nombre, dont ils ignorent l'instruction moyenne, où ils ne sauraient discerner les aptitudes individuelles, où ils ont le droit de ne connaître aucun élève par son nom. Le cours fait, ils sortent de l'amphithéâtre, vaquent à leurs occupations professionnelles ou à leurs travaux scientifiques, inconnus de leurs auditeurs, sinon de quelques élèves d'élite qu'ils admettent, pour des raisons personnelles et à titre gracieux, en leur intimité. Isolement funeste à tous, car s'il prive l'étudiant de la surveillance et des conseils du maître, il enlève à celui-ci la meilleure part de ce respect affectueux et reconnaissant qui devrait le soutenir dans son œuvre difficile.

Isolement qui frappe par un pénible contraste, lorsque l'on considère les universités étrangères, où élèves et professeurs, unis par un enseignement dans lequel ils sont sans cesse en un contact intime, intéressés également à ce que le cours soit fructueux, poursuivent les mêmes problèmes, et, dans leurs cliniques ou leurs laboratoires, vivent de la même vie studieuse en une incessante collaboration.

Les inconvénients de cette séparation presque complète des professeurs et des étudiants doivent se faire sentir en dehors de la sphère de l'enseignement proprement dit. Abandonnés en pleine liberté, sans appui, sans conseils, et même sans scolarité obligatoire, les étudiants en médecine sont contraints de diriger eux-mêmes leurs études et leur conduite. Chacun d'eux doit risquer, au milieu des circonstances les plus difficiles, un apprentissage de la vie scolaire, de la vie complétement libre. Il est vraiment admirable de voir que le bon sens de la masse triomphe aussi sûrement de tant de difficultés, escortées de tant de tentations et d'exemples mauvais. Cependant on ne peut se refuser à penser que cet abandon systématique et imprudent des élèves est pour beaucoup dans le résultat signalé par la statistique de 1866, c'est à savoir que, sur 5,316 étudiants inscrits à Paris, 2,383 avaient interrompu leurs études depuis un temps qui variait de deux jusqu'à dix ans.

Nous ne pouvions non plus ne pas regretter le petit nombre de cours que comprend l'enseignement de nos facultés, cours sur la direction générale desquels plane une incertitude fâcheuse, entre lesquels on remarque d'étranges illégalités, quelques professeurs les considérant comme destinés seulement à former des praticiens, tandis que d'autres tendent à leur imprimer un caractère scientifique plus élevé.

Ces différences de tendances pourraient cependant être utiles si ces cours étaient aussi nombreux que ceux des facultés allemandes, ce qu'il serait si facile de réaliser en partie dans les nôtres; car elles possèdent dans le corps de leurs jeunes agrégés une admirable pépinière d'hommes jeunes, instruits, désireux de faire leurs preuves, intéressés à réussir, auxquels il suffirait de donner quelques moyens d'action, et que l'on pourrait charger soit des cours spéciaux, soit des parties les plus élémentaires de l'enseignement, tandis qu'aujourd'hui une réglementation étroite les réduit presque tous au rôle de simples examinateurs.

Encore examinent-ils dans des conditions qu'on ne peut pas ne pas déclarer mauvaises. En effet, si l'enseignement est chez nous bien plus théorique que pratique, si le discours à l'amphithéâtre y tient plus de place que la démonstration au laboratoire, l'examen mérite des reproches du même ordre; l'entassement incohérent des mots et des faits protége efficacement le candidat contre les refus, et puisqu'un effort de mémoire suffit, le manuel arrive à remplacer le livre, le répétiteur prime le professeur.

La distribution des matières entre les examens prête elle-même à de bien fortes critiques; leurs prétentions encyclopédiques ne sont rien moins que justifiées par les faits; les sciences dites accessoires, et qu'il convient d'appeler fondamentales, la physique, la chimie, l'histoire naturelle, qui après avoir figuré aux examens de fin d'année, reparaissent dans les programmes des épreuves définitives, ne peuvent être connues sérieusement par l'élève et exigées efficacement par le professeur, grâce à cette répétition fâcheuse dans laquelle la responsabilité d'un examen se rejette fatalement sur celui qui l'a précédé ou qui le suivra.

Bien d'autres points importants méritaient d'appeler notre attention.

L'insuffisance, triste à constater, du traitement auquel une parcimonie qui n'existe qu'en France réduit nos professeurs, ne constitue-t-elle pas une injustice et un danger?

Est-il équitable, d'ailleurs, d'attribuer une égale rémunération au professeur de clinique, auquel son titre seul vaut toute une riche clientèle, et au professeur de science pure qui devra consacrer tout son temps à ses recherches et à ses élèves? Ne pourrait-on, au traitement fixe de celui-ci, ajouter, du moins, comme en Angleterre, en Allemagne, en Russie, etc., un éventuel proportionnel au nombre des étudiants qui travaillent dans son laboratoire, lorsque, bien entendu, on aura donné à nos facultés des laboratoires dignes de ce nom?

Dans un tout autre ordre d'idées, ne faudrait-il pas rendre aux facultés une part de l'autorité si étendue qu'elles possédaient autrefois sur leurs élèves, et la discipline ne gagnerait-elle pas à ce que l'autorité du maître se trouve ainsi augmentée?

Autre problème : le professeur ne perd-il pas plus qu'il ne gagne en considération, en influence sur les élèves, en liberté d'action même, à cumuler avec ses fonctions celles d'examinateur? Si ces deux rôles étaient séparés, ne se sentirait-il pas plus excité dans son enseignement, au grand bénéfice des élèves, et ne serait-il pas à l'abri de ces orages scolaires que la juste sévérité de l'examinateur a déchaînés si souvent sur la tête du professeur?

Il est nombre de questions encore, et de différentes natures, qui se sont rencontrées devant nous. L'utilité de l'existence des écoles secondaires, autres que celles des grandes villes, l'opportunité de conserver le grade d'officier de santé, les rapports à établir entre les facultés de médecine et les facultés des sciences, les avantages et les inconvénients d'un jury d'état pour la collation des grades, sont de ce nombre. Sur quelques-de uns ces problèmes, qui se relient très-intimement au sujet

même de ce rapport, nous insisterons plus ou moins longuement en leur lieu. Mais, quant aux autres, nous nous contenterons des quelques mots qui précèdent. Il nous suffit de les avoir soulevés, et nous avons dit en commençant pourquoi nous croyons devoir renoncer à la difficile tâche de les résoudre.

Les brèves observations dont nous les avons accompagnés pourront être prises en considération par l'administration de l'instruction publique pour ce qui est du domaine des arrêtés ministériels et des décrets; mais votre commission n'entend nullement en faire une condition de l'organisation des nouvelles facultés qu'elle va vous proposer de créer. Dans son opinion, ces facultés devront être instituées sur le même pied que celles qui existent déjà, donner le même enseignement, conférer les mêmes droits que celle-ci, sauf, bien entendu, à subir, comme les autres établissements d'enseignement supérieur, les modifications plus ou moins profondes que le pouvoir législatif ou le gouvernement jugerait nécessaire de leur imposer plus tard.

Ici, cependant, une observation est nécessaire. Les facultés de Paris et de Montpellier ne donnent que l'enseignement et les grades médicaux ; à côté d'elles se trouvent des écoles supérieures qui font le même office pour la pharmacie. Mais à Nancy, l'on a institué une faculté mixte de médecine et de pharmacie.

Votre commission considère que cette innovation est bonne en principe, et que, en fait, elle a donné déjà des résultats satisfaisants. Il n'y a que des avantages à réunir sur les mêmes bancs et dans les mêmes laboratoires les futurs médecins et les futurs pharmaciens; une certaine part d'éducation scientifique doit leur être commune, et leurs études spéciales même gagnent à cette fréquentation continuelle. D'autre part, les frais généraux de personnel et de matériel sont notablement diminués par cette organisation mixte.

Ce sont donc des facultés mixtes, analogues à celle de Nancy, mais non identiques, car il faudra faire la part des conditions toutes spéciales où celle-ci a été créée, que le ministre de l'instruction publique devra organiser si l'Assemblée accueille favorablement le projet de loi que nous lui proposons.

(A suivre.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous sommes heureux d'annoncer que le président de la société de bienfaisance italienne de Paris, notre très-affectionné doyen M. le docteur Caffe, vient d'être nommé commandeur de la Couronne d'Italie. M. le docteur Caffe a été élu président et a succédé au docteur Cerise, auquel sa ville natale, la cité d'Aoste, a érigé en grande pompe, sur sa place principale, une magnifique statue en marbre de Cararre.

Essai sur les variations de l'urée, par le docteur L. Fouilloux. — In-8°. — 3 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Des manifestations cardiaques dans l'érysipèle de la face, par le docteur Sevestre. — In-8°. — 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 58. — JEUDI 21 MAI 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 21 MAI 1874. — N° 58.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'incident relatif aux expériences cardiographiques d'Alfort a été clos hier à la suite d'un nouvel échange d'explications et de lettres, duquel il résulte que l'erreur attribuée à Longet, loin d'avoir l'importance qu'on avait cherché à lui donner, n'en avait en réalité aucune, et ne portait nullement atteinte aux conséquences déduites de l'expérience, vu qu'elle aurait été commise après cette expérience et dans des conditions telles que tout le monde eût pu s'y méprendre. La question reste donc telle que l'avait laissée la discussion avant cet incident.

M. le docteur Danet a lu, dans cette séance, un très-intéressant mémoire sur les fermentations en pathologie, qu'ils distingue en fermentations primitives et en fermentations secondaires : les primitives, comprenant les phénomènes connus sous le nom de fermentation alcoolique, butyrique, lactique, etc., qui peuvent se produire pendant la vie, et la fermentation putride, qui se produit après la mort ; les secondaires provoquant, par leur mélange avec les premières, des phénomènes anormaux dans les fermentations normales, ce qui lui a fait leur donner le nom de fermentations pathologiques.

M. Danet montre, par une série d'études faites sur des matières organiques en putréfaction, qu'un ordre régulier existe dans la succession des phénomènes de la putréfaction, et il a cherché à déterminer le rôle que jouent, dans ces phénomènes, les différents microzoaires et, en particulier, les bactéries.

Les fermentations secondaires ou pathologiques sont produites par des microzoaires différents de ceux qui donnent lieu à la fermentation putride ou primitive (bactéridies).

Enfin M. Danet a cherché à démontrer que les maladies zymotiques sont dues à la présence de parasites analogues, mais spéciaux à chaque maladie.

Jusque-là, M. Danet étant sur le terrain de l'expérimentation et de l'observation, nous n'avons aucun motif de ne pas accepter ses conclusions, d'autant qu'elles nous ont paru très-logiquement déduites ; c'est affaire d'ailleurs à vérification. Mais ici, où notre savant confrère nous conduit sur le terrain des hypothèses, la réserve commence à s'imposer. Ce serait un point important et assurément une question intéressante à examiner que de savoir s'il faut continuer, comme on l'a fait jusqu'à présent, à considérer les maladies zymotiques comme dues à des causes diverses, encore inconnues pour la plupart, ou s'il y a lieu de les assimiler avec les maladies putrides ou à ferments.

Cette dernière proposition a reçu des développements tout particuliers de la part de M. Danet, en ce qui concerne le choléra, dans un livre qu'il vient de publier tout récemment sous ce titre : *Des infiniment petits rencontrés chez les cholériques ; étiologie prophylaxie et traitement du choléra* (1). C'est à l'occasion de ce livre qu'il y aurait lieu d'examiner cette question.

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un membre associé libre. Les candidats inscrits avaient été présentés par la commission dans l'ordre suivant : 1° M. Le Roy de Méricourt ; 2° M. A. Chéreau ; 3° M. Belhomme. M. Le Roy de Méricourt a été nommé à une très-grande majorité (64 sur 69 votants). L'Académie n'avait pas depuis longtemps de représentant de la médecine navale, elle y sera désormais dignement représentée.

Dr BROCHIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. DOLBEAU

De la périostite alvéolo-dentaire (2).

(Leçons recueillies par M. V. PIETKIEWICZ.)

Messieurs,

Sous le nom de périostite alvéolo-dentaire, on désigne l'inflammation de la membrane interposée entre la racine de la dent et l'alvéole, et dont nous avons dit quelques mots dans une précédente leçon.

Les causes de cette inflammation sont nombreuses. Ainsi que vous le savez déjà, c'est une complication fréquente de la carie dentaire. On peut l'observer à presque toutes les périodes de cette affection ; mais c'est cependant dans les caries avancées du deuxième degré et dans la troisième période, avec ou sans destruction de la pulpe, qu'on l'observe le plus souvent. Des différences dans le processus de la maladie traduisent, du reste, pour le médecin, ces variétés d'origine. Souvent elle succède à la pulpite. Une obturation prématurée dans une carie du second degré ou du troisième, sans destruction de la pulpe, peut la provoquer ainsi, tandis que, dans la carie du

(1) Un vol. in-8°. — Paris, 1873, A. Delahaye.
(2) Voir les numéros des 16 et 21 avril.

troisième degré avec destruction de l'organe central, nous l'observons quelquefois consécutivement à l'obturation par suite du contact de la matière obturatrice, lorsque, le canal dentaire étant largement ouvert, les précautions nécessaires n'ont pas été prises, ou par suite de la transmission facile des changements de température par les substances métalliques le plus souvent employées. Si la dent a déjà présenté, une ou plusieurs fois, des symptômes de périostite, l'obturation peut amener le retour de ces accidents à l'état aigu par la rétention de liquides séro-purulents qui s'écoulaient facilement auparavant. La pression exercée sur la gencive par un plombage qui déborde la cavité d'une carie est encore une des causes de la périostite, aussi bien que les traumatismes divers auxquels peuvent être exposées les dents, et parmi lesquels nous rangerons les manœuvres usitées pour certaines opérations, telles que l'aurification, par exemple. L'influence héréditaire ne saurait non plus être mise en doute, pas plus que celle de la diathèse rhumatismale. Enfin il est bien prouvé, pour nous, que la périostite peut naître spontanément.

Quelle que soit son origine, qu'elle soit spontanée ou consécutive à une des causes que nous venons d'énumérer, la périostite peut être tantôt *partielle*, c'est-à-dire n'occuper qu'une portion de la racine si la dent est simple, ou qu'une seule racine, en totalité ou en partie, lorsque la dent est composée, tantôt elle peut être *totale*, et alors l'inflammation a envahi tout le périoste alvéolo-dentaire.

Les *caractères anatomiques* de l'inflammation aiguë de cette membrane ne diffèrent en rien de ceux du périoste osseux en général. Son gonflement amène simultanément un certain degré d'ébranlement et d'allongement de la dent, qui éprouve ainsi un véritable commencement de luxation. Si, à ce moment, on vient à pratiquer l'extraction, on trouve le périoste épaissi en totalité ou en partie, injecté, parcouru d'arborisations vasculaires nombreuses et serrées, décollé par places de la surface du cément.

Tous ces accidents peuvent s'amender et disparaître si la maladie se termine par résolution; mais si l'affection se prolonge et arrive à la suppuration, de nouveaux phénomènes s'observent et du côté de la dent et du côté du périoste. Au niveau des points où cette membrane a été décollée, le cément subit une véritable nécrose et éprouve une résorption lente qui se traduit au toucher par des inégalités, des rugosités de sa surface et peut s'étendre même jusqu'à l'ivoire et amener ainsi la disparition d'une plus ou moins grande partie de la racine. En même temps, il n'est pas rare de voir se former sur toute l'étendue ou sur une portion du périoste des fongosités de volume variable. Molles et saignantes lorsqu'on vient d'extraire la dent, ces fongosités fournissent une quantité de pus dont l'écoulement, quelquefois très-difficile et même impossible, peut se faire par différentes voies. Souvent, et c'est là son trajet le plus simple, il s'écoule par l'intérieur de la dent même.

Mais le canal dentaire n'est perméable que dans la carie du troisième degré, avec destruction de la pulpe, et, à cette période même, il peut cesser de l'être, un corps étranger, une parcelle d'aliment, une obturation intempestive pouvant venir boucher son orifice.

Dans ce cas, et lorsque la dent est saine ou que la carie est moins avancée, le pus est obligé de chercher une autre issue: Si la phlegmasie est localisée à l'extrémité de la racine, il peut décoller le périoste à ce niveau et former là une petite cavité où il se modifie plus ou moins. Le périoste distendu constitue les parois de ce petit kyste purulent. D'autres fois le pus décolle le périoste jusqu'au collet de la dent et s'écoule alors le long de la gencive, ou bien, s'arrêtant à moitié chemin, il soulève le périoste, traverse l'alvéole et donne naissance à un abcès qui s'ouvre dans le vestibule de la bouche. Le plus souvent cet abcès ne se referme pas, et il reste une fistule que nous appellerons *fistule gingivale* pour la distinguer de celle qui se forme lorsque le pus, contournant le cul-de-sac de la muqueuse buccale, vient déterminer un abcès de la joue ou d'une région voisine le plus souvent, et la formation d'une *fistule cutanée*.

Au lieu de perforer l'alvéole et de devenir l'origine d'un abcès et d'une fistule à trajet plus ou moins compliqué, le petit kyste purulent peut se développer et arriver à la superficie de la mâchoire, après avoir résorbé l'os. Ainsi se trouve constituée une des variétés des kystes de la mâchoire, les kystes périostiques dont nous ferons prochainement l'étude.

La périostite alvéolo-dentaire ne peut se terminer que par *résolution*, et sa marche est alors très-rapide, ou par *suppuration*, et la durée de l'affection est alors indéterminée; elle se prolonge des mois et des années, car, une fois établie, il est bien rare que la suppuration se tarisse complétement; ce fait s'observe néanmoins quelquefois.

Au point de vue de la description, nous pouvons donc considérer : une *périostite aiguë* et une *périostite chronique*, bien que cette dernière ne soit, à vrai dire, qu'un des modes de terminaison de la périostite aiguë. Nous devons dire aussi que cette affection expose à de fréquentes récidives.

Les *symptômes* de la périostite alvéolo-dentaire sont tellement tranchés que son diagnostic offre, en général, peu de difficultés. Le malade est ordinairement averti du début de l'affection par une douleur vague, gravative, peu intense, au niveau de la racine, dont le périoste s'enflamme; une sensation de corps étranger l'oblige à passer le cure-dents dans les interstices dentaires de cette région. Bientôt cette douleur, devenue plus aiguë, s'exagère sous l'influence des liquides chauds, tandis que les liquides froids la calment, au contraire. En même temps, la dent est devenue sensible à la pression. Son allongement, en détruisant les rapports normaux des arcades dentaires empêche le malade de rapprocher les mâchoires sans la rencontrer avant les autres dents, alors que le moindre choc exagère ses souffrances. La muqueuse gingivale, d'une coloration rouge ou livide à ce niveau, est en même temps le siége d'un gonflement plus considérable. Repoussée de l'alvéole par l'épaississement du périoste, la dent est devenue vacillante, et elle ne reprendra sa fixité normale qu'après la résolution de l'inflammation ou après la formation de fistules, si la périostite est passée à l'état chronique.

Cette affection peut se compliquer d'accidents locaux, d'accidents de voisinage et de phénomènes généraux.

L'inflammation de la pulpe dans les caries du deuxième degré et du troisième, sans destruction de cet organe, est une complication locale assez fréquente : aux symptômes habituels de la périostite s'ajoutent alors ceux qui appartiennent en propre à la *pulpite*, tels que les crises douloureuses spontanées ou provoquées par les liquides froids et le contact des instruments d'exploration.

Parmi les complications de voisinage le plus souvent observées et qu'il nous est impossible de passer toutes en revue, nous citerons, les abcès; les fistules gingivales ou cutanées à orifices quelquefois très-éloignés et multiples, les phlegmons de la joue et du cou, l'ostéite et la nécrose d'une portion plus ou moins étendue des maxillaires, la formation de kystes périostiques séreux ou purulents qui peuvent, quoi qu'on en ait dit, acquérir un volume considérable.

De l'insomnie, des accidents fébriles plus ou moins intenses peuvent encore venir compliquer l'état du malade.

L'extraction a longtemps été le seul traitement de la périostite, l'extraction appliquée, là encore, d'une façon tout aussi irréfléchie et inutile que pour la carie dentaire. Un traitement des plus simples vient, en effet, le plus souvent à bout de la périostite aiguë, et par son application du drainage chirurgical à la thérapeutique de certaines formes de périostite chronique, M. Magitot aurait tellement restreint les indications de l'extraction que cette opération est devenue une exception là où elle était considérée comme une règle.

Nous ne parlerons pas ici du traitement des complications de la périostite, nous reviendrons, du reste, en partie sur ce sujet quand nous étudiérons ensemble les fistules d'origine dentaire.

Le traitement de la périostite doit être local seulement ou local et général à la fois, suivant les cas. La périostite aiguë cède, le plus souvent, à quelques pansements opiacés ou à une émission sanguine locale à l'aide de sangsues ou de scarifications lorsque la phlegmasie est très-intense. Ce dernier moyen a encore pour résultat de ramener à l'état aigu une périostite à marche subaiguë menaçant de passer à l'état chronique, et dont il est alors plus facile de se rendre maître. Des fomentations tièdes et émollientes dans la bouche, ainsi que l'application de cataplasmes laudanisés sur la joue, peuvent encore rendre service.

Il faut, selon nous, réserver l'emploi des moyens généraux tels que saignée, purgatifs, etc., au cas où des accidents fébriles viennent compliquer l'affection locale.

Le traitement de la périostite chronique avec retours intermittents à l'état aigu sera le même que celui de la périostite aiguë, mais il devra, en même temps, chercher à favoriser la formation d'une fistule gingivale quand il y a menace d'abcès du côté de la bouche ou se terminer par l'établissement d'un tube de drainage permanent, soit dans la substance obturatrice, soit dans l'épaisseur même de l'ivoire, suivant les indications. Enfin, dans les cas extrêmes, nous devons nous résigner à l'extraction de l'organe malade; mais, nous le répétons, ces cas sont extrêmement rares et presque jamais avec une thérapeutique bien conduite, une périostite n'est au-dessus des ressources de l'art.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Lasègue.

Convulsions tétaniformes compliquant une lymphangite. — Traitement par le chloral à haute dose. — Guérison rapide (1).

(Observation recueillie par M. Bouthery, élève interne du service de M. le professeur Lasègue.)

Bien que l'observation suivante ne puisse être considérée comme un cas de vrai tétanos, je la communique comme un exemple des difficultés que peut présenter le diagnostic différentiel et aussi comme une preuve de l'efficacité du chloral dans les cas rares et toujours alarmants de pseudo-tétanos.

François C..., trente-sept ans, infirmier à l'hôpital de la Pitié, entra le 13 février 1874, salle Saint-Paul, 46. Cet homme, d'une bonne constitution, grand, brun, robuste et sobre, a servi autrefois comme soldat à la Martinique; il y fut affecté, pendant dix-huit mois, de fièvre intermittente et de dysentérie. A plusieurs reprises, au moment du frisson initial des accès, il fut pris de crampes douloureuses dans les membres inférieurs, et de contracture portant tantôt sur les muscles du tronc, tantôt sur ceux de la mâchoire.

Les fièvres cessèrent à trente ans. Cependant il y a quatre ans environ, il fut pris d'un dernier accès, non plus de fièvre, mais de contraction sans que le malade se rappelle à quelle occasion. Depuis cette époque, il a joui d'une bonne santé et n'a point gardé de traces des affections précédemment indiquées. Il n'est pas inutile d'ajouter que ces renseignements ne nous furent donnés qu'après la guérison du dernier accès auquel nous assistâmes, et dont le diagnostic fut tout d'abord très-embarrassant.

Dans les premiers jours de février, C... fut légèrement blessé au talon droit par sa chaussure; le 12 au soir, le malade alla passer la soirée chez sa femme qui habitait la ville. Il rentra à onze heures, se plaignant seulement d'avoir eu froid, étant resté dans une chambre sans feu alors que la température était basse. Cependant il alla se coucher et dormit une partie de la nuit.

Vers le matin, il fut réveillé par un frisson; néanmoins il descendit à cinq heures pour prendre son travail; mais bientôt le frisson se renouvela, avec céphalalgie, douleurs vives dans l'aine droite et la région lombaire, et enfin crampes violentes dans la jambe. Il remonta au dortoir, mais une heure après le malaise était si grand qu'il redescendit dans la salle Saint-Paul où il fut vu par MM. Lasègue et Verneuil. Il était alors dans l'état suivant : décubitus dorsal, face anxieuse, pupilles très-contractées. — Extrémités froides. — Température rectale 39°4. — Pouls à 120. — Respiration accélérée (38 à la minute), saccadée, irrégulière.

Dans l'aine droite, un ganglion tuméfié, très-douloureux au toucher, avec rougeur de la peau susjacente; la plaie du talon est violacée, sensible au toucher et entourée d'une zone de peau rouge et enflammée, large de plusieurs centimètres.

On ne voit point de traînée lymphatique ni à la jambe ni à la cuisse. Cependant toute la peau du membre est hyperesthésiée, et le moindre contact provoque immédiatement une crise que nous allons décrire. Un frémissement part du mollet; le membre tout entier est agité de plusieurs secousses courtes et rapides, après quoi tous les muscles entrent en contraction tonique. Cet état se propage au tronc, à la nuque, au visage, et pendant une minute environ le malade ressemble absolument à un tétanique en opisthotonos.

A ce moment, les douleurs atteignent une extrême intensité; le patient se cramponne avec ses bras aux barres de son lit et pousse des cris aigus; cette crise dure environ une minute et demie. D'autres crises semblables se sont manifestées dans les heures précédentes, environ de dix en dix minutes. Dans les intervalles, la résolution musculaire est à peu près complète, l'intelligence est tout à fait conservée. Ces symptômes graves, suivant un refroidissement manifeste chez un homme atteint d'une blessure, pouvaient faire croire au début d'un tétanos; quant à l'élévation brusque de la température, elle s'expliquait naturellement par l'invasion d'une lymphangite.

Le traitement suivant fut institué. Le membre fut enveloppé d'une épaisse couche d'ouate maintenue par une bande, après avoir été au préalable frictionné largement et du haut en bas avec l'onguent napolitain belladoné. — A dix heures précises, on administra d'un seul coup 3 grammes d'hydrate de chloral dans un demi-verre d'eau sucrée; un quart d'heure après l'envie de dormir survient, mais le malade s'agite, divague, essaye de se lever et doit être maintenu de force dans son lit. Cependant le pouls est déjà tombé à 108, et la respiration à 22; un quart d'heure plus tard, 100 pulsations. — Respiration normale, sommeil profond.

A midi, réveil subit; trois crises en dix minutes, un peu plus courtes et un peu moins fortes. On redonne 1 gramme de chloral; le patient retombe sur son oreiller. — A quatre heures. Pouls à 96. Température rectale 39°4. Coma léger. Pupilles très-contractées. Conjonctives congestionnées. Le malade a pris en tout 7 grammes de chloral. Ce médicament est suspendu jusqu'à nouvel ordre et ne sera repris qu'au cas où reviendraient des crises qui d'ailleurs semblent avoir complétement cessé. Avant de quitter le patient, on le réveille doucement pour lui faire prendre un verre de tisane et une demi-tasse de bouillon.

A minuit, une crise, huitième gramme de chloral.— A sept heures

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 6 mai 1874.

du matin, autre crise qui, du reste, fut la dernière, neuvième gramme de chloral. — A neuf heures, 100 pulsations, 40 degrés dans le rectum; abrutissement profond. On peut cependant obtenir quelques réponses assez correctes mais lentes, dixième gramme de chloral dans la journée. Le soir, le pouls et la température décroissent (96 pulsations, température 39°1).

Le lendemain matin, C... se réveille vers sept heures et mange avec plaisir. On découvre le membre; la rougeur a disparu autour de la plaie. Le ganglion n'est plus douloureux; on ne trouve pas de trace de lymphangite, et l'on peut explorer le membre en tous sens sans provoquer la moindre crise. Pouls à 98, température à 37 degrés. L'affection semble guérie. En effet deux jours plus tard le rétablissement était complet. — Exeat le 17. Reprise du service sans le moindre malaise jusqu'à ce jour (5 mai).

Il n'est pas probable, d'après les antécédents recueillis plus tard et que nous avons consignés au début de ce récit, que l'on ait affaire à un vrai tétanos; il s'agissait bien plutôt d'une de ces dispositions particulières à certains sujets et en vertu de laquelle un même accident venait à propos des causes les plus variées. Il est vraisemblable que la lymphangite et surtout son frisson initial ont joué ici le rôle de cause déterminante comme l'avait fait autrefois le frisson de la fièvre paludéenne. Néanmoins les crises convulsives autrefois observées avaient été plusieurs fois aussi violentes peut-être, mais beaucoup moins durables, car elles disparurent toujours sans médication spéciale, par le seul fait de la cessation du frisson. Dans la crise récente, au contraire, nous avons vu les accès se répéter sans relâche, à courts intervalles, et avec une grande violence pendant les quatre heures qui ont précédé l'administration du chloral, et persister pendant vingt heures encore jusqu'à ce que 10 grammes du médicament aient été ingérés. De sorte qu'il est difficile de dire ce qui serait advenu de ces accidents s'ils avaient été combattus plus tard avec moins d'énergie et à l'aide d'un médicament moins puissant. Ce fait démontre encore que l'ingestion, par la bouche, d'une dose qui n'est point excessive suffit amplement pour amener la résolution complète et le sommeil profond.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 mai 1874. — Présidence de M. DEVERGIE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1873, dans les départements de la Sarthe et de Seine-et-Marne.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° deux lettres de candidature, l'une de M. Desprès, l'autre de M. A. Gautier, qui se portent candidats, le premier dans la section de pathologie chirurgicale, le second dans la section de physique et de chimie médicales; — 2° une note de M. Galy, pharmacien, sur un moyen de reconnaître la mort réelle; — 3° une lettre de M. Nocard, professeur à l'école d'Alfort, relative à la discussion pendante sur la physiologie du cœur.

PRÉSENTATIONS

M. PIDOUX offre en hommage un volume sur la phthisie dont il est l'auteur.

M. DEMARQUAY présente une brochure intitulée : *Un chapitre de chirurgie conservatrice*, par M. le docteur Schener.

M. BOUCHARDAT. Une brochure sur le traitement de l'uréthrite chronique chez la femme par l'eau de Contréxeville, par M. docteur Debout d'Estrées.

M. DELPECH. Une brochure ayant pour titre : *Clinique ophthalmologique* du docteur de Wecker, à Paris, relevé statistique par le docteur Masselon.

M. LARREY offre en hommage la collection des *Archives médicales belges* de 1864 à 1874.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. de Vry (de Lahaye), membre correspondant, assiste à la séance.

M. H. DELISLE, ancien interne des hôpitaux de Caen, présente un instrument appelé porte-topique vaginal, fabriqué par M. Galante.

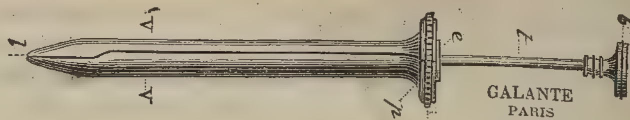


FIG. 1. Porte-topique fermé. — *l*, trait indiquant la ligne suivant laquelle le porte-topique est divisé dans toute sa longueur en deux valves *VV'*.
p, pavillon muni, sur son pourtour, d'une gorge dans laquelle est logé un anneau de caoutchouc *a*, qui, par son élasticité, maintient les valves rapprochées.
e, bouchon fermant l'ouverture du pavillon *p*, et dans lequel glisse la tige *t* du piston.

Cet instrument, en caoutchouc durci, de dimensions variables, permet à la femme de porter elle-même dans le vagin et jusque sur le col de l'utérus, avec autant de facilité qu'elle se fait une injection

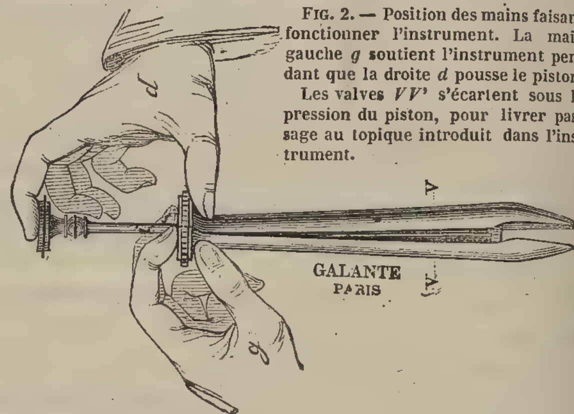


FIG. 2. — Position des mains faisant fonctionner l'instrument. La main gauche *g* soutient l'instrument pendant que la droite *d* pousse le piston. Les valves *VV'* s'écartent sous la pression du piston, pour livrer passage au topique introduit dans l'instrument.

liquide, toutes les substances médicamenteuses habituellement employées, telles que les tampons d'ouate ou de charpie, les éponges, les sachets médicamenteux, les pommades, les onguents et les poudres de toute nature.

On voit ainsi que le porte-topique peut servir à la malade à porter

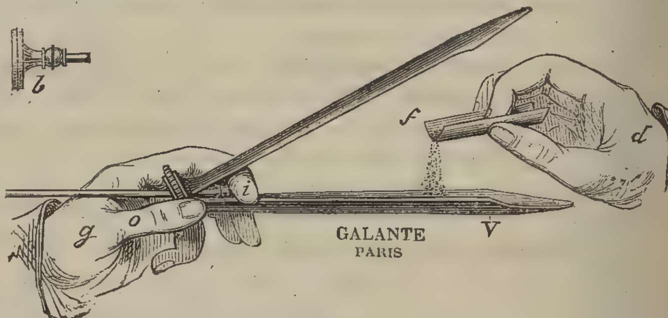


FIG 3. Position de l'instrument quand on le charge de la substance médicamenteuse.

indistinctement tous les médicaments que le médecin veut faire appliquer localement. Cette application topique, faite par la malade elle-même, a l'avantage de lui permettre de répéter tous les jours, et même plusieurs fois par jour, des pansements qui d'habitude ne sont effectués qu'une ou deux fois par semaine. Aussi le médecin

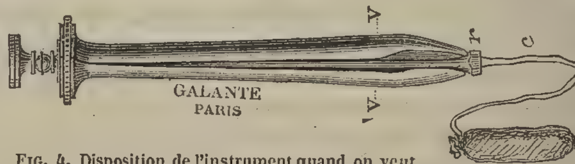
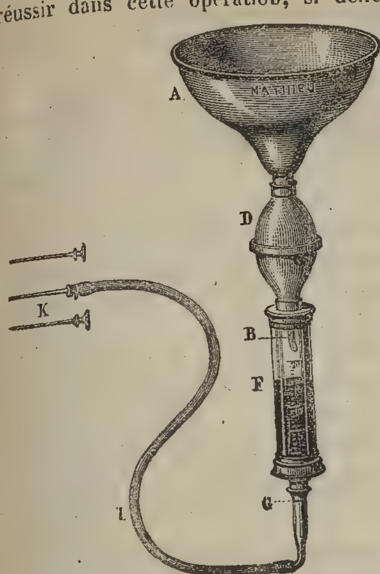


FIG. 4. Disposition de l'instrument quand on veut introduire un tampon ou un sachet.

peut-il substituer, dans ses prescriptions, l'injection d'une poudre, d'une pommade, ou bien l'application d'un tampon ou d'un sachet à l'injection liquide, et, par conséquent, remplacer l'action passagère et rapide d'un liquide par l'action *continue* d'un topique *permanent*.

M. BÉHIER, au nom de M. Mathieu, soumet à l'approbation de l'Académie un nouveau modèle d'appareil pour pratiquer la transfusion du sang. Cet appareil réunit les conditions désirables pour réussir dans cette opération, si délicate et si minutieuse.



Tout mécanisme y est supprimé, plus de corps de pompe ni de piston (objets qu'on est forcé de graisser et d'entretenir avec un soin extrême, ce qui n'empêche pas toujours le sang de se trouver, à son passage, en contact avec les parties graissées). Suppression de la crémaillère, tout en gardant sur elle des avantages indiscutables par la précision et la simplicité de l'ensemble. Suppression des soupapes en baudruche remplacées avantageusement par les soupapes à anche. Nettoyage facile de toutes les parties de l'instrument, attendu qu'il se démonte et peut se laver comme un simple verre de lampe.

Le principe de cet appareil est basé sur l'aspiration du liquide faite au moyen d'une ampoule en caoutchouc dans un récipient en verre et la compression atmosphérique pratiquée par la même ampoule sur le liquide aspiré, sans que celui-ci puisse pénétrer dans cette dernière, qui fait office de pompe aspirante et foulante. Une fois que le sang est versé dans le cylindre en verre, on comprime à nouveau la boule en caoutchouc; on voit à ce moment la colonne de liquide descendre dans la veine par la pression atmosphérique, et, comme ce cylindre est pourvu d'une graduation par gramme, la personne qui fait fonctionner l'appareil peut compter, de la manière la plus exacte, la quantité de sang injectée.

En outre, une seule main suffit pour le tenir et le manœuvrer à la fois, ce qui a bien son avantage, car la main restée libre peut être utilisée à soutenir le bras du sujet qui fournit le sang ou le bras de celui qui le reçoit, car il y a bien peu de place entre les deux sujets.

En résumé, cet appareil est si simple qu'il peut être mis en mouvement par la main la moins exercée, et son prix le met à la portée de tous les praticiens.

M. COLIN demande à M. Béhier si, dans cet appareil, le sang n'a pas le temps de se coaguler.

M. BÉHIER répond que l'opération ne devant pas durer plus de deux ou trois minutes, la coagulation du sang ne peut pas avoir lieu dans un si court espace de temps.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre associé libre.

La liste de présentation porte : en première ligne, M. Le Roy de Méricourt; — en deuxième ligne, M. Achille Chéreau; — en troisième ligne, M. Belhomme.

Sur soixante-neuf votants, M. Le Roy de Méricourt obtient soixante-quatre suffrages; M. Chéreau, trois; M. Belhomme, deux.

En conséquence, M. Le Roy de Méricourt est proclamé élu.

INCIDENT

M. PIORRY, à l'occasion du rapport lu dans la dernière séance par M. Moutard-Martin sur un travail de M. Sistach relatif à la médication arsenicale, présente quelques considérations au sujet de l'extrait de *Berberis*, contre lequel, suivant lui, M. Moutard-Martin s'est montré beaucoup trop sévère. Il profite de cette circonstance pour faire ressortir les avantages du plessimétrisme et demande la nomination d'une commission.

M. MOUTARD-MARTIN maintient tout ce qu'il a dit dans la dernière séance au sujet de l'extrait de Berberis.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PHYSIOLOGIE DU CŒUR

Un nouvel échange d'explications a lieu entre MM. Gavarret et Colin au sujet de l'incident soulevé dans l'avant-dernière séance, relatif aux expériences de cardiographie entreprises à Alfort, par MM. Longet et Gavarret, dans le laboratoire de M. Colin.

M. GAVARRET fait observer que, de l'aveu même de M. Colin, on ne s'est servi dans ces expériences que des ampoules apportées par M. Carville; or il affirme que ces ampoules n'ont jamais été faites que pour examiner le cœur droit et qu'il est absolument impossible de les introduire dans l'oreillette gauche. Il donne lecture d'un passage du livre de M. Marey, à l'appui de son affirmation, et montre des tracés du cœur droit et ajoute qu'il n'y a jamais eu de tracés du cœur gauche.

M. Longet ne s'est donc pas trompé.

M. COLIN maintient ses précédentes assertions. Il rappelle que lorsque M. Longet a voulu essayer ses appareils cardiographiques, il l'a fait venir chez lui pour rédiger un programme, et, ce qui prouve bien que M. Longet avait l'intention d'obtenir des tracés pour les cavités gauches du cœur aussi bien que pour les cavités droites, c'est qu'il avait été convenu qu'on sacrifierait un cheval, qu'on l'entretiendrait par la respiration artificielle et qu'on lui pratiquerait une fenêtre à la paroi thoracique. Il eût été insensé pour des physiologistes, pour M. Longet comme pour M. Colin, de revenir à ces moyens si l'on avait eu l'intention de n'examiner que le cœur droit. Toutes ces dispositions, en effet, ne sont nullement nécessaires pour l'examen des cavités droites.

Sur l'invitation de plusieurs membres, M. Colin donne lecture d'une lettre d'un vétérinaire d'un régiment d'artillerie, adressée à M. le rédacteur en chef de l'*Abeille médicale*, alors élève à l'école d'Alfort, qui a assisté à ces expériences, et dans laquelle se trouvent des détails très-précis, particulièrement sur l'erreur commise par M. Longet.

M. GAVARRET affirme que cette erreur n'a pas été commise sur les tracés, mais bien après l'expérience, alors que toutes les ampoules étaient retirées des cavités du cœur.

M. BOULEY croit être l'interprète de l'Académie en reconnaissant que Longet s'est trompé dans un cas où beaucoup d'autres auraient pu se tromper comme lui, M. Colin lui-même, de son propre aveu; sa mémoire n'en est donc pas autrement atteinte, et il serait à désirer que l'incident fût clos.

M. le président prononce la clôture de l'incident.

LECTURE

Des fermentations en pathologie. — M. DANET lit sous ce titre un mémoire dont voici l'analyse :

M. Danet divise les fermentations en primitives et secondaires. Les premières comprennent les phénomènes qui peuvent se produire pendant la vie, et connues sous le nom de fermentation alcoolique, butyrique, etc., et la fermentation putride qui se produit après la mort.

Quant aux fermentations secondaires que M. Danet nomme aussi fermentations pathologiques, ce sont les fermentations qui peuvent se produire en se mêlant avec les premières et provoquant des phénomènes anormaux dans les fermentations normales, sans en arrêter l'évolution.

Abordant de suite la fermentation putride, cette seconde vie que l'auteur appelle la vie dans la mort, M. Danet dit que la fermentation putride ne commence que lorsque déjà des phénomènes de catalyse ont modifié la constitution chimique des molécules constitutives, et que ce n'est qu'alors que les ferments venus du dehors peuvent accomplir leur œuvre de dédoublement.

Après avoir énuméré un certain nombre d'études faites sur des matières organiques en putréfaction, l'auteur déclare qu'un ordre régulier existe dans la succession des phénomènes de la putréfaction.

D'abord les phénomènes de catalyse, auxquels succèdent les monades et les bactéries qui s'emparent de l'oxygène des matières en décomposition, puis les vibrions qui terminent l'œuvre de destruction en s'emparant de l'acide carbonique.

Ces faits étant acquis, M. Danet se pose une série de questions tendant à rechercher le rôle que peuvent jouer, dans l'organisme, ces différents microzoaires, et, après un certain nombre d'expériences dont il décrit les principales, il pose les conclusions suivantes :

1° Les membranes naturelles, à l'état physiologique, ne se laissent pas traverser par les bactéries ;

2° Les membranes naturelles, à l'état pathologique, peuvent se laisser traverser par les bactéries ;

3° La bactérie ne produit que la septicémie ;

4° La bactérie ne se développe que si la maladie ou les phénomènes de catalyse ont modifié les matières fermentescibles ;

5° La bactérie est toxique et non le milieu dans lequel elle se développe ;

6° Les vibrions ne sont pas toxiques ;

7° La bactérie et les vibrions périssent dans les milieux sains.

Passant aux fermentations secondaires que M. Danet appelle pathologiques, il rappelle les travaux de M. Pasteur, qui a découvert que les maladies des boissons fermentées, connues sous les noms du tourné, de la graisse et de l'amertume sont dues à la présence, dans ces milieux, d'algues particulières ; que les conditions de vie de ces parasites sont toutes différentes de celles des champignons de la fermentation primitive, et qu'enfin le résultat de leur présence est un dégagement anormal d'acide carbonique.

Il ajoute que, dans l'homme, on rencontre des algues analogues, sinon semblables, et d'accord avec M. Davaine, l'auteur montre que la *bactéridie* est une algue fort différente de la bactérie qui a des mouvements.

M. Danet cherche enfin à démontrer que les maladies zymotiques sont dues à la présence de parasites analogues, mais spéciaux à chaque maladie et se développant dans les êtres vivants, tandis que la *bactérie* n'appartient absolument qu'à la mort.

Le mémoire de M. Danet est renvoyé à l'examen d'une commission.

La séance est levée à cinq heures et demie.

VARIÉTÉS

Les Facultés de médecine en France (1).

II.

DE LA NÉCESSITÉ DE CRÉER DES FACULTÉS NOUVELLES.

Cette importante série de questions préliminaires écartée, votre commission, abordant la première partie de sa tâche, a dû se demander d'abord, comme nous l'indiquons plus haut, si l'intérêt général du pays exige la création de facultés nouvelles. Laissant de côté les considérations tirées de l'intérêt particulier des villes qui s'adressent à nous, elle a été frappée de voir mise en avant par tous et invoquée partout une raison d'ordre public : c'est à savoir l'insuffisance du nombre des médecins.

Elle a donc dû attacher tout d'abord son attention sur ce point important. Ces plaintes sont-elles fondées? Une étude minutieuse des faits fournis par la statistique va nous permettre de répondre avec certitude à cette question.

Nous dirons d'abord quelques mots des pharmaciens ; si l'on n'entend pas, à propos de la situation du corps pharmaceutique, des réclamations aussi générales que quand il s'agit des médecins, elle n'en est pas moins de nature à attirer l'attention des esprits éclairés. Ici, ce n'est point la quantité qui manque, mais la qualité qui diminue, et le résultat n'en est pas moins regrettable, au point de vue de la santé publique.

Quand on examine, en effet, la manière dont se recrutent nos pharmaciens, on est aussitôt frappé d'un fait évident : diminution du nombre des pharmaciens de première classe, que remplacent des pharmaciens de deuxième classe de plus en plus nombreux. Ainsi, en 1855, ont été conférés 135 diplômes de première classe et seulement 106 de deuxième classe ; en 1865, ces chiffres sont devenus, 67 pour la première classe, 200 pour la seconde. Les nombres se sont élevés en 1872 ; mais la proportion reste à peu près la même : 114 pour la première classe, 323 pour la deuxième.

Ces chiffres montrent un abaissement manifeste et très-rapide de la valeur scientifique moyenne du corps des pharmaciens; il y a en France, aujourd'hui, bien des chefs-lieux de département où ne se trouve pas un seul pharmacien appartenant à la première classe, c'est-à-dire ayant fait preuve de connaissances générales assez étendues, ayant été astreint à des études théoriques approfondies en chimie, histoire naturelle, toxicologie : fait grave au point de vue du développement général des sciences; fait grave au point de vue de la pratique des expertises médico-légales, pour lesquelles les tribunaux sont exposés à se confier à des hommes dont l'instruction soit insuffisante.

Les raisons de ce changement dans le recrutement des pharmaciens sont multiples.

Tout d'abord, il convient de reconnaître que l'exercice ordinaire de la profession de pharmacien exige de moins en moins des connaissances théoriques approfondies. Les pharmaciens ne préparent plus la matière première des médicaments ; ils se bornent à exécuter des formules, c'est-à-dire à opérer des mélanges, et, encore ici, l'extension de l'usage des médicaments tout préparés, connus sous le nom de spécialités, diminue de plus en plus la responsabilité qui les forçait du moins à l'étude, et tend à les réduire au rôle de simples entrepositaires détaillants.

D'autre part, la durée des études, les frais d'inscription et d'examens sont beaucoup plus considérables pour la première que pour la deuxième classe, et cependant celle-ci jouit des mêmes droits que la première (sauf la circonscription d'installation) pour l'exercice de la profession pharmaceutique. Enfin il faut faire remarquer que les étudiants en pharmacie ne doivent pas se sentir encouragés à faire des dépenses et à surmonter les difficultés pour arriver au diplôme de première classe, par cette raison que ce diplôme ne suffit même pas pour leur permettre de prendre part aux concours pour les chaires des écoles supérieures. En effet, par une exigence difficile à motiver, et qui éloigne de la carrière professorale la plupart des pharmaciens, on exige des candidats à l'agrégation pharmaceutique le diplôme si difficile à obtenir de docteur ès sciences, si bien que le professorat de l'école appartient, de plus en plus, non à des pharmaciens s'élevant au rang de savants, mais à des savants qui daignent, à l'occasion, devenir pharmaciens : le tout au grand préjudice des élèves, de l'enseignement technique et même de la solidité des examens.

Mais, en outre de ces raisons diverses, qui ont trait à l'organisation générale des écoles actuelles de pharmacie, et sur lesquelles votre commission crut devoir se borner à appeler l'attention du ministre compétent, il en est une qui a un rapport plus direct avec la question dont vous lui avez renvoyé l'examen spécial : à savoir la multiplicité des établissements dans lesquels peuvent se faire recevoir les pharmaciens de deuxième classe. Les facilités de toute espèce que présente la résidence dans les vingt-deux villes où les étudiants peuvent

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 mai 1874.

aller prendre le grade inférieur, les engagent de plus en plus à renoncer au coûteux séjour de Paris, et, par suite, au titre supérieur qu'ils y auraient pu être entraînés à poursuivre.

La création des facultés mixtes que vous proposera de faire votre commission tendra, nous en avons la ferme espérance, à augmenter le nombre proportionnel des pharmaciens de première classe, résultat qui ne peut être qu'avantageux pour l'élévation du niveau intellectuel et la protection de la santé publique.

Arrivons maintenant aux médecins. Ceux-ci, comme chacun sait, appartiennent également à deux classes qui, du moins, sont bien distinctes par le titre et paraissent l'être par les droits. *(A suivre.)*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences, dans la séance du lundi 18 mai, a élu M. Ollier, de Lyon, à la place de correspondant, vacante dans la section de médecine et de chirurgie par suite du décès de M. Guyon, d'Alger.

Elle a également élu M. Tchébychef, de Saint-Pétersbourg, associé étranger, à la place laissée vacante par le décès de M. de La Rive.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 23 mai 1874, à trois heures et demie très-précises, n° 3, rue de l'Abbaye.

Ordre du jour : 1° lecture du procès-verbal de la précédente séance; — 2° rapport de M. Leudet sur la candidature de M. Gimbert (de Cannes)) au titre de membre correspondant; — 3° rapport de M. Reliquet sur la candidature de M. de Beauvais, au titre de membre titulaire; — 4° lecture de M. le docteur Charpentier (sur une forme particulière d'asphyxie locale), à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire.

— M. le docteur Luys a ouvert son cours annuel à la Salpêtrière, dimanche 17 mai, à neuf heures et demie (salles de l'infirmerie). Ce cours ayant pour objet l'étude de la structure et des maladies du cerveau, *sera* continué tous les dimanches à la même heure.

— La petite ville de Ris (Puy-de-Dôme), a eu le regret de perdre récemment le seul médecin qu'elle possédait. Les habitants de cette localité réclament instamment un docteur et lui promettent le meilleur accueil. — Pour renseignements, s'adresser à M. Barreyre, juge de paix à Saint-Benin-d'Azy (Nièvre).

— A céder de suite, clientèle medicale d'un produit de 8 à 10,000 fr. — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Eaux minérales et les Bains de mer de France, *nouveau guide pratique du médecin et du baigneur*, par le docteur Paul LABARTHE, précédé d'un *Parallèle des eaux minérales de France et d'Allemagne*, par M. A. GUBLER, professeur de thérapeutique à la faculté de médecine de Paris. — 1 vol. in-18°. — 400 pages compactes. — Broché, 4 francs. — Richement cartonné, 5 francs. — Paris, chez Reinwald, éditeur, n° 15, rue des Saints-Pères.

Étude sur la pelade, par le docteur A. COURRÉGES. — In-8° avec une planche. — 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 59. — SAMEDI 23 MAI 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 23 MAI 1874. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Constitution médicale. — Épidémie d'affections diphthéritiques.

Si depuis quelque temps nous avons négligé d'entretenir nos lecteurs de l'état de la constitution médicale, c'est qu'en réalité son extrême bénignité, depuis une assez longue période de temps, n'eût donné à nos résumés habituels qu'un intérêt secondaire. Cependant bien que, dans le premier trimestre de cette année, comme dans tout le cours de l'année dernière, la mortalité générale des hôpitaux et hospices n'ait cessé de se maintenir constamment faible et inférieure à celle des années précédentes, qui était déjà elle-même au-dessous de celle des années moyennes, il n'y en a pas moins quelque intérêt à signaler quelques-unes des particularités qu'a présentées le tableau des maladies régnantes dans le cours de ces six derniers mois. Voici ce que nous relevons à cet égard dans le dernier rapport de M. Besnier sur les maladies régnantes du premier semestre de cette année à la Société médicale des hôpitaux.

Tandis que les maladies saisonnières proprement dites, les maladies des voies respiratoires, pneumonies, bronchites, grippes, affections catarrhales et rhumatismales, n'étaient ni plus nombreuses ni plus meurtrières que dans les époques moyennes, et se présentaient même, en général, avec un certain caractère de bénignité, les affections diphthéritiques, qui s'étaient déjà montrées nombreuses et graves en 1872, n'ont pas cessé de sévir avec une intensité croissante pendant toute l'année 1873 et le premier trimestre de 1874. Le relevé du rapport pour le dernier trimestre de 1873 indiquait une progression dans le nombre des cas et dans leur gravité pour les deux dernières années, qui s'exprimait par les chiffres suivants:

465 cas, 327 décès, soit 70,32 pour 100 en 1872 ; 463 cas, 330 décès, soit 71,25 pour 100 en 1873; tandis que la proportion de la mortalité avait été de 63 à 64 pour 100 dans les années 1866, 1867 et 1868, mais de 73,06 en 1869.

L'affection diphthéritique, qui a pris, comme on le voit, les proportions d'une véritable épidémie, s'est accrue encore d'une manière très-sensible pendant le premier trimestre de cette année. Voici le tableau de la mortalité comparée du croup dans les hôpitaux, pendant les premiers trimestres de six années consécutives :

Année 1868	55
— 1869	66
— 1870	77
— 1872	92
— 1873	99
— 1874	121

Les documents suivants, fournis à la commission des maladies régnantes par M. Bergeron, donneront une idée de la gravité de la maladie.

Sur 251 malades qui ont passé dans les salles de l'hôpital Sainte-Eugénie, pendant ce trimestre, il y a eu 57 cas de diphthérie. Dans 19 cas la diphthérie a été exclusivement localisée au pharynx. Dans 38 cas, le larynx a été envahi (croup). Sur les 19 cas de diphthérie pharyngée, il y a eu 11 décès et 8 guérisons. Les 38 cas de croup ont donné 28 décès.

De ces 38 croupeux, 34 ont été opérés, presque tous d'urgence au moment de leur entrée, au cours de la troisième période. La trachéotomie a donné 1 sur 5 de guérisons. En temps ordinaire, elle donne en moyenne à Sainte-Eugénie une guérison sur 3. Des 4 croupeux non opérés, 3 ont guéri.

La maladie, dit M. Bergeron, se présentait en général avec les caractères d'une extrême malignité : horrible fétidité de l'haleine, écoulement nasal abondant, empâtement de la région sous-maxillaire, épistaxis répétées, complication de gangrènes (dans 2 cas), collapsus profond ; enfin, proportion considérable d'albumine dans la majorité des cas.

Sur ces 57 cas de diphthérie, 8 fois la maladie a été contractée dans le service par des enfants admis pour des affections diverses : pneumonie, rougeole, embarras gastrique, etc. Ces 8 cas de diphthérie contractée se divisent ainsi : 5 angines pharyngiennes et 3 croups; les 3 croups ont été mortels; des 5 angines, 2 ont été suivies de mort, 2 ont guéri ; le cinquième malade est sorti encore en puissance de diphthérie.

C'est là un fait grave que nous tenions particulièrement à signaler, et qui montre combien il serait utile d'isoler, dans les hôpitaux d'enfants, les malades atteints d'affection diphthéritique. Si, d'un côté, les malades atteints d'affections communes ont à redouter le voisinage des diphthériques, ceux-ci n'ont pas moins à craindre le voisinage des sujets atteints de fièvres éruptives. Plusieurs des enfants morts de diphthérie avaient été atteints antérieurement de la rougeole, qui régnait épidémiquement en même temps que la diphthérie. Qui ne voit l'avantage qu'il y aurait à isoler les diphthériques et les rubéoleux les uns des autres et des malades communs.

Cette épidémie n'est pas la seule qui ait fait ombre sur le tableau de la constitution généralement bénigne des six derniers mois.

Les rougeoles se sont montrées très-nombreuses et avec un certain caractère de gravité; elles ont été fréquemment compliquées de broncho-pneumonie, quelquefois de diphthérie, ce qui a élevé le chiffre de la mortalité moyenne de cette maladie. Nous avons à signaler encore ici, pour l'hôpital Sainte-Eugénie, sur huit cas de mort par la rougeole, cinq cas où la maladie a été contractée à l'hôpital.

Les affections puerpérales, tout en continuant à se manifester dans les services spéciaux, n'ont pas atteint cependant les proportions d'une véritable épidémie. Mais ce qui a été signalé dans plusieurs services, c'est l'énorme mortalité des enfants nouveau-nés.

M. Siredey, médecin de Lariboisière, a signalé les chiffres suivants : 58 décès sur 128 enfants, soit une mortalité de 46 pour 100, presque de la moitié. Dans ces 58 décès, après après avoir défalqué 18 mort-nés, on en compte 23 par faiblesse congénitale et 17 par diarrhée cholérique. Malgré les nombreuses tentatives que M. Siredey a faites pour prévenir cette diarrhée et la combattre, il a le regret de reconnaître que, jusqu'à ce jour, ses efforts sont restés à peu près stériles. (La diarrhée cholériforme règne d'une manière épidémique sur les petits enfants, dans son service, depuis dix-huit mois; elle semble frapper de préférence les enfants les mieux constitués, les plus vigoureux et venus au monde avec les conditions apparentes de santé parfaite). Aussi ne voit-il d'autre remède à appliquer à cet état de chose que la fermeture de la salle.

Quant à la fièvre typhoïde, qui avait régné avec une certaine intensité vers la fin de l'année dernière, elle a atteint le point le plus déclive de sa courbe annuelle au commencement de cette année; mais pendant qu'elle disparaissait presque de Paris, elle faisait explosion avec une grande intensité à Lyon, où l'on a pu faire, paraît-il, sur une assez grande échelle l'application de la médication par les bains froids. Nous attendons d'avoir des renseignements précis à cet égard pour en entretenir nos lecteurs.

Maladies des enfants nouveau-nés.

M. Parrot, ainsi que nous l'avons annoncé, a commencé le 3 mai courant, son cours clinique des maladies des enfants nouveau-nés. Les deux premières séances ont été consacrées à un exposé des principales conditions anatomiques et physiologiques de la première période de l'enfance, des modifications profondes qui s'effectuent chez le nouveau-né, à dater du moment même de sa naissance. Établissement de la respiration, transformation brusque dans le système circulatoire, oblitération du trou de Botal et du canal artériel, dessiccation et chute du cordon ombilical, rétraction et oblitération de la partie intra-abdominale de ses vaisseaux; enfin, entrée en fonction des organes digestifs, etc. On comprend toute l'importance de ces notions préliminaires, les premiers phénomènes pathologiques que présente le nouveau-né se rattachant à l'établissement et au jeu plus ou moins régulier de ces nouvelles conditions organiques et de ces nouvelles fonctions. Aussi M. Parrot a-t-il donné à ces prolégomènes toute l'étendue et toute la précision qu'ils comportent. Dans la séance de dimanche dernier, il a abordé la pathologie. Les premiers phénomènes pathologiques qu'il a étudiés sont ceux de l'appareil et des fonctions de la digestion. Il a fait l'histoire de l'apepsie, la maladie qui fait sans contredit le plus de ravage chez les nouveau-nés.

Nous n'avons pas la prétention aujourd'hui de reproduire cette leçon, — l'espace nous manquerait ici d'ailleurs pour cela, — mais nous ne voulons pas laisser échapper l'occasion de signaler un fait pathologique d'un très-grand intérêt, dont M. Parrot a montré un spécimen à son auditoire, à la fin de sa leçon. Il s'agit de l'un des accidents les plus graves que l'on ait à redouter chez les nouveau-nés et qui montrent le danger qu'il y a à coucher les petits enfants horizontalement sur le dos sitôt après qu'ils viennent de boire ou de têter.

Un enfant assez bien portant avait été vu à onze heures du soir, ne présentant rien d'anormal. A une heure on le trouve agonisant, quelques instants après il était mort. Qu'était-il arrivé? Il avait eu pendant son sommeil un vomissement et les liquides vomis avaient pénétré en grande partie dans les voies aériennes et avaient déterminé l'asphyxie.

Ces faits ne sont pas très-rares à l'hospice des Enfants assistés. M. Parrot en a observé plusieurs exemples. En voici un, entre autres, qu'il a rapporté, en 1868, à la Société médicale des hôpitaux, avec tous les détails nécessaires pour bien faire connaître ce qui se passe en pareille circonstance.

Un enfant nouveau-né, d'une mère syphilitique, était nourri au biberon, à l'hospice. Il était dans un état de souffrance caractérisé par la décoloration des téguments, la flaccidité des chairs, de l'érythème des fesses. Aucune affection locale, d'ailleurs, n'avait été notée qui constituât un danger prochain. Il y avait deux mois environ qu'il était dans cet état, lorsqu'un jour, sans que rien n'eût pu faire prévoir un pareil événement, on le trouva mort dans son berceau. Peu de temps auparavant, on lui avait donné du lait et on l'avait replacé immédiatement dans son berceau.

A l'autopsie on trouva des caillots fibrineux volumineux dans les oreillettes, les poumons étaient le siége d'un léger emphysème alvéolaire dans toute leur masse, les lobes inférieurs étaient ramollis dans une grande étendue de leurs parties déclives, réduits en bouillie sur quelques points et exhalant une odeur aigre rappelant celle des matières contenues dans l'estomac. Les petites bronches du voisinage laissaient sourdre, par la pression, une matière crémeuse dans laquelle on trouvait un grand nombre de petites cellules cylindriques, munies d'un appendice coudé et de cils vibratiles, et de vibrions. Dans les bronches plus larges, on trouvait les mêmes corps. L'estomac laissa échapper, en se déchirant, une masse caséeuse nageant dans un liquide crémeux, exhalant une odeur butyreuse intense; il était profondément altéré et converti en une substance gélatineuse dans une grande étendue.

En résumé, voici comment M. Parrot a pensé qu'on pouvait se rendre compte de ce fait. C'était par le poumon que cet enfant avait succombé. Au milieu du sommeil, il s'était produit une régurgitation qui avait projeté dans les voies aériennes une certaine quantité de matière chymeuse. Celle-ci, étant liquide avait pénétré immédiatement dans les petites bronches et avait déterminé la mort par suffocation. Quant au ramollissement pulmonaire, il était le résultat de la digestion du parenchyme, par les substances venues de l'estomac et s'était produit après la cessation de la vie.

C'était, suivant toute probabilité, par suite du même fait et d'un mécanisme semblable que l'enfant présenté à la fin de la séance avait succombé. L'examen attentif des pièces pathologiques, qui a dû être fait depuis, aura très-probablement justifié cette présomption.

Ces faits se rapprochent complétement des cas de mort instantanés causés par le passage de matières alimentaires en voie de digestion, de l'estomac dans les voies aériennes, dont

M. le docteur Ach. Foville a fait l'objet d'une très-intéressante étude dans un mémoire publié, en 1869, dans les *Archives générales de médecine.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 avril 1874 (1). — Présidence de M. Perrin.

M. Verneuil termine sa communication :

La gravité des fistules sterco-purulentes est également facile à expliquer ; déjà le pus, qui s'écoule avec peine, s'altère par le seul fait de sa stagnation dans le foyer. Mais il contracte encore des qualités nouvelles par son mélange avec les matières intestinales et l'air extérieur. Ainsi devenu éminemment délétère, il irrite la membrane granuleuse et finit par la traverser pour pénétrer dans le torrent circulatoire et infester l'économie tout entière. Ainsi naissent la septicémie chronique (infection putride, lente, fièvre hectique), et, par suite, la stéatose viscérale et des lésions pulmonaires qui se rapprochent de la tuberculose.

Si la constitution était bonne ou passable au début de l'affection, elle ne tarde pas à se détériorer, et l'on ne tarde pas à constater les signes de la cachexie purulente. Cet état rend la guérison spontanée difficile, sinon impossible, frappe trop souvent de stérilité les tentatives chirurgicales les mieux conçues et imprime même à ces dernières une gravité particulière.

Ici le danger provient surtout des mauvaises qualités du pus.

Ces considérations, que je dois abréger, montrent clairement les indications fondamentales à remplir, et qui peuvent se résumer en quelques mots : 1° favoriser et entretenir les propriétés normales de la membrane granuleuse ; 2° prévenir ou neutraliser les qualités délétères du pus ; 3° relever ou soutenir la constitution menacée ; 4° enfin, si la nature se montre manifestement impuissante, agir chirurcalement en temps opportun.

Il est facile, en certains cas, de satisfsire à toutes ces exigences réunies par un traitement général approprié et par des grandes opérations relativement simples. Tous les jours, dans la fistule à l'anus, on observe une guérison complète et rapide par le seul fait qu'on débride largement le foyer. Il serait facile de démontrer que cette opération vulgaire remplit toutes les indications locales ; aussi personne n'hésite-t-il à la pratiquer, et compte-t-elle de nombreux succès.

Pour les fistules sterco-purulentes profondes, qui partent des points plus élevés de l'intestin et qui s'abouchent, par exemple, dans les colons ou dans l'ilion, les indications restent les mêmes, puisque les dangers ont la même origine. Mais les moyens chirurgicaux à mettre en usage sont d'une application beaucoup plus difficile et surtout beaucoup plus dangereuse ; c'est pourquoi on hésite, on temporise, on se borne à des expédients malheureusement sans grande valeur, et, pendant ces délais, inspirés par la prudence, la cachexie apparaît, se confirme et s'accroît jusqu'à la terminaison par la mort après un temps plus ou moins long.

Cependant, comme il ne faut rien exagérer, je reconnais que la guérison spontanée n'est pas impossible. Je l'ai vue moi-même à la suite d'un abcès consécutif à une perforation du cœcum. La fistule persista pendant plus d'une année et finit par se clore. En revanche, j'ai vu aussi des fistules du même ordre persister indéfiniment, se fermer quelque temps pour se rouvrir, non sans accidents sérieux, et menacer la vie à plusieurs reprises. La condition dans laquelle se trouvait un sujet de ce genre depuis plusieurs années était assez misérable, car il ne pouvait se livrer à aucun travail suivi, la moindre fatigue et le plus petit excès de régime remettant sans cesse en danger une vie rendue de la sorte fort précaire.

Je vais maintenant rapporter les deux cas qui m'ont inspiré la présente note, et qui sont de nature à confirmer les propositions précédemment énoncées.

(1) Fin. — Voir le numéro du 16 mai 1874.

Tous deux ont trait à des abcès non stercoraux, c'est-à-dire développés en dehors de l'intestin et sans perforation primitive de ce conduit.

Je n'ai, sur le premier, que des notes succinctes ; le second a été plus complétement observé.

En 1869, je reçus à l'hôpital Lariboisière une jeune fille de dix-neuf ans, d'une constitution autrefois robuste, et actuellement épuisée par de longues souffrances et une suppuration abondante. Elle présentait au bas de la paroi abdominale, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale gauche, une ouverture assez étroite à bords décollés, par laquelle s'échappait spontanément, et aussi par des pressions exercées sur la fosse iliaque, une grande quantité de pus fétide, mélangé de gaz, et souvent de matières intestinales. L'affection remontant à près de six mois, d'après le récit de la malade, à la suite d'une fausse couche, un phlegmon de la fosse iliaque s'était déclaré, avec phénomènes généraux et locaux fort graves ; au bout de quelques semaines, un abcès s'était ouvert spontanément, et l'on avait reconnu après quelques jours la présence dans le pus de matières intestinales ; il ne m'a pas été possible, toutefois, de savoir à quelle époque précise s'était effectuée la communication du foyer purulent avec l'intestin. L'issue du pus au dehors avait amené un grand soulagement ; mais, à diverses reprises, la rétention de ce fluide avait ramené des accidents et réveillé les douleurs. Je fus moi-même témoin d'une de ces crises, pendant laquelle la malade pensa mourir.

J'explorai plusieurs fois le trajet. Tantôt j'étais arrêté à quelques centimètres, tantôt, au contraire, à l'aide surtout d'une bougie uréthrale flexible, je pénétrais à 10 ou 12 centimètres, sans doute au centre d'une induration considérable qui remplissait la fosse iliaque gauche. La perforation intestinale était indéniable, mais sans doute elle était étroite ou disposée en forme de valvule, car les matières stercorales n'apparaissaient que par intervalle à l'orifice cutané, et les lavements ne ressortaient jamais par cette voie. Je ne pus donc avoir aucune notion précise sur le siége de la perforation. J'essayai plusieurs fois de dilater l'ouverture extérieure avec l'éponge préparée, et de pousser des injections détersives dans le foyer. Mais toutes ces manœuvres provoquaient des douleurs vives, de sorte que la malheureuse fille me supplia de la laisser tranquille.

L'état général était, d'ailleurs, des plus mauvais : émaciation extrême, anémie profonde, teinte terreuse de la peau, diarrhée continuelle, parfois profuse, œdème léger des membres inférieurs, anorexie complète, fièvre incessante avec recrudescence vespérine ; en un mot, cachexie qui me paraissait sans remède. En de telles conditions, et surtout n'ayant pas de diagnostic anatomique suffisant, je n'osai rien tenter.

Cependant la constitution lutta plus de deux mois encore ; enfin la mort survint par véritable inanition. L'autopsie ne put pas être faite.

Observation. (Voir le numéro du 5 mai.)

DISCUSSION

M. Paulet. Le fait relaté par M. Verneuil tend à établir que dans les abcès sterco-purulents, le danger réside surtout dans la rétention d'un pus mélangé de gaz et de liquides intestinaux. Je vais citer un fait presque identique, à cette différence près que mon malade a guéri, lequel confirme absolument cette proposition. J'eus l'occasion de soigner en 1866 un capitaine de trente-deux ans à peine, qui depuis deux mois souffrait d'un abcès de la fosse iliaque ouvert à l'extérieur et communiquant avec l'intestin. Je ne pus que constater le fait sans pouvoir déterminer si l'abcès iliaque avait précédé la perforation intestinale ou si le contraire avait eu lieu. L'ouverture extérieure, à peine assez grande pour laisser passage à une bougie du numéro 10 ou 11 de la filière Charrière, se trouvait sur la ligne médiane au bas de la ligne blanche entre les deux muscles droits, et fournissait une grande quantité de pus. Ce pus, mélangé de bile et d'une odeur *sui generis*, me fit dès l'abord soupçonner la perforation intestinale. La sonde introduite obliqua fortement en dehors et me parut traverser toute la fosse iliaque droite, en passant derrière le muscle droit, puis, à un moment donné, donna au malade la sensation même de la pénétration dans l'intestin. Un injection d'un litre

de liquide me confirma d'ailleurs le fait. La perforation intestinale intéressait-elle le cœcum ou l'intestin grêle, c'est ce qu'il m'a été impossible de déterminer. Ce qu'il y avait d'évident, c'est le marasme du malade, qui présentait tous les signes de la fièvre hectique et menaçait de succomber très-rapidement. L'idée me vint d'agir comme l'a fait M. Verneuil, à savoir de faire une large ouverture à l'abcès et de supprimer la rétention du pus. Je fis une incision comme celle d'Astley Cooper, pour la ligature de l'iliaque externe, et j'éprouvai de très-grandes difficultés à me reconnaître au milieu des parois aponévrotiques dont le travail phlegmasique avait modifié les conditions. J'y parvins cependant : je débridai largement, et j'obtins une quantité considérable de pus fétide. A partir de ce moment, j'assistai à une véritable résurrection ; la fièvre hectique diminua et bientôt l'orifice externe se rétrécit assez pour que je pusse y maintenir un petit tube de caoutchouc qui amenait les matières fécales dans un appareil très-portatif constitué par une sorte de brayer à pelote creuse. Mon malade est aujourd'hui capitaine de gendarmerie, monte à cheval et vit de la vie commune. C'est donc une observation favorable à l'opinion émise par M. Verneuil, à savoir qu'on peut guérir en débridant de bonne heure.

M. DESPRÈS. M. Verneuil semble considérer les deux faits qu'il a cités comme sortant de l'ordinaire. Je crois, d'après les relations faites par les auteurs, ces faits assez communs. Le mécanisme est même pour ainsi dire classique. L'abcès de la fosse iliaque une fois constitué, l'ouverture intestinale ne se produit qu'au bout d'un mois environ ; encore l'écoulement des matières fécales est-il empêché par le boursouflement de la muqueuse de l'intestin. Je crois de même qu'il est difficile d'admettre que toutes les fistules stercorales soient justiciables du même mode de traitement. Il y a, en effet, une différence énorme entre les fistules consécutives à un abcès et celles qui succèdent à un corps étranger sorti de l'intestin. Ces dernières guérissent souvent. M. Verneuil nous a décrit une opération dont le succès a été passager. En effet, étant admis que tous les abcès décollent l'intestin, M. Verneuil s'est trouvé aux prises avec un véritable anus contre nature, presque incurable. Si la vie du malade se prolongeant lui avait permis de cautériser plus longtemps ; il aurait certainement constaté l'incurabilité de son sujet. Quant à l'opération elle-même, tout en constatant, dans le cas actuel, qu'elle a eu un succès louable, je crois que d'autres moyens tels que l'éponge préparée, la laminaire, etc., eussent produit les mêmes effets, en obviant à la stagnation.

M. BLOT. Je demanderai à M. Verneuil de vouloir bien nous éclairer, ainsi qu'il avait annoncé d'abord l'intention de le faire, sur la nature de l'œdème qui a terminé les jours du malade.

M. VERNEUIL. Je n'ai rien à répondre à M. Paulet, que je félicite d'avoir pu opérer en temps opportun sur un sujet non encore épuisé. Quant à l'argumentation de M. Desprès, mon embarras est grand. Évidemment les idées de M. Desprès étaient ailleurs durant la lecture de mon mémoire. Autrement il ne m'accuserait pas d'avoir voulu inventer les fistules stercorales. J'ai commencé, en effet, par éliminer tous les abcès iliaques du côté droit, et, quoi qu'en dise M. Desprès, les cas d'abcès produits en dehors de l'intestin et s'ouvrant ultérieurement dans son intérieur sont assez rares. Leur thérapeutique n'est pas encore monnaie courante. Si M. Desprès avait bien voulu me prêter quelque attention, il eût vu que j'étais loin de proposer le même traitement pour toutes les fistules. Quant à l'anus contre nature, dont j'ai exagéré les dimensions sur le tableau et qui avait 2 à 3 millimètres, je pense, contrairement à l'opinion de notre collègue, qu'il eût guéri, surtout sous l'influence des cautérisations au fer rouge ; car l'éponge préparée, proposée par M. Desprès, n'a aucune espèce de valeur quand il faut s'ouvrir une large voie, et serait bien inférieure, comme moyen d'action, aux injections et au drainage.

Je termine ma réplique en répondant à M. Blot que la cause même de la mort a été ce que l'on appelle l'œdème anémique, la stéatose du foie.

M. DOLBEAU. Les faits cités par MM. Verneuil et Paulet démontrent clairement que les grandes incisions déterminent l'écoulement facile du pus et empêchent l'infection putride. Je crois que si M. Verneuil avait pu inciser plus haut, son malade guérissait. J'ai été, pour ma part frappé à plusieurs reprises de la manière dont se comportent ces abcès de la fosse iliaque gauche, et je les crois spéciaux aux femmes ; témoin un fait que j'observai à l'Hôtel-Dieu sur une femme qui s'était fait avorter. Si ces abcès finissent par communiquer avec l'intestin, cela tient à la timidité avec laquelle on les traite, aux ponctions capillaires, au drainage, etc., alors que le salut consiste dans une large ouverture. Ces abcès sont souvent sonores à la percussion ; symptôme qui n'est point fait pour rassurer les médecins et les engager à ouvrir une large baie. Je me souviens que, dans un remplacement de Jobert que je fis à l'Hôtel-Dieu, j'eus occasion d'ouvrir un de ces abcès, et un étranger qui assistait à l'opération, trompé par la sonorité et l'issue du gaz, crut que j'avais ouvert l'S iliaque. La malade a par parenthèse, parfaitement guéri. Je crois donc en résumé, que ces abcès demandent à être largement ouverts, c'est-à-dire avec l'incision recommandée par A. Cooper pour la ligature de l'iliaque externe, sous peine de voir la rétention du pus se produire et l'intestin s'ouvrir secondairement.

M. LEDENTU. Les faits cités par M. Dolbeau me rappellent ceux que j'ai pu observer. Ils sont au nombre de trois. Dans le premier cas, le point de départ était évidemment une ovarite. L'incision fut faite tardivement, et la mort survint. Dans un autre cas, l'abcès était consécutif à un coup de pied dans le ventre, je fus frappé de la rapidité extrême du développement de la tympanite ; je temporisai durant deux ou trois jours, j'incisai, et j'obtins un pus gazeux très-abondant. Je crois, du reste, que le plus souvent dans des cas analogues à ceux qui ont été cités, l'abcès est primitif et la perforation secondaire. L'an dernier, un malade se présenta dans mon service avec un abcès gazeux. Je l'incisai dès le premier jour ; j'obtins un écoulement abondant de pus gazeux, point de matières fécales, et le malade put bientôt sortir guéri.

M. DOLBEAU. M. Ledentu me paraît avoir eu égard, dans son argumentation, aux abcès de la paroi abdominale. Ceux que j'ai cités étaient des abcès de la fosse iliaque, c'est-à-dire sous-péritonéaux.

M. DESPRÈS. Un mot seulement à M. Verneuil. Je ne partage pas son scepticisme relativement à l'éponge préparée qui peut rendre, dans des circonstances analogues à celles qui sont l'objet de ces discussions, de réels services, surtout lorsqu'il s'agit principalement de dilater une fistule pour en explorer le fond, ce qui était bien le but de l'opération de M. Verneuil.

COMMUNICATION

M. LABBÉ fait une communication relative à un corps étranger (une fourchette) introduit dans l'estomac.

DISCUSSION

M. DUPLAY. Je remercie, pour ma part, M. Labbé des renseignements qu'il nous a donnés dans son intéressante communication ; je m'étonne seulement de ce déploiement de forces instrumentales. Il est évident que le malade a avalé la fourchette puisque le docteur Lepère l'a vu dans le pharynx. Pourquoi alors cet arsenal d'instruments explorateurs destinés à constater sa présence. Quant à l'avenir de cette fourchette, je crois qu'il est impossible de songer à l'extraire par l'œsophage, et que la seule issue consiste dans son expulsion par le rectum ou par l'ouverture d'un abcès.

M. TILLAUX. Je considère l'instrument préhenseur de Guéride comme défectueux. Il mesure au moins 3 centimètres à son extrémité. Or j'ai eu occasion de mesurer les dimensions de l'œsophage par une série de moulages que M. le docteur Mouton a exécutés sous ma direction à Clamart, et dont il a relaté les résultats dans sa thèse inaugurale. Ce canal a 14 millimètres au niveau du cricoïde, plus bas 17, 18, 19 millimètres ; j'accorde deux centimètres dans ses plus grandes dimensions. Que fera dès lors l'instrument de Guéride, si ce n'est de causer des érosions et des déchirures.

M. TRÉLAT. Des moulages faits par moi bien antérieurement à ceux de M. Tillaux m'ont donné le même résultat pour le point le plus rétréci de l'œsophage 14 millimètres. J'ajoute cependant que le canal peut acquérir, sous l'influence d'une distension même faible, des dimensions beaucoup plus grandes.

Quoi qu'il en soit, je considère aussi l'instrument de Guéride

comme mal conçu et, qui pis est, comme impuissant. Si M. Lepère avait pu saisir la fourchette dans l'arrière-gorge à l'aide d'un brise-pierre solide, il eût été maître du malade et aurait certainement fini par retirer le corps étranger.

Il est à craindre que les conséquences de cet accident ne soient fâcheuses. Je me rappelle avoir vu, dans le service de Roux, un homme qui avait avalé une pipe. Il en résulta au bout de seize mois un abcès de la fosse iliaque auquel il succomba. Pour extirper les corps étrangers de l'œsophage, il faudrait des instruments relativement courts, très-énergiques et garnis sur leurs bords à la façon du brise-pierre de Civiale. Pour ce qui est de l'exploration, je suis surpris qu'on ne se soit point servi du mandrin flexible terminé par une boule métallique et mis en communication avec un appareil électrique. J'aurais de beaucoup préféré ce mode d'exploration à celui qui a été employé, et qui est sujet à caution. Je n'en veux pour preuve que ce qui m'est arrivé dans mon service en explorant la vessie d'une femme chez laquelle je soupçonnais un calcul vésical. Je crus à plusieurs reprises sentir un choc qui se passait tout simplement entre les deux segments de la sonde en trois pièces. — Choc qui du reste cessa brusquement quand je me servis de l'hystéromètre. Il faut donc de toute nécessité que les instruments explorateurs des cavités profondes soient rigides et d'une seule pièce.

M. DESPRÈS. Il serait intéressant de savoir dans quelle attitude le docteur Lepère avait placé le malade dans ses tentatives d'extraction. On sait qu'il est indispensable que le malade soit fortement renversé en arrière, lorsque le chirurgien est placé derrière le malade et un peu sur le côté les tentatives d'extraction sont beaucoup plus sûres que lorsqu'on se place devant le malade. J'ai enlevé de la sorte avec facilité un sou et un sifflet.

M. LABBÉ. M. Lepère a, en effet, renversé fortement la tête du malade en arrière ; mais je ne sais s'il s'est placé devant ou derrière lui. Je répondrai à M. Duplay que je partage son opinion au sujet de l'opportunité absolue des recherches qui ont été faites en vue de constater la présence du corps étranger; je lui ferai observer cependant que ces recherches ont été pratiquées avec toute la réserve possible et que, vu les circonstances où l'on se trouvait, pas un chirurgien peut-être n'eût pu se soustraire au désir bien naturel de constater par des signes physiques l'existence d'un corps dont la présence s'appuyait sur des preuves purement morales. Il est arrivé ce qui se présente toujours en pareil cas. Les fabricants d'instruments se sont ingéniés à fabriquer des explorateurs et me les ont soumis. Ainsi, je le répète, ai-je cru pouvoir, avec tout le soin et toute la prudence imaginables, utiliser ce zèle au profit d'une exploration fort difficile et, si faire se pouvait, d'une extraction, qui d'ailleurs était conseillée par plusieurs chirurgiens.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

Séance du 22 avril 1874. — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine.

Les Mémoires des concours et des savants étrangers publiés par l'Académie royale de Belgique 1er fasc. du tome VIII. — *Les Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, tome X, 1873.

M. CAUVY DE BÉZIERS fait hommage à la société de diverses publications scientifiques.

M. KRISHABER offre un travail extrait du *Dictionnaire encyclopédique* intitulé : *Maladies des chanteurs.*

M. LE PRÉSIDENT annonce à la société qu'une place de membre titulaire est déclarée vacante.

M. LE PRÉSIDENT annonce également que M. le docteur Faucon, membre correspondant, assiste à la séance.

COMMUNICATION

M. FAUCON fait la communication suivante :

Je viens communiquer à la Société de chirurgie deux cas de ce que je crois être ce qui a été décrit sous le nom de fistules branchiales qu'il m'a été donné d'observer dans ces dernières années. Ce n'est pas la première fois que la société est saisie de cette question : en 1866, M. Serres d'Alais avait appelé son attention sur ce sujet (1). Depuis lors ces fistules ont donné lieu, en France, à des travaux importants qui sont dus à un de mes premiers maîtres, notre collègue, M. Ch. Sarazin (2), et, sous son inspiration, à l'un de ses élèves, à M. le docteur Gass (3). Si j'y ajoute une leçon clinique faite par M. Broca, à la Pitié, le 19 février 1872, et restée inédite, j'aurai indiqué ce que je connais des recherches faites sur ce sujet par les chirurgiens de notre pays.

De ces deux observations, l'une m'est personnelle; j'ai recueilli la seconde à la Pitié, dans le service de M. Broca.

Note sur deux cas de fistules branchiales. — (Voir le numéro du 9 avril.)

DISCUSSION

M. BOINET. J'ai publié il y a quelque vingt ans un travail sur les fistules laryngées. Un de ces cas avait été traité par Lisfranc, qui avait d'abord employé vainement les injections et les cautérisations. Il avait ensuite fendu le trajet fistuleux, afin de pouvoir le panser à plat. Il n'était sans doute pas arrivé au fond même de la fistule; car il y eut récidive, et je fus alors consulté. J'employai les injections iodées, et j'obtins un plein succès. Un autre malade avait une fistule de 3 ou 4 centimètres de longueur, rebelle à tout traitement. Je le guéris de la même façon. Aussi, sans vouloir rechercher si l'on avait affaire dans ces deux cas à des fistules simples ou compliquées, ne puis-je que constater l'heureux résultat obtenu par les injections iodées. (*A suivre.*)

VARIÉTÉS

I. **Dictionnaire de chimie pure et appliquée** (4), par Ad. WURTZ, avec la collaboration de MM. Bouis, Caventou, de Clermont, Debray, etc. — II. **L'Année scientifique et industrielle** (5), par Louis FIGUIER. (17e année, 1873.) — III. **Hygiène scolaire** (6), par le docteur A. RIANT.

I.

L'œuvre considérable entreprise par notre éminent doyen marche rapidement vers sa fin. Aujourd'hui, nous présentons trois fascicules à nos lecteurs :

L'un, le 15e fascicule, nous offre une très-intéressante étude de la nutrition. L'auteur de cet article passe en revue la nature des aliments, leur valeur nutritive et le rationnement des aliments. Puis, passant à la digestion, il décrit les digestions salivaire, stomacale, celle qui a lieu dans l'intestin grêle, dans le gros intestin, sans oublier l'étude des gaz intestinaux. Après quelques mots sur la digestibilité des matières alimentaires, nous abordons la nutrition proprement

(1) Séance de la Société de chirurgie du 17 janvier 1866.
(2) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. *Cou*, t. IX, p. 659.
(3) Gass, *Essai sur les fistules branchiales.* Thèses de Strasbourg, 1867, 2e série, n° 977.
(4) In-4°. Prix : 3 fr. 50 la livraison. — Paris, librairie Hachette et Ce.
(5) In-12. Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie Hachette et Ce.
(6) In-12. Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie Hachette et Ce.

dite. C'est alors que nous voyons les modifications de la nutrition par le travail, soit musculaire, soit intellectuel ; l'influence de la veille, du sommeil, de l'inanition. M. Gautier, qui est l'auteur de cette remarque étude, considère ensuite la nutrition dans les divers tissus, puis nous fait assister à l'assimilation et à la désassimilation des divers principes nutritifs ; insiste sur l'équilibre entre les aliments et les produits de désassimilation, et, dans un appendice, montre les rapports de la nutrition avec la production de la chaleur et de la force. Cet article est des plus remarquables et doit être lu avec soin par les médecins.

Signalons encore, dans ce fascicule, les articles consacrés à l'opium, à l'or et sa métallurgie, aux os et subsidiairement aux dents, à l'acide oxalique, à l'oxygène, et enfin à l'ozone. Le suc pancréatique et l'étude de la panification complètent cette livraison.

Le fascicule 16 ne le cède pas en intérêt à celui que nous venons de parcourir rapidement. L'étude de la panification, dont nous avions lu tout à l'heure les premières pages, se développe maintenant, nous initiant, par de bonnes descriptions et des planches nombreuses, aux procédés les plus récents. A peine nous sommes-nous arrêté à la papavérine que l'industrie de la fabrication du papier va nous être dévoilée dans ses plus nouvelles applications. Ici encore l'éditeur n'a reculé devant aucun sacrifice pour que l'illustration fût à la hauteur de cet excellent livre. Voilà le pétrole ; passons. Puis le phénol, les phénylamines, etc., sont exposés avec tous les développements dus à leur importance.

Le 17e fascicule nous montre avec quel soin ce dictionnaire est dirigé. Depuis que la livraison où l'article engrais était traité a paru, on a découvert de nombreux gisements de phosphates, des procédés de fabrication de superphosphates ont été améliorés ; aussi, pour rester à la hauteur scientifique où il s'est placé, le *Dictionnaire de chimie* ne craint pas de reprendre la question et de traiter de l'emploi agricole des phosphates. Cet article se recommande à l'attention.

L'étude des phosphines, celle du phosphore, sont de véritables monographies. Nous en dirons autant de l'article photographie. Le platine et ses composés sont les derniers articles de ce fascicule.

On voit, par l'énumération que nous venons de faire, — car un dictionnaire ne peut s'analyser, — combien le médecin trouvera de renseignements précieux dans cet ouvrage, qu'il est inutile de recommander aux chimistes, puisque ce livre est aujourd'hui leur vrai codex.

II.

M. Louis Figuier est toujours sur la brèche, et, depuis dix-sept ans, chaque année, nous recevons, sous le nom d'*Année scientifique*, un volume qui résume, avec la plus grande clarté, le mouvement scientifique. Cette collection sera précieuse à consulter. Nous allons montrer à nos lecteurs que M. Figuier mérite toujours la popularité de bon aloi que lui ont valu ses nombreux travaux.

On sait que chaque science vient à son tour fournir son intérêt à l'*Année scientifique.* Glissant sur l'astronomie, nous trouverons d'abord la physique, et, avec elle, les expériences nouvelles de M. Kastener, sur les flammes chantantes; le baromètre absolu, basé sur la comparaison d'un thermomètre à air et d'un thermomètre à liquide : de nombreuses études sur la foudre ; le magnétisme dissimulé, par M. Jamin ; des travaux importants sur l'acier.

La mécanique, la météréologie, la chimié sont dignement représentées ; mais nous avons hâte d'arriver à l'histoire naturelle et à l'hygiène publique. Les études anthropologiques fournissent de nombreux matériaux : voici le squelette humain de l'âge du renne découvert à Langerie-Basse (Dordogne). Notre éminent confrère, — car vraiment le titre manque seul à celui qui fut un élève distingué de nos hôpitaux, — M. E. Rivière, continuant ses belles recherches, a découvert un nouveau squelette humain, toujours à Baoussé-Roussé. Au cap Roux, découverte d'une station humaine préhistorique.

En hygiène publique, il faut signaler les recherches de M. le général Morin sur les volumes d'air nécessaires pour assurer la salubrité des lieux habités : les dangers du vermouth et du bitter; la dépopulation et la grosse question des tuyaux de plomb, qui ont occupé si vivement nos académies.

Inutile d'insister ici sur les chapitres consacrés à la médecine et à la physiologie. Mais il ne faut pas oublier qu'après les conquêtes de l'agriculture et des arts industriels, M. Figuier paye son tribut aux savants morts dans l'année, et nous avons été bien éprouvés. Lisez plutôt ces noms : Coste, Nélaton, Cl. Gay, Frédéric Dubois, Marchal (de Calvi), Huguier, le baron Despine, Agassiz, pour ne parler que des plus illustres.

Voici encore un bon livre à replacer sur nos tablettes; l'heure viendra où nous serons heureux de lui redemander de nous rafraîchir la mémoire, et nous remercierons encore M. Figuier de nous permettre de ne pas oublier tant de travaux, qui souvent, sans lui, laisseraient à peine leurs traces dans notre souvenir.

III.

L'hygiène de l'enfance est, certainement, un des problèmes qui doivent le plus nous préoccuper. Aussi tous les travaux qui touchent à cette partie de la science méritent la plus sympathique attention du médecin.

M. Riant a bien compris toute l'importance de l'influence de l'école sur la santé des enfants, et le livre qu'il nous présente est un guide très-sûr, très-pratique. L'auteur a très-bien indiqué l'influence à laquelle l'enfant se trouvait soumis, non-seulement par le nouveau milieu dans lequel il va vivre : l'école et ses conditions matérielles spéciales, mais encore par la direction nouvelle que reçoit l'activité de l'enfant.

C'est avec un très-vif intérêt que l'on apprend, après les dispositions exigées par l'hygiène dans la construction et l'appropriation des bâtiments, la disposition vraiment hygiénique du matériel, du mobilier scolaire. Un grand nombre de planches nous présentent les modèles empruntés à toutes les nations. Un instant on se croit transporté à l'exposition de Paris de 1867, ou à celle de Vienne, de l'année dernière. Cette partie est traitée de main de maître.

Nous en dirons autant de la partie consacrée à l'élève et à la surveillance hygiénique et médicale des écoles. Le travail de M. Riant est très-remarquable et mérite d'être lu par tous ceux qui comprennent l'importance de la saine direction des écoles.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

90. Lauzeral. De l'adénite cervicale chez les militaires considérée surtout au point de vue de l'étiologie.

91. Cellard. De l'asphysie laryngée dans la variole.

92. Dupuy. Étude sur la perforation des parois utérines par hystérométrie.

93. Virenque. De l'hémianesthésie.
94. Ély. Contribution à l'étude des tumeurs néoplasiques, développées dans le cœur.
95. Robin. De l'utilité de la pelvimétrie; choix d'un pelvimètre.
96. Dujardin. De la thermographie médicale, description d'un thermographe électro-médical.
97. Lauro de Franco. Études historiques et recherches sur le poids et la loi de l'accroissement du nouveau-né.
98. Veyrières. Recherches sur le nitrate d'amyle, action physiologique, effets thérapeutiques.
99. Sevestre. Des manifestations cardiaques dans l'érysipèle de la face.
100. Lehéribel. Causes et symptômes des fractures du maxillaire supérieur.
101. Meillet. Des déformations permanentes de la main au point de vue de la séméiologie médicale.
102. Perreymond. De l'atrophie du nerf optique et de sa papille chez les tabétiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 13 mai 1874, un concours est ouvert à la Faculté de médecine de Nancy, pour un emploi de chef des travaux anatomiques. Les épreuves de ce concours commenceront le 17 août 1874.

— Aujourd'hui ont été rendus les derniers devoirs à M. Antonin-Laurent-Apollinaire Fée, ancien professeur de la Faculté de médecine de Strasbourg, pharmacien principal de première classe en retraite; membre de l'Académie de médecine, président de la Société de botanique de France, officier de la Légion d'honneur. Ce vénérable confrère venait d'atteindre sa quatre-vingt-cinquième année.

— Clientèle à céder, pharmacie comprise, dans le département de Seine-et-Marne. — S'adresser au bureau du journal.

— A céder de suite, clientèle médicale d'un produit de 8 à 10,000 fr. — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. — Toutes ces thèses se trouvent chez M. Coccoz, libraire-éditeur, 30, rue de l'École-de-Médecine.

Quelques considérations sur les miasmes et sur la désinfection de l'air et des plaies, par le docteur A. Verwaest. — In-8°. — 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Recherches expérimentales pour servir à l'histoire de l'herpès tonsurant chez les animaux, par le docteur Vincens. — In-8°. — 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

De la thermographie médicale, description d'un thermographe électro-médical, par le docteur Alfred Dujardin. — In-8°, 1 figure et 2 tracés. — 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Essai sur la pathologie des reins mobiles, par le docteur Defontaine. — In-8° avec 2 figures. — 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Diagnostic des signes de la mort et de la vérification des décès à Paris, par le docteur Louis de Séré, inspecteur du service des décès. — Deuxième édition; prix, 1 fr. 25. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

SAINT-RAPHAËL

VIN TANNIQUE DE BAGNOLS, prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. Pasteur, membre de l'Institut.

Le vin de Saint-Raphaël est le plus riche en principes tanniques, qui soit connu; c'est un vin de *quinquina naturel* fort agréable à boire.

Il n'en est pas qui contiennent plus de fer et de matières colorantes toniques.

Le vin de Bagnols est prescrit dans les hôpitaux de Paris lorsqu'il s'agit de relever le niveau des fonctions de nutrition, dans les cas d'anémie, d'appauvrissement général de l'économie avec alanguissement des fonctions digestives.

Magendie, Rostan, Chomel, Velpeau, Requin, Monneret, Trousseau, Grisolle, etc., le prescrivaient à la dose d'un petit verre après chaque repas.

Le vin de Saint-Raphaël se trouve dans les principales pharmacies.






PEPSINE BOUDAULT

SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, SUCCESSEUR DE BOUDAULT, 24, RUE DES LOMBARDS, A PARIS.

MARIENBAD (BOHÊME) — ÉTABLISSEMENT CASINOPARC

Cinq maisons et villas, richement et confortablement meublées. On loue des chambres, des appartements et des villas entières avec ou sans pension, du 1er mai. — Le " CASINO " contient hors de la grande salle à manger deux petites salles pour des dîners à part, une salle de billard, une salle de musique, le cabinet de lecture, et tout près, un Café-Pavillon. Restaurant éminent, équipages dans la maison, omnibus à la gare.

Pour les renseignements on s'adresse: *A l'Inspectorat du Casinoparc*, à MARIENBAD, ou à *M. le docteur* SCHINDLER, médecin consultant à MARIENBAD.

PURGATIF BENOIT

AU SULFOVINATE DE SOUDE

Rendu fort agréable au goût, ce purgatif agit par dialyse (Rabuteau) et ne produit pas la plus légère colique; il n'a aucun des graves inconvénients — expérimentalement démontrés par MM. Moreau et Vulpian — des sels de magnésie. C'est le seul qui puisse être prescrit pendant la grossesse et la menstruation. Il suffit de faire dissoudre la dose dans un verre d'eau. — Prix du flacon : 1 fr. 50.

Exiger la signature du docteur BENOIT, *officier de la Légion d'honneur.*

PHARMACIE GEOFFRION, 16, rue de la Grande-Truanderie et dans toutes les Pharmacies.

ÉTABent THERMAL DE ROYAT GRANDE SOURCE

OUVERT TOUTE L'ANNÉE. — SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

NOUVEAU PARC, NOUVELLE PISCINE, NOUVEAU CASINO

Bains et Piscines à l'eau thermale courante.— Aspiration, Pulvérisation, Douches, Hydrothérapie, Application des méthodes allemandes

Même composition que les Eaux d'Ems

Traitement des affections nerveuses, rhumatismes, dyspepsies, affections de l'appareil génito-urinaire, engorgements résultant de fractures et luxations, anémie, maladies des voies respiratoires; Drs CHEVALLIER, DECHAMBRE, DURAND-FARDEL, GUBLER, HOMOLLE, LE FORT, LEPILEUR, NIVET, PETREQUIN, ROTUREAU, Félix ROUBAUD, etc. — 24 bouteilles : 15 francs. — 50 bouteilles : 30 francs.

Dépôts à Paris : MM. Pavis et Cie, rue du Cloître-Saint-Méry, 22. — En province dans tous les dépôts d'eaux minérales et chez les principaux pharmaciens.

ROYAT, par ses beaux sites, ses promenades délicieuses, son altitude et la salubrité de son sol volcanique, se recommande aux malades comme station d'air pur et vivifiant.

Grand nombre de médecins conseillent une saison thermale à ROYAT pour compléter la cure de Vichy.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

VIN TONIQUE RECONSTITUANT

DU DOCTEUR FORESTIER

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX à l'écorce d'oranges amères

Tous les organes de la presse médicale : *Gazette des Hôpitaux, Courrier médical, France médicale, etc.*, ont depuis dix ans, signalé l'excellence de cette préparation qui contient, dissous dans d'excellent vin de Malaga, les deux éléments formateurs des *os* et du *sang*, le *quinquina* et le *pyrophosphate de fer*.

La facilité avec laquelle l'économie s'assimile le vin de quinquina au pyrophosphate de fer, l'absence de toute saveur styptique, la double influence qu'en raison de ses deux éléments formateurs il semble devoir exercer, tant sur la composition du système osseux, que sur la reconstitution du sang, telles sont les qualités qui recommandent à priori cette nouvelle préparation ferrugineuse (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*).

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 41.

CONSTIPATION

Guérie sans purger par les pilules de **PODOPHYLLE COIRRE**. 3 fr. — 24, rue du Regard, Paris, et principales pharmacies.

EAU ANTI-HÉMORRHAGIQUE

DE TISSERANT

Expérimentée avec succès par plusieurs célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par MM. FRÉMY et MONOD, médecins des hôpitaux; par MM. les docteurs PORTALÈS, RIÉGÉ, etc., etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (notamment les *hémoptysies*, les *métrorrhagies*, les *ménorrhagies*, etc.), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, etc.

MM. les médecins qui n'auraient pas encore expérimenté ce médicament, sont priés d'en faire prendre un flacon, qui leur sera délivré gratuitement à la PHARMACIE SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, à Paris.

SIROP LAGNOUX

AU VALÉRIANATE DE CAFÉINE

spécifique contre la **coqueluche**, la **chorée**, **l'asthme nerveux** et **l'hystérie**.

LE FLACON : 4 FRANCS

Pharmacie LAGNOUX

57, rue du Cherche-Midi.

PILULES DE PEPSINE

Digestion difficile, dyspepsie, vomissements, etc.

PIL. DE PEPSINE au fer réduit dans toutes les maladies où le fer est nécessaire.

PIL. DE PEPSINE au proto-iodure de fer. Maladies scrofuleuses, syphilitiques, etc.

Chez **HOGG**, pharmacien-chimiste, 2, rue Castiglione, Paris. Pharmacies de province; on envoie *franco* par la poste.

N° 60. — MARDI 26 MAI 1874. 47e ANNÉE. MARDI 26 MAI 1874. — N° 60.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL LARIBOISIÈRE. Tétanos traumatique sans plaie, traité par le chloral; guérison. — HÔTEL-DIEU D'AVIGNON. Traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand. Deux cas de mort subite. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — VARIÉTÉS. Les facultés de médecine en France. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 25 mai 1874.

Nous recevons la lettre suivante qui nous signale un nouveau cas de transfusion de sang, suivi de succès :

A M. le docteur Le Sourd, directeur de la GAZETTE DES HOPITAUX.

Dreux, le 21 mai 1874.

Monsieur le directeur,

J'ai l'honneur de vous informer que depuis l'opération de transfusion faite par M. le professeur Béhier à l'Hôtel-Dieu, j'ai eu dans ma pratique l'occasion de faire la même opération. J'ai l'intention d'en publier plus tard l'observation complète ; mais, considérant le résultat obtenu comme très-encourageant, je vous prie de vouloir bien le livrer à la publicité, afin d'engager ceux de mes confrères qui exercent en province à ne pas négliger un moyen héroïque, et de leur prouver que la transfusion peut être faite par un médecin ordinaire au moyen de l'appareil du docteur Moncoq (de Caen). La personne dont il s'agit est âgée de quarante-trois ans et atteinte depuis longtemps de tumeurs fibreuses utérines qui amènent des pertes fréquentes. Au commencement du mois d'avril dernier, elle eut une de ces pertes qui l'affaiblit à un tel point qu'en quelques heures l'insensibilité était devenue complète, la respiration suspirieuse, le pouls imperceptible ; l'agonie commençait. Comme dernière ressource, il ne restait que la transfusion, que je pratiquai le 7 avril, avec l'aide *seule* de M. Mathieu fils, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris. Nous injectâmes seulement 60 grammes d'un sang très-riche fourni par le fils de la malade. L'opération à peine terminée, les lèvres semblèrent se recolorer, et ce fut tout ; le lendemain la malade recouvra un peu connaissance. Le troisième jour, elle prit du vin et du bouillon. A partir de ce moment, le mieux a continué très-lentement, et aujourd'hui (au bout de quarante-quatre jours), Mme X... se dispose à tenter une promenade en voiture.

Si cette observation est bien incomplète au point de vue scientifique, elle me semble offrir, au point de vue pratique, un intérêt suffisant pour devancer le jour où je la publierai *in extenso*.

Veuillez agréer, monsieur le directeur, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr MOLINIER,
chirurgien de l'hôpital de Dreux.

Ce nouveau succès obtenu par la transfusion du sang, quelques semaines seulement après le succès non moins remarquable que M. le professeur Béhier a obtenu à l'Hôtel-Dieu donne pleinement raison aux conclusions si affirmatives du rapport que M. Bouley a lu, le 30 mars dernier, à l'Académie des sciences. Nous voyons, en effet, qu'à Dreux, un seul opérateur, avec un seul aide intelligent, a pu pratiquer la transfusion du sang au moyen de l'appareil Moncoq, de Caen, et arracher une nouvelle victime à une mort certaine et imminente. Transfusion instantanée du sang en nature, chaud, liquide, vivant ; transfusion faite méthodiquement et à l'abri de tout danger pour les deux sujets : c'est bien là la solution pratique de ce problème si intéressant, solution considérée comme impossible par des hommes bien sérieux pourtant, et problème depuis si longtemps à l'étude. M. le docteur Molinier, de Dreux, a donné là un bon exemple qui ne tardera pas à avoir des imitateurs, et nous serons heureux d'insérer l'observation complète qu'il nous promet.

En attendant, il ne sera pas sans intérêt pour nos lecteurs de résumer en peu de lignes quel était en France, il y a seulement quinze ans, l'état de la question de la transfusion et le chemin qu'elle a fait depuis.

Il faut bien le dire, dans notre pays, à part quelques rares exceptions, cette opération n'avait donné que des insuccès, parce que rien de sérieux, rien de méthodique n'avait été fait dans ce but spécial et particulièrement délicat. Il s'agit en effet d'un liquide éminemment altérable, le sang, qu'il faut faire passer en nature, et sans qu'il s'en aperçoive, pour ainsi dire, d'un sujet sain dans un sujet malade.

Or la chose avait été jugée si impossible que M. le professeur Monneret avait pensé qu'il fallait préalablement enlever au sang sa fibrine ; et c'est avec le sang défibriné que M. Chassaignac et lui tentèrent en 1843 l'opération de la transfusion, qui échoua complétement et qui devait échouer dans ces conditions. M. Monneret en était arrivé à ce point de découragement qu'ayant pris la parole sur ce sujet à l'Académie de médecine, huit ans après, il disait que la transfusion du sang était une opération absolument antiphysiologique, à laquelle il fallait renoncer à tout jamais.

En 1850, M. Nélaton lui-même pratiqua la transfusion du sang, dans son service à l'hôpital Saint-Antoine. Sa malade mourut quelques jours après, et cette issue fatale, trop peu de temps après l'opération, semblait donner raison à M. le professeur Monneret.

En 1854, M. Maisonneuve, à Paris toujours, pratiqua à son tour la transfusion du sang, et son malade mourut très-peu après l'opération. A l'autopsie on trouva une forte congestion du poumon.

La *Gazette des Hôpitaux*, du 14 janvier 1851, page 20, rendit compte de l'opération de M. Nélaton. Une discussion eut lieu à ce propos à la Société de chirurgie. M. Debout y rap-

pelle « qu'il y a peu de temps, une action judiciaire a été intentée à un médecin du midi de la France, à propos de la transfusion qu'il avait pratiquée. » A cette même séance, M. Larrey, comprenant l'importance de cette opération, à laquelle il a toujours attaché le plus vif intérêt, exprime le désir de voir M. Nélaton reprendre cette même question de la transfusion, au triple point de vue historique, physiologique et thérapeutique.

Mais, depuis ces insuccès coup sur coup, il ne fut plus question, à Paris du moins, de la transfusion du sang, jusqu'en 1860. Les traités spéciaux de chirurgie en parlent à peine, et c'est ordinairement pour dissuader de tenter cette opération. Dans les leçons professées à la Faculté, nous retrouvons naturellement la même tendance.

Tel était absolument l'état de la question quand, en 1862, M. le docteur Moncoq, de Caen, reprit l'étude de la transfusion par sa base. Il avait été témoin de la mort d'un jeune homme qui avait perdu tout son sang à la suite d'une blessure reçue à un bras. Cette mort tragique l'avait profondément impressionné, et, sans se laisser désarmer par le découragement général, il se mit courageusement à l'œuvre.

Après des études physiologiques sérieuses dirigées dans ce but pendant deux années, l'arsenal de la chirurgie ne lui offrant rien qui pût réaliser ses vues, il inventa lui-même un appareil qui lui semblait résoudre complétement la question. M. Nélaton, en ayant eu connaissance, adressa l'inventeur à M. Bouley, alors professeur de clinique à Alfort. De nombreuses expériences, faites à Alfort et à Grenelle, ayant réussi complétement, M. Moncoq, le 13 juin 1863, expérimenta publiquement, sur des animaux, au cours officiel de physiologie de la Faculté de Paris. Plusieurs expériences, dirigées par le docteur Labbé, eurent un plein succès, et elles furent relatées par tous les journaux du temps. La même année, M. Moncoq donna le moyen de pratiquer la transfusion chez l'homme avec une légère modification à l'appareil précédent, et, pour ce second instrument, la Faculté lui accorda un encouragement avant même qu'il eût été employé chez l'homme.

Après avoir exposé ses travaux dans sa thèse de doctorat, après avoir fait publier et vendre ses instruments par les fabricants, qui les portèrent à Londres, les expédièrent en Allemagne et en Italie, le docteur Moncoq quitta Paris pour aller exercer la médecine en province. Il avait fait sa bonne part, et le temps se chargerait du reste.

Dès l'année suivante en effet, en 1865, M. le docteur Oré, de Bordeaux, fit, à Paris, des expériences publiques sur les animaux avec l'appareil du docteur Moncoq; il obtint les plus heureux résultats, qu'il a consignés dans un ouvrage important, publié en 1868. M. le docteur Labbé en avait déjà parlé, le 30 décembre 1865, et la *Gazette des Hôpitaux* les publia en même temps que les expériences des plus concluantes faites par le distingué chirurgien que nous venons de nommer.

La transfusion chez l'homme ne devait par tarder à être faite avec le même succès. Dès 1866, à Reims, M. Gentilhomme, professeur à l'école de médecine de cette ville, sauva par ce moyen une dame d'Épernay, âgée de trente ans. M. Courty, professeur à Montpellier, employa l'appareil Moncoq, dans les mêmes conditions. En Angleterre et à Vienne, il servait à arracher des mourants à une mort certaine.

A Paris, enfin, M. le professeur Béhier, à plusieurs reprises, rappelait à la vie des malades absolument désespérés, et chez lesquels tout avait échoué. Il s'en servait à l'hôpital de la Pitié, d'abord, et ensuite à l'Hôtel-Dieu, avec tout le succès qu'on connaît.

Nous voyons aujourd'hui qu'à Dreux un médecin isolé lui a dû de conserver à la vie une de ses clientes, arrivée à deux doigts de la mort.

Nous sommes heureux de pouvoir dire que le docteur Moncoq, encouragé par les nombreux succès qu'a déjà donnés la transfusion du sang, encouragé par les bonnes paroles qu'il a entendues à l'Académie des sciences, où l'on a rendu pleine justice à ses recherches intéressantes et éminemment pratiques, prépare en ce moment un travail complet sur la question qu'il a résolue et les succès obtenus. C'est le meilleur moyen de vulgariser une opération devenue classique grâce à lui, de la diriger méthodiquement en posant des règles aussi précises que possible, de façon à ne pas compromettre la transfusion.

On pourra modifier et même perfectionner avec le temps l'appareil du docteur Moncoq, mais ce qu'il est impossible de ne pas dire sans ingratitude et sans injustice, c'est qu'à force d'intelligence et de temps, il a résolu un problème des plus importants, dont la solution honore notre pays en servant les intérêts de l'humanité tout entière. C'est un service considérable qui porte ses fruits chaque jour, et qu'à coup sûr, aussi, on saura reconnaître : c'est le meilleur moyen d'appeler des progrès nouveaux.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. VERNEUIL

Tétanos traumatique sans plaie, traité par le chloral ; guérison (1).

par M. le docteur RICHELOT, aide d'anatomie de la Faculté.

OBS. I. — Le nommé C..., quarante-six ans, journalier, entre à l'hôpital Lariboisière, le 19 juillet 1870, dans le service de M. Verneuil, salle Saint-Augustin, numéro 29.

Le 17 juillet, en portant une poutre sur ses épaules, il tomba et fit un violent effort pour se retenir. Il put à peine marcher après l'accident, et, le soir du même jour, il sentit des douleurs vives dans les cuisses et dans les aines, avec des accès de roideur convulsive dans tout le membre inférieur. Le trismus se déclara le 19 juillet au matin, c'est-à-dire trente-six heures environ après le début des spasmes dans les deux jambes.

Au moment de son entrée, on constate les faits suivants : trismus permettant à peine un écartement de 5 millimètres, rire sardonique, douleur vive au niveau des masséters, respiration et déglution libres, bonne humeur, membres supérieurs indemnes. Les accès de spasmes toniques dans les membres inférieurs avec douleur vive dans tout le membre et surtout dans la région inguinale, reviennent toutes les cinq ou six minutes, et durent au moins deux minutes, souvent davantage. Le moindre attouchement les détermine. Les muscles de l'abdomen sont contracturés, mais moins que les adducteurs et le triceps. Une sueur abondante couvre la face. Lorsqu'on examine les membres inférieurs, on n'y trouve aucune trace de violence, aucune ecchymose, mais la pression des masses musculaires est douloureuse.

20 juillet. — Ouate et édredon. Potion avec 6 grammes de chloral. On donne un quart de la potion à onze heures ; un autre quart à midi. Alors le malade se sent mieux et dit qu'il ouvre mieux la bouche. Troisième quart à midi et demi ; à une heure, le malade s'endort profondément. Sommeil calme jusqu'à quatre heures, pendant lequel on observe de loin en loin quelques spasmes légers. A quatre heures il se réveille, prend un potage et un œuf et se rendort avec la fin de la potion. Une nouvelle dose de six grammes est prescrite pendant la nuit ; de temps en temps on réveille le malade pour lui faire prendre ; elle est achevée à trois heures du matin. Le sommeil dure toute la nuit sans souffrances.

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 29 avril 1874.

21 juillet. — Le malade est dans une somnolence profonde ; il faut le secouer violemment pour attirer son attention et obtenir une réponse. On le découvre et on le touche sans déterminer de spasmes. Les mâchoires s'écartent beaucoup mieux que hier. Le membre inférieur droit paraît complétement relâché ; la jambe gauche et les muscles abdominaux offrent encore un peu de contracture. On le laisse dormir, en recommandant de lui donner du bouillon froid, de l'eau rougie, du potage à chaque réveil. Une potion de 6 grammes est encore prescrite ; elle sera donnée en plusieurs fois jusqu'à la visite du soir, puis renouvelée pour la nuit.

22 juillet. — Le malade est tranquille, de bonne humeur, et répond bien aux questions ; il vient de se réveiller, après avoir dormi toute la nuit ; il n'a ni douleur ni spasmes, les jambes sont dans le relâchement, les mâchoires s'écartent relativement bien ; les muscles abdominaux sont encore assez durs. Hier, dans la soirée, il avait un peu d'agitation ; comme il est soupçonné d'alcoolisme, on se demande si au tétanos ne se mêlerait pas un peu de *delirium tremens*, et si le chloral ne remplirait pas ainsi une double indication.

Dans la soirée, le malade est calme, mais il ne dort pas ; le trismus a augmenté. Le 23 au matin, même état, pas de sommeil ; les mâchoires ne s'écartent que de 3 ou 4 millimètres. Informations prises, on apprend que la potion n'a pas été administrée dans la journée d'hier, et que le malade en a pris très-peu dans la nuit. On recommande la plus grande régularité dans l'administration du médicament.

Les jours suivants, le malade est maintenu dans une somnolence presque continuelle, à l'aide de doses de chloral qui ne dépassent pas 8 grammes dans les vingt-quatre heures. La température, qui, du 20 au 23, avait oscillé entre 37°5 et 38°4, ne dépasse plus 37°5. Dès le 28 juillet, le trismus est très-peu prononcé. A trois reprises seulement, pendant cette période, quelques spasmes douloureux, mais de courte durée, se sont fait sentir dans les membres inférieurs. La constipation habituelle a été combattue par les lavements et l'huile de croton.

Toutes les fois qu'il ne dort pas, le malade est gai, mais de la gaieté des alcooliques, dont il a bien le *facies*. Il veut se promener dans le jardin ; on le lève, en effet, on l'aide à marcher à partir du 28. Le 29, on supprime le chloral. Le 30, on lui donne un peu plus de vin et du laudanum ; ce nouveau traitement le rendort et calme absolument le léger degré d'agitation qu'il présentait encore. Du 1er au 10 août, le trismus, dernier symptôme du tétanos, disparaît peu à peu, et le malade quitte l'hôpital le 11 (1).

Obs. II. — Le nommé Edmond C..., trente-six ans, journalier, entre à l'hôpital Lariboisière le 1er avril 1871, dans le service de M. Verneuil, salle Saint-Louis, numéro 21.

Il porte, sur la région pariétale gauche, une plaie de 7 à 8 centimètres de long, superficielle et sans décollement. La blessure remonte au 17 mars. Le 27, se fit sentir un commencement de roideur dans la mâchoire, et presque en même temps dans les jambes ; mais aucune douleur cervicale, aucune gêne dans la déglutition ni dans la respiration.

Le malade se présente à la consultation, marchant très-difficilement, les jambes roides, et souffrant de la région lombaire. Les mâchoires sont étroitement serrées, aucun écartement n'est possible ; la face offre l'expression du rire sardonique, la tête est légèrement renversée en arrière. La plaie du cuir chevelu est presque entièrement cicatrisée.

Lorsque le malade est couché, on constate les faits suivants : rigidité absolue des masséters, spasmes dans les jambes, peu douloureux, mais fréquents ; contracture assez forte des muscles abdominaux sans douleur notable. Opisthotonos léger. Membre supérieur indemne, respiration et déglutition libres.

A deux heures de l'après-midi, on entoure de ouate les bras et la poitrine, on couvre le lit d'un édredon, et l'on prescrit une potion avec 6 grammes de chloral.

(1) Il a déjà été parlé de cette observation dans la thèse de M. Soubise (Paris, 1870, p. 70) ; mais elle est incomplète et présente quelques inexactitudes de dates.

A six heures du soir, 3 grammes environ ont été ingérés. Le malade est assoupi sans dormir profondément et a pris du bouillon avec appétit, à plusieurs reprises. La contracture des masséters et des muscles abdominaux n'a pas changé, mais il affirme que les spasmes des jambes ont cessé complétement.

2 avril. — La nuit a été bonne ; les jambes sont relâchées ; au dire du malade, la contracture des muscles de l'abdomen diminue par intervalles. On prescrit 10 grammes de chloral.

La somnolence continue toute la journée, mais le sommeil n'est pas absolu. L'appétit est conservé, le bouillon est pris avec plaisir. Les mâchoires s'écartent un peu plus. La nuit suivante se passe dans un profond sommeil.

3 avril. — Aucun changement. — La potion est maintenue à 10 grammes.

4 avril. — La contracture des masséters a légèrement diminué, car un potage au tapioca peut passer, quoique avec peine. Les mouvements de la tête sont un peu plus libres.

Les jours suivants, la potion est portée à 12 puis à 15 grammes. Le sommeil devient plus profond et plus continu. Le malade reste endormi généralement depuis la visite du matin jusqu'à celle du soir, et se réveille entre quatre et cinq heures pour prendre du potage. La nuit est toujours bonne. Les spasmes des jambes ne reviennent pas, mais le ventre est aussi dur ; la mâchoire se relâche par intervalles, puis se resserre au moindre contact. La température, prise régulièrement depuis le 5 avril, reste comprise entre 36°5 et 37°.

Du 9 au 13, la température ne monte pas, mais la contracture augmente. Le cou est plus roide, les spasmes se réveillent de temps à autre dans les jambes ; la nuit est agitée, le malade tombe de son lit en voulant se lever. Il dort encore dans l'après-midi, sauf le 12 et le 13, où les douleurs dans le ventre empêchent complétement le sommeil. La contracture des muscles abdominaux est devenue plus forte que pendant les premiers jours. La constipation opiniâtre est combattue par les lavements et l'huile de croton. Cependant le bouillon et les potages sont pris avec plaisir.

Apprenant que la potion n'a pas été donnée très-régulièrement depuis quelques jours, M. Verneuil recommande d'administrer intégralement les 15 grammes dans les vingt-quatre heures.

Du 14 au 17 avril, les douleurs se calment ; le malade est plongé, sous l'influence du chloral, dans un véritable abrutissement. Il est comme ivre, endormi ou agité, et répond à peine aux questions. *Subdelirium* toute la nuit. Pendant ce temps, le ventre est beaucoup plus souple et les mâchoires s'écartent beaucoup mieux que les jours précédents.

M. Verneuil diminue progressivement la dose de chloral, qui tombe de 15 à 12, puis à 8, puis à 4 grammes dans les vingt-quatre heures. Le calme revient peu à peu ; le 20 avril, toute agitation a disparu ; la contracture est faible, les mâchoires continuent à s'écarter beaucoup mieux, sauf dans quelques accès assez éloignés. L'intelligence est toujours très-obtuse, et la somnolence habituelle.

L'appétit, qui n'a jamais cessé complétement, est devenu très-vif. Le 22, le malade mange du pain pour la première fois.

Le 23, après être resté levé toute la journée, il est pris d'un nouvel accès qui le force à rester au lit les deux jours suivants. La température qui, jusque-là, n'avait pas une seule fois dépassé 37°, monte subitement à 38° et 39°, puis revient à 37°2, 37°, 36°6 à partir du 26 avril.

Le 30, tout est rentré dans l'ordre, et la guérison se complète dans la semaine suivante. Le malade quitte l'hôpital le 8 mai.

HOTEL-DIEU D'AVIGNON. — M. MARIUS CARRE.

Traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand. Deux cas de mort subite.

Le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids est plus qu'une question d'actualité. Du domaine médical, cet important problème est descendu dans le domaine littéraire. Il serait fâcheux qu'il devînt question de mode. A l'enthousiasme

pourrait succéder le découragement, quand le praticien, converti avec peine par des promesses d'infaillibilité, se trouverait en présence de revers. Aussi, partisan de la méthode nouvelle, je crois qu'il serait puéril d'en dissimuler les insuccès. Loin de là, l'intérêt de la science, comme des malades, conseille de produire au grand jour les cas de mort et d'en rechercher les motifs.

L'état sanitaire exceptionnellement bon que nous avons eu pendant l'hiver dernier ne m'a permis de traiter que cinq cas de fièvre typhoïde par les bains froids, du commencement de janvier à la fin d'avril. Trois malades ont guéri; deux sont morts. Chez ces derniers, je remarquerai que le traitement a été commencé tardivement, dans un cas par suite de la résistance du malade, dans l'autre parce que le malade n'est entré à l'hôpital que vers le quinzième jour seulement. Mais l'application tardive du traitement ne me paraît pas avoir été la cause de la terminaison fatale. Dans les deux observations la mort s'est produite subitement, en dehors du bain. L'autopsie n'a révélé aucune raison capable de l'expliquer. Le cœur n'ayant pas été examiné au microscope, il est permis de se demander si je n'ai pas eu affaire à une dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque, altération que l'on est porté à considérer comme la cause des syncopes observées quelquefois chez les typhiques pendant leur immersion dans le bain (Laure).

Quoi qu'il en soit, il ne faudra pas perdre de vue désormais que la mort subite peut arriver dans la période d'évolution de la fièvre typhoïde chez les malades traités par les bains froids. Faut-il incriminer les bains? Je ne le pense pas. Toute explication dans ce sens serait hypothétique. Il serait peut-être plus rationnel de se retrancher derrière l'état général des malades; mais encore cet état a-t-il varié dans les deux cas, car si l'un était épuisé par les difficultés opposées à l'hématose par une congestion pulmonaire étendue et par une hémorrhagie intestinale abondante, l'autre paraissait dans de bonnes conditions relatives. Les signes d'une dégénérescence hâtive du cœur sont, d'un autre côté, entourés d'obscurité, de sorte que, pour toutes ces raisons, le problème que je me contente de poser sera difficile à résoudre, et la seule conclusion à laquelle je veuille m'arrêter, c'est qu'il faudra faire la part de ces morts foudroyantes, d'où la nécessité d'être plus réservé dans le pronostic.

Il est vrai qu'on m'objectera l'aphorisme de Brand : Tout malade traité avant le huitième jour guérira. Mais ceux chez lesquels le médecin sera appelé après cette époque devront-ils être fatalement exclus du traitement.

Obs. I. — V... (Louis), soldat, entre à l'hôpital le 14 janvier 1874. Il dit être malade depuis une dizaine de jours. Les symptômes dominants sont une bronchite généralisée, accompagnée de crachats sanglants et fluides. Pouls dicrote : 90 pulsations. Température : 40 degrés. Stupeur, langue sèche. Peu de taches rosées, ataxo-adynamie. On pouvait se demander, vu la prédominance des symptômes thoraciques, s'il ne s'agissait pas plutôt d'une pneumonie à forme typhoïde que d'une fièvre typhoïde à forme thoracique. L'absence des râles caractéristiques de la pneumonie et l'état général du sujet me firent admettre la deuxième hypothèse. Le traitement par les bains froids fut énergiquement refusé par le malade, qui fut alors soumis au sulfate de quinine, au quinquina et à l'alcool. Les symptômes allèrent en s'aggravant et s'accentuèrent de plus en plus. Dans la nuit du 18 au 19, il se produit une hémorrhagie intestinale très-abondante. Le malade est, le lendemain, dans une prostration extrême : température, 41 degrés; pouls, 120. Ce fut dans cette position *in extremis* que le malade fut mis au bain. Son état était tellement alarmant que, dans ma conviction, il ne devait pas passer la journée, et que même il pouvait rester dans l'eau. Mais que faire? les armes que j'avais considérées jusqu'à ce jour comme les meilleures étaient restées sans effet, il fallait essayer une dernière ressource.

Du 20 au 23, le malade prit 21 bains. Loin de mourir, les forces avaient reparu avec l'intelligence. La physionomie avait changé; le malade demandait le bain; il se soulevait dans son lit; les symptômes ataxo-adynamiques s'étaient amendés. Bref, je croyais à un succès, lorsque le malade mourut subitement dans son lit, après avoir poussé quelques soupirs, dans l'après-midi du 23, une heure après le bain.

L'autopsie ne nous révéla pas la cause de cette mort inattendue. Les poumons étaient engoués seulement. Les ulcérations classiques de l'intestin étaient presque entièrement cicatrisées. — Rate diffluente. — Péritoine sain. Le cerveau et le cœur ne présentèrent aucune lésion appréciable à l'œil.

Obs. II. — Georges O..., domestique, entre le 19 février. Il est couché, dit-il, depuis huit jours; mais, d'après les renseignements recueillis plus tard, il paraît qu'il était malade depuis une quinzaine de jours.

Fièvre typhoïde adynamique, gargouillement iliaque, météorisme. Taches, épistaxis, diarrhée, subdélirium, tremblement de la langue et des membres, fuliginosités. Un peu de toux, quelques râles discrets, sans importance. Température dépassant 40 degrés; pouls 95.

Le malade entra à dix heures du matin. Il prit quatre bains d'un quart d'heure à 20 degrés. Comme dans le cas précédent, on lui fit des aspersions sur la tête. Il fut enveloppé dans une couverture de laine et transporté dans son lit, placé à côté de la baignoire. Des boissons chaudes et un peu de rhum lui furent administrés, puis des potages clairs dans l'intervalle. Le malade prenait les bains très-volontiers; il y allait de lui-même. Le dernier bain fut pris à sept heures et demie du soir. A huit heures et demie on appela l'interne de service; le malade avait poussé quelques soupirs : il était mort.

Autopsie. — Ulcérations nombreuses dans l'intestin grêle. Rate diffluente, poumons sains. Le cerveau et le cœur n'ont présenté aucune lésion à l'œil nu.

Il est à regretter que, dans ces deux autopsies, le cœur n'ait pu être examiné au microscope, peut-être le contrôle de cet instrument nous aurait-il donné l'explication de cette mort subite, qui, en se répétant dans des conditions analogues, ne pouvait manquer de frapper vivement mon esprit.

Mais serait-il logique de retourner ces deux faits contre la méthode de Brand? En y regardant de près, sans parti pris, avec le calme froid qui convient à la science, que voyons-nous? Dans les deux cas, les bains ont abaissé la température (dans le premier cas de plus de deux degrés, car le 23 au soir elle était de 39 degrés; dans le deuxième, elle était descendue après le quatrième bain de plus d'un degré), diminué les symptômes ataxo-adynamiques, arrêté la diarrhée (obs. II), et, pour tout résumer d'un mot, ils avaient amélioré l'état général en même temps que les manifestations locales. La mort n'est donc pas due à l'aggravation de la maladie, à son évolution fatale? Les typhiques ne meurent pas ainsi au douzième ou au quinzième jour. Non, cette double mort est tout à fait anormale. Faut-il l'attribuer au choc imprimé à l'organisme par le refroidissement? à la soustraction brusque du calorique? Que ces causes aient agi dans une certaine mesure, je ne saurais le nier, car les effets définitifs et intimes de la méthode ne nous sont pas encore connus. Mais il me semble plus rationnel d'admettre, comme dominant les autres causes, un état morbide du cœur, que l'avenir permettra sans doute d'affirmer.

En attendant, il m'a paru bon de signaler la possibilité de ces morts inattendues pendant le traitement de Brand.

Dans les observations qui suivent, la guérison a été obtenue après un nombre de bains relativement restreint, puisque le chiffre en a oscillé entre quarante-neuf et quinze. Il est vrai que, dans ce derniers cas, le malade n'a pris que de trois à quatre bains par jour. Chez tous les malades, la guérison s'est

effectuée sans encombre et rapidement, si rapidement que deux d'entre eux n'ont pu obtenir à la fin du mois un congé de convalescence que je réclamais. Généralement la température descendait à 39 et même 38 degrés dès le troisième jour du traitement, et, au huitième jour, l'état était assez bon pour permettre l'alimentation. Il n'y a eu aucune complication. Le malade de l'observation V, atteint dès le début de pneumonie droite et de fièvre typhoïde, a vu les deux affections guérir parallèlement.

Pendant que ces malades bénéficiaient ainsi du traitement par les bains froids, un malade civil atteint d'une fièvre typhoïde adynamique refusait obstinément la nouvelle méthode. Sa maladie a duré plus de deux mois. La convalescence a été traversée par une pneumonie secondaire et une diarrhée rebelle qui ont mis l'une et l'autre la vie en danger.

Le malade a pris 30 grammes de sulfate de quinine et une quantité proportionnée de quinquina. J'ai pu juger ainsi parallèlement les deux méthodes de traitement, et plus d'une fois j'ai craint que j'aurais à me repentir de n'avoir pu vaincre l'entêtement du malade, qui a fini, cependant, par se rétablir.

Obs. III. — G..., soldat, entré le 6 janvier 1874, au huitième jour d'une fièvre typhoïde adynamique à forme abdominale. Symptômes graves. 49 bains à 20 degrés pris régulièrement, nuit et jour, pendant une semaine, à trois heures d'intervalle. Guérison.

Obs. IV. — T..., soldat, entré le 14 février, malade depuis trois jours. Fièvre typhoïde adynamique, à forme abdominale, de moyenne intensité. 15 bains, 3 à 4 par jour. La température reste fixe à 38 degrés au bout d'une semaine. Pas de complication ; guérison.

Obs. V. — C..., soldat, entré le 30 mars, au huitième jour. Fièvre typhoïde abdominale, pneumonie occupant tout le poumon droit. 32 bains ; guérison.

J'ajouterai, en terminant, que j'ai employé le traitement de Brand une sixième fois pour un cas d'ictère grave. Les liens de parenté des deux affections semblaient justifier cette tentative, que j'ai crue rationnelle.

Le malade mourut après quatre jours de traitement.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 novembre 1873. — Présidence de M. Lunier

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Dolbeau demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

Lithotritie périnéale.— Messieurs, j'ai appris qu'à l'issue de la précédente séance, M. Caudmont a présenté un instrument que j'ai imaginé pour dilater l'urèthre et le col de la vessie dans la taille périnéale, et qu'une partie de cet instrument s'est brisée pendant l'opération. Cette circonstance pourrait nuire à une opération que je préconise, j'ai désiré m'expliquer devant vous.

Dans l'opération que j'ai désignée sous le nom de lithotritie périnéale, j'introduis un cathéter dans l'urèthre ; puis au-devant de l'anus j'incise la peau dans une étendue d'un centimètre et demi environ. Par cette ouverture, j'introduis le doigt, et, le tissu cellulaire étant lâche, je puis suivre la paroi antérieure du rectum et arriver jusqu'à l'urèthre, sans rien diviser dans la profondeur du périnée. Je fais une petite ouverture à l'urèthre ; par ce petit trajet, j'introduis le dilatateur dans l'urèthre, et je l'ouvre. Cet instrument a la forme d'un cône porté par un manche et est composé de six valves que l'on peut écarter par un mécanisme adapté au manche. Je dilate ainsi au-devant du rectum, et je produis un canal cylindrique qui unit la peau à l'urèthre, qui s'est déchiré. Je puis alors incliner le dilatateur, et je produis une nouvelle dilatation, qui perfectionne le trajet et déchire l'urèthre plus en arrière, j'obtiens ainsi un trajet oblique et cylindrique. Je referme le dilatateur, je l'introduis dans la vessie, et je produis une troisième dilatation. L'expérience prouve que les régions membraneuse et prostatique se déchirent linéairement sur la ligne médiane ; le col de la vessie ne se déchire pas. Par le canal ainsi formé on peut introduire dans la vessie divers instruments et broyer les calculs les plus gros et les plus durs.

L'extrémité du dilatateur n'est pas pointue ; elle est grosse comme l'extrémité du petit doigt. M. Trélat, pour faciliter la pénétration de l'instrument dans la rainure du cathéter, a fait introduire au centre une longue tige terminée par un petit cône qui dépasse l'extrémité des valves, les coiffe en quelque sorte, et que l'on peut faire sortir et rentrer à volonté.

C'est cette pointe qui, dans le cas de M. Caudmont, s'est fracturée et s'est engagée dans la cannelure du cathéter. Cet accident doit être attribué à la mauvaise trempe du fer. Dans un cas, j'ai employé l'instrument ainsi modifié, et j'ai eu beaucoup de peine à terminer l'opération, la tige s'étant courbée. Le fabricant n'avait pas trempé le fer ; celui de M. Caudmont l'avait sans doute été trop.

J'ai le regret que M. Caudmont ne soit pas ici pour dire que l'accident arrivé à son dilatateur ne l'a point empêché de terminer son opération, et que c'est à la fin qu'il a pu constater un fait qui avait échappé pendant les manœuvres. Il est également regrettable que notre collègue ne nous ait pas fait connaître les succès et surtout les résultats que lui a donnés la lithotritie périnéale. Pour ce qui est de ma pratique personnelle, je vous dirai seulement que cette opération m'a donné une proportion considérable de succès. Pendant le mois de novembre, j'ai opéré quatre malades qui tous ont guéri. Tous avaient soixante ans passés, l'un d'eux avait soixante-dix-huit ans, un autre, connu de tous ici, a plus de soixante-dix ans, c'est notre bon et honorable collègue M. Boys de Loury.

La lithotritie périnéale a fait ses preuves, elle est pratiquée avec succès en France et à l'étranger ; je ne saurais trop vous recommander cette opération que j'ai imaginée, peut-être, mais certainement que j'ai vulgarisée depuis douze ans que je l'exécute.

M. Blondeau tient à constater qu'il n'y a eu dans la communication de M. Caudmont aucune intention malveillante ; il s'est borné à faire connaître un accident opératoire, sans critiquer l'opération.

M. Aug. Mercier s'étonne que, malgré ses réclamations, M. Dolbeau feigne de pas entendre ; celui-ci persiste à donner comme sien le procédé de la taille périnéale par dilatation. Ce procédé, dit-il, est le premier qui ait été employé en France, il y a près de trois cent cinquante ans, et, s'il a été ressuscité dans ces derniers temps et perfectionné, c'est à moi qu'il le doit.

A la page 165 de mes *Recherches*, de 1841, j'appelais déjà l'attention sur les dangers qui résultent de l'ouverture des plexus prostatiques dans la taille périnéale. D'un autre côté, page 175, de mes *Recherches*, de 1856, je dis : « Le col est si élastique que j'ai été étonné moi-même du degré auquel je parvenais sans déchirure et, pour ainsi dire sans douleur. » Enfin, arrivé à la taille, page 584 du même ouvrage, après quelques mots sur la méthode de Celse, j'ajoute : « Malgré ses inconvénients, elle fut la seule mise en usage jusqu'en 1525, époque à laquelle Giovanni de Romanis imagina un procédé que Mariano Santo fit connaître et qu'on désigna sous le nom de *grand appareil*, à cause des nombreux instruments qu'il nécessitait, le nom de *petit appareil* étant réservé à la méthode précédente. Giovanni de Romanis introduisait d'abord dans l'urèthre un cathéter cannelé, faisait au périnée une incision qui pénétrait jusqu'à lui et poussait dans la vessie, sur la cannelure, un conducteur qui lui-même, après l'extraction du cathéter, servait de guide à un second ; puis il glissait entre eux une sorte de pince qui servait à dilater la portion membraneuse, la prostate et le col vésical, assez pour permettre l'introduction de tenettes au moyen desquelles on retirait le calcul. On a fortement blâmé ce procédé ; on l'a accusé d'amener des déchirements, des abcès, des incontinences d'urine, des infiltrations urineuses et la gangrène du scrotum ; enfin des hémorrhagies provenant de la lésion du bulbe de l'urèthre et de son artère ; mais l'invention du cathéter cannelé et la sécurité qui en résulte furent un progrès immense. Sans l'invention de la lithotritie, je suis *convaincu* qu'on serait revenu à

cette méthode *un peu modifiée,* pour les pierres peu volumineuses; car, à moins d'être faite outre mesure, la dilatation a moins de dangers que la division des plexus veineux prostatiques, à laquelle expose l'instrument tranchant. »

A propos de la taille latéralisée, je reviens sur le même sujet quatre pages plus loin : « Quant à l'incision du col de la vessie, les opinions sont partagées : les uns la veulent telle que le calcul sorte sans difficulté ; d'autres, et particulièrement Lecat, la font très-étroite et comptent principalement sur la dilatation. Je me rangerais plus volontiers à cette dernière opinion... »

On voit que, pendant que tous mes prédécesseurs et contemporains, Boyer, Dupuytren, Roux, Civiale, Velpeau recommandaient d'inciser « autant que possible... et de façon que le *cercle de la base de la prostate soit seul respecté* » (Velpeau, *Méd. op.*, 2e éd., t. V, p. 536), moi, je conseillais de revenir au grand appareil qui était à leurs yeux « une des plus mauvaises méthodes qu'on ait inventées ». (*Ibid.*, p. 502.)

M. Mercier expose ensuite les modifications qu'il a imaginées. La première et la principale, c'est qu'au lieu d'ouvrir le bulbe, il ouvre la région membraneuse comme dans la taille latéralisée, et comme, de l'aveu de tous les chirurgiens, et notamment de Civiale (*la Lith. et la taille*, p. 417), les plus habiles opérateurs manquent souvent la rainure et font l'incision à côté, il a inventé un cathéter à dard qui rend ce temps on ne peut plus facile et qu'il a présenté le 20 février 1866 à l'Académie de médecine.

Enfin il fait voir un cathéter à deux valves très-simple et très-solide qu'on introduit par la ponction de la région membraneuse, soit sur la cannelure du cathéter, soit sur la tête du bouton, si l'on a jugé utile de passer d'abord celui-ci pour dilater préalablement la région membraneuse.

Finalement M. Mercier rappelle qu'à la page 595 de ses *Recherches*, de 1856, il a écrit : « Parfois la lithotritie et la taille elle-même, surtout la périnéale, sont insuffisantes, et *il faut* les réunir. » Il rejette le brise-pierre que préconisaient pour cela Dupuytren et M. Pétrequin, et il s'applique à mettre en évidence la supériorité des fortes pinces. Toutefois il préfère à tout autre méthode la taille hypogastrique quand le fort volume de la pierre a pu être apprécié d'avance, et il pense que la taille périnéale par dilatation est rarement applicable chez les enfants, dont la prostate est petite et la portion correspondante de l'urèthre fort étroite. Chez eux les plexus prostatiques sont encore peu développés. (*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Les Facultés de médecine en France (1).

Les officiers de santé, auxquels les grandes opérations chirurgicales sont interdites, chez lesquels l'État et, à sa suite, les grandes administrations privées se refusent à prendre leurs médecins officiels, et qui ne sont pas chargés d'expertises devant les tribunaux, peuvent recevoir leur titre dans toutes les écoles secondaires de médecine et de pharmacie, mais n'ont le droit d'exercer leur profession que dans le ressort et sous la surveillance directe de l'école qui les a reçus.

Ils sont donc, surtout à ces deux derniers points de vue, tout à fait comparables aux pharmaciens de deuxième classe; et cependant, au contraire de ce que nous avons constaté pour ces derniers, le nombre absolu et relatif va en diminuant rapidement.

En 1855, il a été conféré 153 brevets d'officiers de santé; 93 seulement en 1865, et 95 en 1872. En 1847, on comptait, exerçant en France, 7,456 officiers de santé; il n'y en avait plus que 5,624 en 1865, plus 43 à Nice et en Savoie; ce nombre est réduit à 4,653 en 1872.

Ainsi, en fait, l'officier de santé tend à disparaître. Il faut voir là le résultat d'un notable progrès dans l'intelligence publique, qui apprécie plus sûrement et plus attentivement la valeur des grades et la science des médecins. A ce point de vue, votre commission ne peut que se réjouir de cette disparition graduelle d'une institution fondamentalement mauvaise, dont les difficultés spéciales des temps où elle fut établie, et aussi, il faut le dire pour y revenir tout à l'heure, le nombre par trop restreint des facultés pouvant décerner le diplôme complet, peuvent seuls expliquer la création et le maintien.

Ce n'est pas cependant que votre commission ait l'intention de demander, même sous la forme d'un vœu, la suppression immédiate et sans conditions aucunes du grade d'officier de santé. Si les motifs indiqués dès le début de ce rapport ne nous avaient fait considérer comme un devoir de nous maintenir sur le terrain, relativement étroit, de la création des facultés nouvelles, beaucoup d'entre nous n'eussent pas manqué de développer avec force la nécessité de conserver deux grades à la disposition des facultés de médecine, comme cela existe pour les facultés de droit, des lettres et des sciences. Ils eussent montré que le titre actuel de docteur en médecine suppose, plus qu'il n'exige, une étendue de connaissances purement théoriques qu'il n'est point nécessaire d'imposer à tous les praticiens, et que, du reste, la pratique des examens, où la nécessité triomphe de la rigueur des programmes, ne les leur impose que fictivement.

Ils eussent demandé qu'il fût institué un grade de médecin praticien, grade que ne pourraient décerner les écoles secondaires, grade qui serait la sanction de quatre ou cinq années d'études dirigées tout particulièrement sur le terrain de la pratique. Ce médecin devrait pouvoir exercer sans réserve l'art tout entier de la médecine, de la chirurgie et des accouchements, sans être obligé, comme doit le faire actuellement l'officier de santé, de se récuser en présence d'accidents graves et d'être réduit à attendre, pendant que le malade se meurt, et sous peine d'enfreindre la loi, l'arrivée d'un docteur complètement autorisé.

Puis, au-dessus de ces praticiens, votre commission eût proposé, d'accord sur tous ces points avec tant d'hommes éminents, la création de docteurs ès sciences médicales, reçus après des épreuves sérieuses et théoriques, après une thèse originale, vraiment égaux par leur valeur scientifique avec leurs collègues des autres facultés : gradés parmi lesquels s'opérerait le recrutement de l'agrégation et du professorat, où les tribunaux prendraient leurs experts, et dont les grands hôpitaux, les administrations, l'État, s'astreindraient strictement à faire leurs médecins ; en telle sorte, pour tout dire en un mot, que le praticien (1) serait comparable au licencié en droit, à qui la loi permet la profession d'avocat, par exemple, tandis qu'elle exige pour le professorat le grade de docteur en droit, en tous points comparable à ce grade nouveau de docteur ès sciences médicales.

Mais si votre commission, sans se croire autorisée à vous faire ces propositions, estime qu'elle devait les soumettre à vos réflexions, c'est qu'elles ont un rapport direct avec l'établissement des facultés nouvelles.

Il n'eût guère été possible, en effet, de demander que tous les praticiens prissent leurs grades dans les facultés, alors que celles-ci sont aussi peu nombreuses et aussi éloignées les unes des autres qu'elles le sont aujourd'hui. On en jugera peut-être autrement quand deux nouvelles facultés de l'État seront en

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 19 et 21 mai 1874.

(1) C'est à peu près la différence qui sépare, en Danemark, le *kandidat* du docteur, en Russie le *liekar* du docteur.

fonctions, et il n'y aura plus d'objection lorsque, dans un temps qui, nous l'espérons, ne se fera pas beaucoup attendre, à ces deux facultés s'en joindront deux autres encore.

Mais sans insister sur ces considérations, et venant à étudier maintenant la situation du corps des docteurs en médecine, nous voyons que leur nombre reste sensiblement stationnaire. En 1847 il y avait en France 10,643 docteurs en médecine, soit 1 pour 3,244 habitants; en 1866, il y en a (en tenant compte des départements annexés) 11,525, soit encore, par une coïncidence étrange, 1 sur 3,244 habitants (1); en 1872 (2), il n'y en a plus que 10,766, soit 1 sur 3,353 habitants.

Si l'on rapproche ces chiffres de ceux que nous a donnés la situation des officiers de santé, on voit que ceux-ci diminuant très-vite, et les docteurs en médecine n'augmentant pas, le nombre des médecins praticiens s'abaisse notablement en France. En 1847, il était de 18,099, soit 1 médecin par 1,895 habitants; il n'est plus que de 17,192 en 1866, soit 1 médecin par 2,232 habitants, il se réduit enfin à 15,419 en 1872, soit 1 par 2,341 habitants.

Il y a là, bien évidemment, une situation grave et qui mérite d'attacher l'attention du législateur. De toutes parts des plaintes se font entendre; le nombre des médecins apparaît plus insuffisant encore à des populations qui, de plus en plus éclairées, en sollicitent l'intervention plus tôt et plus souvent.

Les plaintes seraient bien autres, si le développement des voies de circulation ne rendait aujourd'hui beaucoup plus facile l'extension de la clientèle de nos médecins de campagne. Mais même dans les conditions actuelles, ces plaintes sont générales, et tout porte à croire qu'elles ne feront qu'augmenter d'insistance et d'énergie, le médecin devenant de plus en plus rare, et le besoin de son intervention se faisant de plus en plus sentir.

(1) Nice et la Savoie ont apporté une population de 737,113 habitants avec 260 docteurs en médecine.

(2) Défalcation faite de l'Alsace-Lorraine.

Ce ne sont pas seulement les besoins des particuliers que met en souffrance cette pénurie relative d'hommes de l'art. En 1866, sur 37,638 communes, il y en avait seulement 4,235 possédant un docteur en médecine et 30,621 n'avaient point de médecin. Dans la région du Nord, on peut citer des villes de 15 à 20,00 âmes qui ne possèdent qu'un officier de santé, point de docteur. Or il est permis, bien qu'un peu effrayant, de se demander comment sont remplies dans ces communes les prudentes formalités si sagement prescrites par la loi pour la constatation des décès.

Les conséquences de ce fâcheux état de choses deviennent encore bien plus évidentes, lorsqu'on examine par le détail comment étaient répartis, sur la surface du territoire et proportionnellement à la population, les 17,192 médecins (11,525 docteurs et 5,667 officiers de santé) existant en France en 1866. (*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Clinique obstétricale et gynécologique, par Sir JAMES Y SIMPSON, professeur d'accouchements à l'université d'Édimbourg; ouvrage édité par J. Watt Black, traduit et annoté par le docteur G. CHANTREUIL, ancien chef d'accouchements à la faculté de médecine de Paris. — 1 vol. in-8 de XI-800 pages avec figures intercalées dans le texte. Prix, 12 francs. — Paris, 1874. J.-B. Baillière et fils.

Traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, par F. GLÉNARD. — Grand in-8 de 80 pages avec tableau. Prix, 2 fr. Paris, 1874. F. Savy.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On devait croire la discussion sur la physiologie du cœur terminée, au moins quant à présent. Il n'en a rien été. M. Colin est remonté à la tribune avec un volumineux manuscrit, pour exposer la suite de ses recherches expérimentales, portant sur le jeu des oreillettes. Sur ce, nouvelles objections de M. Bouillaud, nouvelles répliques de M. Colin. Deux écureuils tournant incessamment sur eux-mêmes en sens inverse, sans faire un pas en avant et sans jamais se rencontrer, représenteraient assez bien, à nos yeux, cette interminable gymnastique oratoire. Ne serait-il pas temps que l'Académie passât à d'autres exercices ? C'est le vœu qu'a exprimé M. Vulpian, et il nous a paru répondre assez bien au sentiment général. Puisqu'on en a unanimement appelé à d'autres expériences, que n'attend-on leurs résultats pour reprendre le débat sur des données nouvelles ! Si nous avons bien entendu, les expériences devraient commencer prochainement ; la première séance a été annoncée pour jeudi. Un peu de patience, et peut-être en verrons-nous la fin.

Une présentation faite par M. Colin, au commencement de la séance, d'un appareil à transfusion expérimentale, a donné l'occasion à M. Alph. Guérin de donner quelques explications à l'Académie sur le mode de transfusion artérielle qu'il a expérimenté. On sait qu'il y a deux ans M. A. Guérin communiqua à l'Association française pour l'avancement des sciences, séant alors à Bordeaux, des expériences très-sérieuses, consistant à établir la communauté du sang entre deux animaux au moyen de l'abouchement d'artère à artère. Ces expériences n'ont pas dépassé, jusqu'à présent, l'enceinte du laboratoire, mais M. A. Guérin est tellement convaincu des avantages qu'on en pourrait tirer, et du peu de danger qu'aurait à courir la personne qui fournirait le sang, qu'il n'hésiterait pas à donner le sien à la première occasion qui se présenterait. Ces expériences se continuent, du reste, en ce moment, par les soins de M. La borde. Il sera intéressant d'en faire connaître, en temps et lieu, les résultats.

M. Bonnafont a fait, à la fin de cette séance, une communication intéressante dont on trouvera au compte rendu le sujet et l'exposé.

Dans la dernière séance, en parlant de la lecture de M. Danet sur les fermentations en pathologie, nous avons mentionné un ouvrage que ce médecin vient de publier sur l'étiologie, la prophylaxie et le traitement du choléra, et qui a, comme nous l'avons dit, avec cette question plusieurs points de contact. Cet ouvrage a été présenté hier, au nom de son auteur, par M. Laboulbène. Nous y avons jeté un coup d'œil rapide. Voici, en substance, ce que M. Danet s'est proposé d'établir.

Pour lui, le choléra est une maladie miasmatique. Le miasme qui le produit est un élément figuré et desséché sous forme de poussière transmissible par l'air, et non par l'inoculation, et qui n'est autre que les sporules et les sporidies de différents cryptogames, que l'on trouve dans les matières rendues par les cholériques.

La cause prédisposante à l'action du poison serait l'acidité des liquides du tube gastro-intestinal, résultant d'une maladie antérieure, d'une alimentation défectueuse, en un mot, de toute cause de débilité. Les moyens les plus propres à arrêter la marche de la maladie seraient la destruction sur place et immédiate des déjections des cholériques et l'amélioration de l'alimentation des classes pauvres.

Les sels de quinine et les absorbants calcaires seraient les véritables antidotes du poison cholérique. Enfin M. Danet condamne absolument l'usage de l'alcool sous quelque forme que ce soit dans la période algide et le réserve pour la période de réaction.

Il y aurait, comme on le voit par ce court énoncé des conclusions principales qui ressortent du travail de M. Danet, matière à vérification et à discussion. Nous les livrons provisoirement sans commentaire aux méditations de nos lecteurs.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Brouardel.

De la paralysie glosso-labio-laryngée.

Leçons recueillies par M. de Beurmann, externe du service.

Messieurs,

Nous avons déjà étudié ensemble, au commencement de ces leçons, quelques malades qui avaient des paralysies d'origine cérébrale. Je vous ai montré que, dans ces cas, la motilité, la sensibilité et l'intelligence sont atteintes dans des proportions variables. Je vous parlerai aujourd'hui d'une forme de paralysie décrite sous le nom de *paralysie glosso-labio-laryngée*, dont les lésions anatomiques siégent dans le bulbe rachidien. La différence de lieu dans la lésion cérébrale ou bulbaire entraîne dans les manifestations pathologiques des distinctions

capitales que vos connaissances anatomiques vous permettront facilement de saisir.

Le bulbe est, à la fois, un organe de transmission et un centre nerveux ; ses parties antérieures, formées de fibres longitudinales, font suite aux faisceaux venus des pédoncules et se continuent avec ceux de la moelle, tandis que, dans les parties postérieures, se trouvent un certain nombre de noyaux distincts et physiologiquement isolables, qui sont les points de départ des nerfs de la respiration, de la circulation et de la digestion; le bulbe préside donc aux grandes fonctions de la vie végétative, mais n'a aucune influence sur l'intelligence ; vous verrez qu'elle est parfaitement intacte chez les malades que je vais vous présenter.

Cette distinction des fonctions du cerveau et de celles du bulbe est donc très-importante pour le diagnostic; elle tient également le premier rang dans le pronostic ; un hémiplégique, un aphasique peut tomber dans un état voisin de l'imbécillité sans qu'aucun danger imminent menace sa vie, tandis que, si le bulbe est touché, il suffit que la lésion, si légère qu'elle soit, s'étende aux noyaux des nerfs respirateurs ou des nerfs cardiaques pour que le malade meure subitement. Telle est, en effet, une des terminaisons fréquentes de la paralysie glosso-labio-laryngée.

Il résulte des recherches de MM. Duchesne de Boulogne, Charcot, Vulpian, et d'un travail inédit que M. Joffroy a bien voulu me communiquer, que cette maladie présente deux types cliniques, deux formes distinctes :

La forme progressive.
La forme brusque.

Les deux malades que je vais vous montrer appartiennent à cette dernière forme, qui est, du reste, la moins connue.

L'un est couché au numéro 20 de la salle Saint-Jean de Dieu. Cet homme, âgé de cinquante-quatre ans, est, vous le voyez, d'une constitution robuste : il exerçait la profession de menuisier; à l'âge de treize ans, il a eu la variole; vers trente ans, il a été soigné par M. Ricord pour des accidents de nature probablement syphilitique ; ces antécédents ne paraissent avoir aucune espèce de rapport avec sa maladie actuelle. Celle-ci a débuté au mois de janvier 1869 par un accident à peu près semblable à celui qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital. Il se rappelle qu'à cette époque il eut, pendant un jour ou deux, un mal de tête persistant, puis sa parole s'embarrassa, devint difficile et confuse ; en même temps il éprouva un affaiblissement notable des jambes. Il n'eut, d'ailleurs, ni perte de connaissance au début de ces accidents, ni fièvre par la suite ; la difficulté qu'il avait à marcher disparut rapidement, la parole devint peu à peu plus distincte, de sorte qu'au bout de quelques mois il n'existait plus qu'une gêne légère dans la prononciation de certains mots; celle-ci persista seule.

Deux jours avant son entrée à l'hôpital, ce malade, en se promenant, s'aperçut, vers trois heures du soir, qu'il marchait comme un homme ivre ; il heurtait les passants et craignait d'être arrêté pour ivresse publique, bien qu'il n'eût bu qu'un verre de vin à son déjeuner. Tout cessa au bout d'une demi-heure environ, et il entra chez un marchand de vin pour se réconforter. Il prit un verre de rhum; « mais, dit-il, je ne l'ai pas trouvé bon. » Vers cinq heures, il ressentit de nouveau la même faiblesse de jambes ; il se dirigea vers un restaurant pour dîner; mais, au moment de commander son repas, il s'aperçut qu'il ne pouvait parler qu'avec difficulté, comme au moment de sa première attaque, et plus mal encore peut-être. Cependant il mangea avec autant d'appétit et de facilité qu'à l'ordinaire, et trouva aux mets le même goût que d'habitude; mais, la nuit, il fut très-agité et ne put s'endormir.

Le lendemain, il resta couché, mangea de bon appétit et dormit toute la nuit. Le surlemain, lundi, il se présentait à la consultation et entrait dans nos salles.

Depuis ce moment, son état a peu changé. Cependant la paralysie, d'ailleurs incomplète, des différents muscles s'est légèrement amendée.

Vous voyez, messieurs, que la peau des lèvres, des joues et celle de toute la partie inférieure de la face de ce malade est dépourvue de rides et immobile, elle forme une sorte de masque uni qui contraste avec la mobilité du front et les rides qui le sillonnent. Je lui demande de siffler, et il ne peut y parvenir, quelque effort qu'il fasse, parce que l'orbiculaire des lèvres ne fonctionne pas. De même, cette paralysie l'empêche de faire le mouvement de donner un baiser; cependant il imprime encore à ses lèvres des mouvements assez marqués, et quand je place mon doigt entre elles, celui-ci est serré, mais faiblement. Vous remarquerez aussi que, dans ses efforts pour siffler, vous ne voyez pas les joues se gonfler, ainsi qu'on l'observe dans d'autres paralysies. Je lui fais articuler les lettres labiales P B M. Leur prononciation est difficile, quoi qu'il soit encore possible de les reconnaître. Enfin, si le malade penche la tête en avant, la salive accumulée derrière les lèvres s'écoule au dehors sans qu'il puisse la retenir complétement. Il y a donc paralysie, mais non paralysie complète.

La langue est, chez lui, peu intéressée; elle n'est pas lisse, immobile, collée sur le plancher de la bouche comme chez certains malades; il peut la projeter en avant entre les arcades dentaires, l'incliner en bas, à droite, à gauche assez facilement; mais vous voyez qu'il ne peut presque pas en relever la pointe en haut, et encore s'aide-t-il de sa lèvre inférieure; les lettres linguales D T L N K G Q sont un peu confuses, mais, en somme, à peu près articulées. Le premier temps de la déglutition par lequel le bol alimentaire est formé et amené sur le dos de la langue jusqu'à l'isthme du gosier se fait bien : notre malade avale facilement les liquides; jamais le bol alimentaire n'est tombé dans le larynx et n'a provoqué d'accès de suffocation. Comme d'habitude, la sensibilité tactile et la sensibilité gustative de la langue sont intactes. Cependant vous avez pu remarquer, dans le récit du malade, qu'au moment même de l'accident, il prit un verre de rhum dont il trouva le goût étrange. Sur les lèvres et sur les joues, au contraire, dans la sphère du trijumeau, la sensibilité est un peu émoussée.

Le pharynx est légèrement atteint. Vous savez que ce conduit se contracte sous l'influence de la volonté, de sorte que l'on peut avaler volontairement sa salive quatre ou cinq fois de suite; mais qu'après ces efforts, ainsi répétés, le pharynx, en quelque sorte contracturé, n'obéit plus à la volonté. D'ordinaire, il n'entre en action qu'en vertu d'une action réflexe dont le point de départ est l'arrivée du bol alimentaire à l'isthme du gosier. Dans la paralysie glosso-labio-laryngée, cette contractilité réflexe ou involontaire est seule conservée et persiste généralement longtemps après l'abolition de la contractilité volontaire. Elle est intacte chez notre malade ; il mange sans aucune difficulté, tandis que, si je le prie d'avaler sa salive, il n'y parvient qu'avec de grands efforts. Cette difficulté de la déglutition volontaire est une des causes de l'écoulement de la salive chez ces malades ; rappelez-vous qu'elle coïncide souvent avec la conservation de la déglutition réflexe, et, lorsque vous voudrez nourrir des malades dont la langue est paralysée, enfoncez profondément la cuiller dans leur bouche afin d'aller vous-même provoquer le mouvement réflexe.

En général, les muscles du voile du palais sont pris, et il en résulte une grande gêne de la déglutition. Chez notre malade, il y a un peu de nasonnement de la voix; mais il est souvent beaucoup plus prononcé, et il y a même quelquefois une sorte de ronflement causé par les vibrations du voile du palais, devenu inerte; chez lui, les boissons ne reviennent pas non plus par le nez, et il peut souffler une bougie, ce qui est impossible à un grand nombre de malades, par suite de l'éparpillement de la colonne d'air, qui passe à la fois par la bouche et par les fosses nasales. Cependant les contractions réflexes sont moins faciles à produire chez lui que chez un individu sain.

Presque toujours il y a des troubles de la phonation par défaut d'action des muscles du larynx; on les reconnaît en faisant prononcer le son *a a a a* au malade pendant qu'il tient la bouche largement ouverte; le plus souvent il n'y parvient pas ou n'y parvient que très-imparfaitement, parce que les muscles de la glotte ne peuvent plus exécuter les contractions rhythmiques nécessaires; c'est ce qui a lieu chez notre malade; mais, comme vous le verrez tout à l'heure, la lésion est parfois assez profonde pour déterminer une aphonie complète.

Enfin il peut y avoir paralysie des muscles innervés par la branche motrice du nerf maxillaire inférieur; souvent la paralysie est plus marquée dans les abaisseurs de la mâchoire, qu'anime le nerf hypoglosse.

Nous n'avons à signaler aucun trouble de la circulation ou de la respiration. En somme, chez notre malade, tous les principaux symptômes existent, mais à un degré atténué ou incomplet.

Le malade dont je vais vous parler maintenant, et que je puis vous montrer, grâce à l'obligeance de M. Lorain, présente, au contraire, un certain nombre de symptômes extrêmement marqués; comme l'autre, il appartient à la forme à début brusque, et je ne puis mieux faire, pour vous mettre au courant de la marche de sa maladie, que de vous lire le résumé de son observation, que M. Lorain a bien voulu m'envoyer : « Ce jeune homme, âgé de dix-sept ans, maçon, est entré, il y a deux ans, à la Pitié : il était depuis quelques jours hémiplégique du côté gauche; l'hémiplégie n'était pas complète, du moins pas profonde. En outre, la parole était embarrassée et l'expression de la pensée très-insuffisante. Nous sûmes que ce jeune homme était rentré dans son logement quelques jours avant son entrée à l'hôpital, au milieu du jour, parce qu'il se sentait mal à l'aise. Son père, voyant qu'il titubait en montant l'escalier, le crut ivre et le battit; le jeune homme, ne pouvant s'expliquer clairement, s'irrita, et l'on ne put parvenir à s'entendre.

Quelques jours après l'entrée du malade, nous remarquâmes qu'il voyait mal de l'œil droit, et l'ophthalmoscope montra à M. le docteur Abbadie que le fond de l'œil était pâle, exsangue, comme si l'artère de la rétine était vide de sang. Au bout de quelques semaines, l'hémiplégie, ayant presque disparu à gauche, se montra subitement et très-intense du côté droit. En même temps, il y eut aphasie complète et paralysie labio-glosso-laryngée : la mâchoire inférieure était pendante, la langue immobile, les muscles déglutisseurs paralysés; le malade ne pouvait manger ni boire, il dépérissait à vue d'œil; j'eus alors une unique préoccupation : empêcher la mort par inanition, et, remarquez ceci, pendant *un an* je le fis nourrir par la sonde œsophagienne introduite par les narines.

Un irrigateur plein d'un mélange de potage gras, de lait, d'œufs frais et de viande crue pilée et passée, à quoi j'ajoutais une bonne dose de vin, fonctionnait deux fois par jour, et le malade engraissa, se développa et gagna 3 centimètres en hauteur... Enfin la paralysie labio-glosso-pharyngée diminua, au bout d'un an, assez pour nous permettre de tenter l'alimentation directe par la bouche.

Il s'est écoulé un an depuis ce temps, et cette paralysie est loin d'être guérie.

L'aphasie est complète, absolue, la voix même fait défaut; la main droite, bien que la paralysie ait cessé, ne peut tracer qu'avec peine les caractères de l'écriture, parce que le cerveau ne la conduit pas.

Nous avons des raisons de croire que toutes ces paralysies sont le résultat d'embolies parties du cœur gauche. Nous trouvons encore un souffle au premier temps et à la pointe. Ce bruit anormal a bien diminué depuis deux ans. Au début, nous le faisions paraître et disparaître, ou, du moins, diminuer fortement et à volonté, suivant que nous placions le malade à plat sur le dos ou bien sur le côté gauche, comme si nous déplacions un corps polypiforme situé à l'orifice mitral. »

Je reviendrai, messieurs, sur plusieurs points de cette intéressante observation, mais je veux vous montrer d'abord les troubles que ce malade présente encore. Il nous est facile de voir que sa face est immobile; les muscles animés par le facial inférieur ont perdu tout mouvement; contrairement à la règle, le facial supérieur est également atteint, quoique à un degré moindre, car le muscle frontal se contracte encore sensiblement. Ce jeune homme tire la langue très-difficilement et en la déviant un peu à droite, bien qu'il n'ait plus d'hémiplégie des membres, elle est tremblante, et il ne peut en relever la pointe, quelque effort qu'il fasse. La sensibilité du voile du palais est, comme chez notre malade, fort diminuée, et l'on peut presque impunément promener le doigt dans l'arrière-gorge; la paralysie y est très-marquée; vous voyez qu'il est impossible au malade de souffler une bougie. Enfin, il ne peut, quoique très-intelligent, comprenant et exécutant très-bien tout ce qu'on lui commande, prononcer un mot ou même produire un son inarticulé; il y a aphasie complète, mais la déglutition, longtemps compromise, se fait maintenant d'une façon régulière, et il n'y a ni salivation, ni chute de la mâchoire inférieure.

Ces deux malades ne présentent donc que des symptômes incomplets, comme il arrive souvent dans la forme à début brusque. Leur ensemble est suffisant pour que le diagnostic ne soit pas douteux, mais ils sont loin de former le tableau repoussant que présentent les malheureux dont la paralysie labio-glosso-laryngée est arrivée à son degré le plus prononcé.

Ceux-ci, incapables de se nourrir ou de parler, la face inerte, la mâchoire inférieure pendante et la bouche largement ouverte, la barbe souillée par l'écoulement incessant de leur salive, ont l'aspect répugnant des idiots; ils sont voués à une mort prochaine.

Messieurs, avant de poursuivre, rendons-nous compte de l'association des différentes paralysies que je viens de vous montrer chez nos deux malades. Vous voyez, représentée sur un tableau, une coupe verticale du bulbe indiquant la place des différents noyaux qu'il renferme. Tout à fait en haut, dans la protubérance, se trouve le noyau supérieur du facial. Plus bas dans le bulbe, et tout à fait en dehors, est le noyau sensitif du trijumeau, et son noyau moteur, plus petit et accolé à sa partie interne; comme tous les noyaux nerveux, ils sont formés de substance grise cellulaire, et ils présentent une forme allongée et renflée en massue à leur extrémité supérieure, forme commune à presque tous les noyaux du bulbe. Plus en dedans, vers la ligne médiane, nous rencontrons successivement les noyaux du glosso-pharyngien du grand hypoglosse

et du facial inférieur, le *fasciculus teres*, enfin les noyaux superposés du pneumogastrique et du spinal, qui se prolongent fort avant dans la moelle cervicale ; tous ces noyaux sont placés dans des plans différents, et vous vous rendrez peut-être mieux compte de leurs rapports sur une coupe horizontale. Vous y trouvez à la partie postérieure du bulbe, et juxtaposés en partant de la ligne médiane : le noyau inférieur du facial, celui de l'hypoglosse, celui du pneumogastrique et celui du glosso-pharyngien, puis, plus en dehors, les noyaux moteur et sensitif du trijumeau.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur ces tableaux pour comprendre qu'une même lésion peut englober le facial inférieur qui anime le buccinateur et l'orbiculaire des lèvres, le glosso-pharyngien, qui préside à la sensibilité de la base de la langue du voile du palais et du pharynx, l'hypoglosse, qui est le nerf moteur de la langue, et même le noyau moteur du trijumeau, en épargnant, au contraire, le facial supérieur et la portion sensible du trijumeau, qui sont situés plus loin. C'est ce qui a lieu dans la paralysie labio-glosso-laryngée, et c'est ainsi que s'explique la distribution, au premier abord singulière, de cette affection. Mais ce qui en fait le danger, c'est la présence du noyau du pneumogastrique en un point voisin de celui où siége la lésion, si ce centre est touché (et il est bien près de l'être, puisque la portion bulbaire du spinal, qui anime les muscles du larynx, l'est presque constamment), l'innervation du cœur et de l'appareil respiratoire est profondément troublée. C'est là ce qui nous explique pourquoi presque tous les malades meurent subitement par syncope ou par asphyxie, sans qu'aucune aggravation des symptômes ait pu faire prévoir cette terminaison, qu'il faut toujours redouter. C'est de ce côté que doit se diriger votre sollicitude; vous pourrez être tranquilles, au contraire, sur l'état de l'intelligence : elle est parfaitement intacte chez les deux malades que je vous ai présentés, et cette intégrité est un des caractères essentiels des lésions bulbaires comparées aux lésions cérébrales.

Dans une prochaine leçon, je vous parlerai des différentes formes de cette maladie, de sa marche, de son diagnostic et de son pronostic.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mai 1874. — Présidence de M. DEVERGIE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet une note de M. Dugat-Estublier, médecin de la légation française en Chine, sur l'emploi de l'écorce d'ailante contre la dysentérie (comm. MM. Hérard, Laboulbène et Gubler).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend une lettre de M. Maurice Perrin qui se porte comme candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

PRÉSENTATIONS

M. BROCA, au nom de M. Magitot, présente une brochure sur les anomalies du système dentaire chez les mammifères.

M. LABOULBÈNE, au nom de M. Danet, un volume intitulé : *Les infiniment petits rencontrés chez les cholériques.*

M. HIRTZ présente, de la part de M. Herrgott, une brochure ayant pour titre : *Des gouttières en linge plâtré.*

TRANSFUSION DU SANG.

M. COLIN présente l'appareil dont il se sert pour pratiquer la transfusion du sang chez les animaux. Cet appareil, de date fort ancienne, se compose simplement d'un tube en caoutchouc muni à chacune de ses extrémités d'une petite canule destinée à pénétrer dans le vaisseau ouvert, artère ou veine, de l'animal transfusé et de celui qui fournit le sang.

M. BÉHIER fait remarquer qu'en effet cet appareil est connu depuis longtemps et qu'il a même subi une modification consistant dans l'addition d'une poire munie de deux soupapes à la partie moyenne du tube. Quoi qu'il en soit, le danger de la phlébite qu'il entraîne pour celui qui donne son sang, doit en faire complétement abandonner l'usage pour l'homme.

M. BROCA fait observer que cet appareil, très-commode peut-être pour pratiquer la transfusion chez les animaux, n'est pas applicable pour l'homme, pour plusieurs raisons. D'abord quand l'on opère chez l'homme il est très-important de pouvoir à tout moment savoir quelle est exactement la quantité de sang injecté; or avec l'appareil que vient de présenter M. Colin, il devient impossible, à un moment donné, de savoir quelle est la quantité de sang qui passe dans le tube. En outre, il peut se trouver des cas où la différence de pression dans les vaisseaux de l'animal qui donne son sang et dans ceux de l'animal qui le reçoit est insuffisante pour permettre le passage du sang des uns dans les autres.

M. ALPH. GUÉRIN dit qu'il y a longtemps qu'il s'est occupé de la transfusion du sang, mais il avoue qu'il n'est pas encore prêt pour expérimenter sa méthode chez l'homme. Il est persuadé toutefois qu'elle doit lui être applicable, puisqu'elle est entièrement basée sur la physiologie. Voici sur quel principe elle est fondée. Si l'on découvre l'artère d'un animal, et qu'on la coupe de façon à avoir un bout cardiaque et un bout périphérique, que l'on pratique la même opération sur un autre animal, et que l'on mette en communication par un tube le bout cardiaque du premier animal qui doit donner son sang avec le bout périphérique du second qui doit le recevoir, et réciproquement, on obtient ainsi une double circulation analogue à celle de deux jumeaux. Il y a déjà longtemps que M. Alph. Guérin a entrepris ces expériences à Alfort. Si l'on pratique cette opération sur deux animaux de taille différente, le plus petit est bientôt pris de pléthore, de tremblement, d'évacuations alvines, etc., et l'on est promptement obligé de cesser l'expérience, si l'on ne veut pas tuer cet animal. Cette méthode, assure M. Alph. Guérin, n'offre pas le moindre inconvénient, et il est tellement persuadé de son efficacité et de son application possible chez l'homme, qu'il est tout prêt à donner son propre sang, à la première occasion qui se présentera. La découverte de l'artère n'offre pas de réelles difficultés puisqu'il suffit d'avoir recours à la radiale si facile à découvrir. Ces expériences réussissent parfaitement chez les animaux. Toutefois, comme cette méthode n'a pas encore été appliquée chez l'homme, M. Alph. Guérin fait ses réserves.

En ce moment M. Laborde entreprend une série d'expériences à ce sujet, dont les résultats seront bientôt connus.

M. DOLBEAU dit avoir fait une transfusion chez une malade avec l'appareil de M. Colin, et l'opération avait parfaitement réussi, mais la malade n'en a pas moins succombé à l'affection dont elle était atteinte.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Fée (de Strasbourg), l'un de ses membres titulaires les plus anciens, et il rappelle en quelques mots les titres de M. Fée aux regrets de l'Académie.

M. VILLEMIN, au nom de M. Hirtz, donne lecture du discours que ce dernier a prononcé sur la tombe de son collègue M. Fée.

Ce discours est accueilli par de nombreuses marques d'approbation.

LECTURE

Physiologie du cœur. — M. COLIN lit un nouveau mémoire sur le fonctionnement des oreillettes du cœur.

Les points du fonctionnement des oreillettes sur lesquels M. Colin appelle l'attention sont les suivants ;

1° Quel est l'état normal des oreillettes lors de leur relâchement ou de leur diastole ?

2° Quel est le mode, quels sont les degrés de la contraction de chacune des oreillettes ?

3° A quel moment de la révolution du cœur a lieu la systole auriculaire?

Voici en résumé les conclusions relatives à chacun de ces points.

Les deux oreillettes à l'état de relâchement renferment toujours une certaine quantité de sang ; cette quantité est plus considérable à droite qu'à gauche, et elle augmente proportionnellement à la gêne de la circulation pulmonaire résultant d'efforts ou d'autres causes ; enfin la réplétion est limitée mécaniquement par la pression du péricarde et par la facilité avec laquelle le sang, en excès dans l'oreillette, reflue dans les veines caves.

L'oreillette qu'on voit se contracter dans les expériences pour chasser son contenu dans un ventricule déjà trop plein, donne l'image de la lutte sur l'animal vivant, dont on pourrait tenir compte dans l'interprétation des troubles pathologiques.

La systole auriculaire est bien le premier temps dans tous les animaux que j'ai observés ; il précède celui de la systole ventriculaire et en est séparé par un très-court intervalle. Étant pris le cœur en repos, dès qu'il rentre en action, en mouvement, c'est par la contraction de l'oreillette. Il n'y a pas de cercle dans l'action du cœur. Quoiqu'elle soit une révolution, elle a un commencement et une fin. Il y a une série de révolutions distinctes qui se succèdent en se répétant, semblables à elles-mêmes. Ces révolutions ne sont pas reliées entre elles. Conséquemment on est à la fois sur le terrain de la logique et de l'observation en cherchant à constater par quoi ces révolutions commencent et par quoi elles finissent, etc.

M. BOUILLAUD maintient toutes les assertions qu'il a émises dans les précédentes séances, et ne doute pas qu'ils ne finissent, M. Colin et lui, par se trouver d'accord, quand ils se rencontreront sur le terrain de l'expérimentation. Il est absolument convaincu, en effet, que les choses se passent comme il le dit, c'est-à-dire que la révolution du cœur commence par la systole ventriculaire.

M. COLIN en appelle aux physiologistes et exprime le regret de ne pas les voir prendre une part plus active à cette discussion.

M. VULPIAN fait observer qu'il n'y a pas de raisons pour que cette discussion ait une fin, puisque M. Colin vient rapporter sans cesse des expériences parfaitement connues, classiques et défend l'opinion admise par tous les physiologistes, et que M. Bouillaud maintient la sienne seul contre tous.

PRÉSENTATION

M. BONNAFONT présente un malade auquel il a pratiqué la perforation du tympan.

On se rappelle que M. Bonnafont a soumis à l'Académie, il y a quelques mois, deux instruments pour perforer le tympan, construits tous deux sur ses indications, l'un par M. Aubry, et l'autre par le fils de M. Mathieu.

Le premier construit, celui de M. Aubry, se compose d'un trocart muni d'une canule qui, dès après l'opération, est maintenue en place au moyen de deux petites ailettes qui se développent dans la caisse en s'appuyant contre la surface interne de la membrane du tympan.

Par un mécanisme ingénieux, ce développement se fait en même temps qu'on retire le trocart.

L'opération dure à peine deux secondes. Mais la condition essentielle consistait à obtenir la complète immobilité de la tête, car le plus léger mouvement pouvait compromettre le succès en faisant sortir la canule et en empêchant le développement des ailettes pour la fixer.

Afin de parer à ce grave inconvénient, M. Bonnafont a eu l'idée d'essayer d'insensibiliser la membrane du tympan au moyen d'injections éthérées avec l'appareil Richardson.

Le malade, assis, avec la tête bien appuyée contre la poitrine d'un aide, M. Bonnafont introduisit aussi profondément que possible le bec de l'appareil, afin que le tympan reçût bien directement la douche vaporeuse, qu'il fit durer une minute et demie environ.

Prenant aussitôt le perforateur, il en dirigea la pointe à la région postéro-inférieure de la membrane, qu'il traversa en produisant un craquement très-sensible.

Aussitôt ce premier mouvement, il exécuta le second, consistant dans le retrait du trocart et le glissement du porte-ailettes.

Cela fait, et la canule paraissant bien fixée, M. Bonnafont regarda le patient, qui avait l'air d'attendre, et qui fut très-étonné d'apprendre que l'opération était terminée.

Mais il eut une émotion facile à comprendre quand il entendit le tic-tac de la montre à plus de 20 centimètres.

M. Bonnafont pense que, si la canule était plus large, le malade entendrait bien mieux, maintenant que l'insensibilité du tympan est acquise à la pratique, c'est ce qu'il essaiera aux prochaines opérations.

Résultat obtenu : le malade a été opéré jeudi matin à huit heures; il s'est promené toute la journée ; le lendemain il est allé à la campagne et jusqu'à aujourd'hui, cinquième jour de l'opération, il n'a éprouvé aucune douleur, il entend mieux et ne se doute pas de la présence de la canule dans son oreille.

M. Bonnafont termine cette communication en disant que si le problème qu'il cherche depuis plusieurs années n'est pas complétement résolu, il croit être sur la bonne voie de la solution, que l'insensibilité du tympan doit maintenant rendre plus facile.

Bon nombre de sourds qui n'ont éprouvé aucun soulagement par la médication ordinaire et spéciale la plus habilement dirigée, recouvreront l'ouïe par une opération simple, non douloureuse, n'offrant pas le moindre inconvénient et qui sera pour certaines surdités ce que l'opération de la cataracte est pour les yeux.

L'instrument de M. Mathieu est aussi très-ingénieux : en perforant le tympan au moyen d'une canule incisive, il laisse une canule en forme d'œillet dans l'ouverture de la membrane, seulement l'œillet présente bien un rebord extérieur qui l'empêche de pénétrer dans la caisse ; mais le bord intérieur n'en peut avoir, et ce petit appareil ne peut se maintenir en place que par la pression des bords de l'ouverture provoquée et soutenue par leur rapide tendance à se cicatriser.

M. GOSSELIN. Je désirerais savoir de M. Bonnafont : 1° quels sont les cas de surdité qui réclament la perforation du tympan, et où elle peut être faite avec succès; 2° l'opération étant décidée, si l'on n'a pas à craindre de léser la chaîne des osselets, principalement le manche du marteau, et s'il est toujours facile d'éviter cet accident en plaçant une canule sur la membrane sans nuire au mécanisme des osselets.

M. BONNAFONT. A la première question de l'honorable M. Gosselin, je répondrai que depuis plus de vingt ans j'ai précisé les cas où la perforation de la membrane du tympan peut être faite avec des chances certaines de succès. Ces cas sont : l'épaississement idiopathique ou l'inertie de cette membrane, ou résultant de la paralysie des muscles des osselets, ce qu'il est difficile de constater.

Mais il faut pour cela que les lésions coïncident avec l'intégrité de la sensibilité des nerfs acoustiques, il est facile de s'en assurer, comme je l'ai pareillement indiqué avec une montre ordinaire qu'on applique sur les différentes parties du crâne, si le tic-tac est entendu portant principalement sur la région pariétale, zygomatique et mastoïdienne, l'opération donnera constamment un résultat satisfaisant en rapport avec la sensibilité des nerfs.

A la seconde question je répondrai qu'il faut avoir acquis une certaine habitude et avoir des notions bien exactes de l'anatomie de l'oreille, pour pratiquer une perforation, car en enfonçant directement le trocart dans l'axe du conduit auditif, on courrait risque, d'en porter la pointe sur l'articulation du manche du marteau. Mais il est facile de l'éviter en dirigeant l'instrument de haut en bas, et un peu d'avant en arrière sur la région postéro-intérieure de la membrane où il est possible d'y placer facilement une canule de 3 à 4 millimètres de diamètre, sans toucher la chaîne des osselets.

En résumé, ajoute M. Bonnafont, si des succès ultérieurs et presque certains viennent corroborer celui qu'il vient d'obtenir, cette opération, tant redoutée, est devenue, grâce à l'anesthésie du tympan, très-facile et tout à fait indolore, en un mot pratique. Dans les conditions qu'il a formulées, les résultats pourront être assimilés à ceux qu'on obtient aux yeux par l'opération de la cataracte.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Les Facultés de médecine en France (1).

Le tableau C des pièces annexes montre dans ses colonnes 2 et 3 le nombre des docteurs en médecine en 1847 et 1866 dans chaque département, et dans les colonnes 5 et 6 leur proportion par rapport à la population.

Or, à envisager d'abord les docteurs en médecine, on voit que rien n'est plus variable que leur proportion dans les divers départements : son maximum est, dans la Seine de 1 pour 1,115 habitants; son minimum, dans le Morbihan, de 1 pour 10,576 habitants. Entre ces deux extrêmes tous les intermédiaires : 4 départements possèdent 1 docteur pour moins de 2,000 habitants; 21 en ont 1 de 2 à 3,000 habitants; 34, de 3 à 4,000; 15, de 4 à 5,000; 2, de 5 à 6,000; 5, de 6 à 7,000; 3, de 7 à 8,000; 3, de 8 à 9,000; 0, de 9 à 10,000; 1, de 10,000 à 11,000.

Les départements où se trouvent le plus de docteurs sont : la Seine, 1 sur 115 habitants; l'Hérault (où siége la faculté de Montpellier), 1 sur 1,611; les Alpes-Maritimes (où se trouvent les stations de Cannes, Nice, etc.), 1 sur 1,706; les Bouches-du-Rhône (grande ville et stations hivernales), 1 sur 1,988. Les plus pauvres en médecins sont : les Hautes-Alpes, 1 sur 6,255; le Nord, 1 sur 6,420; l'Ardèche, 1 sur 6,475; la Haute-Loire, 1 sur 6,500; Ille-et-Vilaine, 1 sur 7,400; le Pas-de-Calais, 1 sur 7,467; le Finistère, 1 sur 7,557; la Creuse, 1 sur 8,194; la Corse, 1 sur 8,720 (2); les Côtes-du-Nord, 1 sur 8,720; le Morbihan, 1 sur 10,576 habitants. On a lieu d'être surpris de trouver, sur le même rang que les plus pauvres départements de la Bretagne, de l'Auvergne, du Dauphiné, les riches pays du Nord et du Pas-de-Calais.

Au point de vue du nombre des communes privées de docteurs en médecine, c'est le département du Nord qui donne le résultat le plus remarquable, puisque, sur 903 communes, 33 seulement possèdent un docteur, et 816, parmi lesquelles se trouvent des villes de plus de 5,000 âmes, n'ont même aucun médecin à leur disposition. La Somme, le Pas-de-Calais, l'Oise, la Seine-Inférieure sont, sous ce rapport, beaucoup moins bien dotés que les plus pauvres départements de France.

Si l'on dresse, à l'aide de ces résultats, une carte de France analogue à celles qui ont été publiées pour montrer l'état de l'instruction primaire et d'autres faits généraux encore, carte dans laquelle les départements sont marqués d'une teinte d'autant plus foncée que le nombre des docteurs y est plus faible (carte 1), le premier coup d'œil révèle une série d'intéressantes remarques. Tout d'abord, laissant de côté les quatre départements tout à fait blancs (1 docteur sur moins de 2,000 habitants) des Alpes-Maritimes, des Bouches-du-Rhône, de l'Hérault et de la Seine, on voit que la teinte la plus claire (1 docteur pour 2 à 3,000 habitants) s'étend sur toute la partie du bassin de la Garonne et de la Dordogne, avec les départements limitrophes de la Méditerranée; on ne la retrouve même que là, sauf dans quelques départements isolés où sa présence est plus ou moins difficilement explicable (Rhône, 1 sur 2,528; Seine-et-Oise, 1 sur 2,617; Haute-Marne, 1 sur 2,637; Yonne, 1 sur 2,816.)

(1) Suite. — Voir les numéros des 19, 21 et 26 mai 1874.

(2) En 1847, la proportion était, pour la Corse, 1 sur 4,814; plus du tiers des docteurs a disparu, et ils n'ont pas été remplacés par des officiers de santé, puisque la proportion de ceux-ci a passé de 1 sur 958 à 1 sur 1,296; c'est là un fait dont il serait intéressant de poursuivre les causes.

En second lieu, une teinte un peu plus foncée, correspondant à 1 docteur par 3 à 4,000 habitants, couvre la Savoie, la lisière des Pyrénées, les bassins de l'Adour et de la Charente, tout le versant gauche du bassin de la Loire, celui de la Seine tout entier, sauf ses affluents de l'Oise et de l'Eure, plus celui de la Saône. Enfin la région granitique d'où descendent d'un côté la Loire, l'Allier, le Cher, la Creuse, de l'autre l'Ardèche; les massifs de la Savoie et du Dauphiné; les départements montagneux de l'Alsace et de la Lorraine : la Bretagne avec le Maine, le Perche, la Normandie, apparaissent marqués de teintes sombres (1 docteur sur 4 à 6,000 habitants), qui atteint une intensité extrême (1 sur 6 à 7,000) dans la Lozère, l'Ardèche, les Hautes-Alpes, le Nord, Somme,—avec un maximum noir (1 sur 7 à 9,000) marquant la Creuse, la Corse, le Finistère, l'Ille-et-Vilaine et les Côtes-du-Nord, et enfin une tache (1 sur 10,056) correspondant au Morbihan (1).

Tels sont les faits : nous verrons plus loin quel parti nous en pourrons tirer pour montrer la nécessité de créer de nouvelles facultés, et choisir les villes où celles-ci devront siéger. Pour le moment, je me contenterai de dire, en résumé, que la proportion au-dessous de laquelle il paraît absolument nécessaire de ne pas voir s'abaisser la moyenne de la population des docteurs en médecine étant de 1 par 3,000 habitants, il y a 63 départements où cette moyenne n'est pas atteinte.

Mais ce travail resterait incomplet, et quant à l'exposé des faits et quant à leurs conséquences, si nous ne parlions des officiers de santé. Il vient, en effet, à la pensée de tout le monde, que ces médecins, desquels on exige moins de connaissances, c'est-à-dire moins de temps et moins d'argent, qui n'ont pas besoin de se transporter dans des villes lointaines pour y recevoir une coûteuse instruction, sont précisément destinés à exercer leur art dans de pauvres campagnes, où le docteur en médecine ne trouverait pas aisément une rémunération suffisante pour ses frais antérieurs d'instruction, et des relations sociales en rapport avec son éducation et ses habitudes de vivre. Tel est du moins le but théorique en vue duquel le législateur de l'an XI (2), considérant « les soins dus aux habitants des campagnes », a institué les officiers de santé; telles sont les raisons qu'on fait valoir pour les défendre toutes les fois qu'ils ont été attaqués.

Et, de fait, si nos 5,667 officiers de santé s'en allaient exercer pour la plupart dans les départements pauvres où les docteurs font défaut, ils pourraient ramener la proportion des médecins praticiens à un chiffre assez satisfaisant.

Mais l'examen attentif de la distribution des officiers de santé à la surface de la France est bien fait pour enlever aux partisans de cette institution leurs illusions dernières.

L'inspection des dernières colonnes du tableau C est sous ce rapport tout à fait concluante. Mais le résultat ressort bien plus évidemment lorsqu'on dresse une carte (carte 2) sur le même principe que celle dont nous venons de parler à propos des docteurs en médecine.

Si, en effet, l'hypothèse sur laquelle on avait fait fond était justifiée par les faits, cette carte devait présenter un aspect à peu près inverse de la première : les régions foncées devraient y apparaître en clair, et réciproquement.

(1) Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que cette carte ressemble beaucoup à celle de la mortalité générale, quand on fait défalcation des nouveau-nés. (Voir la belle publication du docteur Bertillon : *Démographie figurée de la France*, section B, 3e série, carte 32, 1873.)

(2) « C'est à porter des secours dans les campagnes, disait au Tribunat le rapporteur Thouret, c'est à soigner le peuple industrieux et actif, qu'ils seraient spécialement appelés.

« Les habitants des campagnes, répondait Carret, ayant des mœurs plus pures que celles des villes, ont des maladies plus simples. »

Or, sauf de rares exceptions, il en va tout autrement. Nous voyons bien quelques départements compenser par de nombreux officiers de santé une partie de ce qui leur manque en personnel de docteurs (Corse, un docteur sur 8,720 habitants, 1 officier sur 1,296; Ille-et-Vilaine, 1 docteur sur 7,400 habitants, 1 officier sur 4,957), et non moins rarement un département riche en docteurs, n'avoir que peu d'officiers de santé (Aveyron, 1 docteur par 2,571 habitants, 1 officier par 26,401; Cantal, 1 docteur par 2,764 habitants, 1 officier par 24,052); mais cela est la minime exception. Dans l'immense majorité des cas, ce sont les départements qui possèdent déjà une proportion raisonnable de docteurs qui ont le plus d'officiers de santé; et réciproquement, ce qui est bien plus grave, ce sont les départements les plus pauvres en docteurs qui le sont également le plus en officiers de santé, en telle sorte qu'ils sont presque absolument dépourvus de soins médicaux. Ainsi, l'Ardèche, qui n'a que 1 docteur par 6,475 habitants, n'a en même temps que 1 officier de santé par 32,382 habitants; et, de même la Creuse, 1 docteur par 8,104 habitants, 1 officier par 13,502; le Finistère, 1 docteur par 7,557 habitants, 1 officier par 29,871; le Morbihan, 1 docteur par 10,576 habitants, 1 officier par 21,152, en telle sorte que ce département, le plus mal partagé de France, n'a qu'un médecin traitant pour 7,052 habitants.

En somme, la carte de la distribution géographique des officiers de santé, bien loin de présenter un aspect inverse de celle des docteurs en médecine, lui ressemble presque absolument, sauf une importante exception.

Les riches départements du nord de la France, qui sont marqués en teinte foncée sur la carte des docteurs, ressortent en clair sur celle des officiers de santé, le nombre proportionnel de ceux-ci par rapport à le population y étant égal ou même supérieur à celui des docteurs. Ainsi, dans le Nord, il y a 1 docteur sur 6,420 habitants, 1 officier sur 4,993; dans le Pas-de-Calais, 1 docteur sur 7,467 habitants, 1 officier sur 3,205; dans la Somme, 1 docteur sur 6,434 habitants, 1 officier sur 2,651; dans l'Aisne, 1 docteur sur 5,535 habitants, 1 officier sur 4,516; dans l'Oise, 1 docteur sur 4,510 habitants, 1 officier sur 4,968; dans la Seine-Inférieure, 1 docteur sur 4,646 habitants, 1 officier sur 6,269; dans la Marne, 1 docteur sur 3,706 habitants, 1 officier sur 3,742; dans l'Aube, 1 docteur sur 3,369 habitants, 1 officier sur 3,326.

(A suivre.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 23 mai 1874, M. Chauffard, auditeur au conseil d'État, a été nommé chef du cabinet de M. de Cumont, ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts.

— La Société protectrice de l'enfance de Marseille met au concours les deux questions suivantes : I. — Influence de la première éducation (de la naissance à trois ans). Y a-t-il inconvénient à développer trop tôt les facultés intellectuelles? — II. — Méthode pratique pour procéder à l'examen médical des nourrices et déterminer leur aptitude à l'allaitement.

Les mémoires devront être adressés, dans les formes académiques, avant le 15 décembre 1874, à M. le président de la commission médicale et scientifique à Marseille, rue de la Darse, 19.

Des médailles seront décernées aux auteurs les plus méritants.

— Samedi prochain 30 mai, à sept heures et demie du soir, aura lieu, dans la salle n° 2 de la maison Sylvestre, n° 28, rue des Bons-Enfants, la vente de la bibliothèque du docteur Joulin, par les soins de M. L. Deraine, n° 9, rue Hautefeuille, chez qui se délivre le catalogue.

— Clientèle à céder au centre de Paris (installation comprise). — S'adresser au bureau du journal.

— Clientèle à céder, pharmacie comprise, dans le département de Seine-et-Marne. — S'adresser au bureau du journal.

Les Aliments d'épargne. — Alcool et boissons aromatiques (café, thé, maté, cacao, coca). Effets physiologiques, applications à l'hygiène et à la thérapeutique, étude précédée de considérations sur l'alimentation et le régime, par le docteur Angel MARVAUD, professeur agrégé à l'école du Val-de-Grâce. — 2e édition considérablement augmentée, avec planches dans le texte. — In-8°, 504 pages. — 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 62. — SAMEDI 30 MAI 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 30 MAI 1874. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Coagulations veineuses multiples, suite de couches. Ramollissement et hémorrhagie cérébrale.

M. Béhier, dans l'une de ses dernières leçons, a entretenu ses élèves d'un fait très-insolite qui s'est passé dans le service de la clinique de l'Hôtel-Dieu, et qui mérite de prendre sa place dans l'histoire, toujours inachevée, quoique commencée depuis bien longtemps, des affections puerpérales. Rapportons d'abord en quelques mots le fait.

Une femme, âgée de vingt-six ans, est amenée le 20 mars dernier à l'Hôtel-Dieu, sans connaissance, atteinte depuis quatre jours d'une hémiplégie droite survenue subitement. Cette femme était accouchée depuis un mois. Sa grossesse et ses couches avaient été normales, ainsi que les suites. Elle se levait et vaquait à ses affaires, lorsque le 16 mars, dans la nuit, elle tomba brusquement à bas de son lit. On remarqua, en la relevant, qu'elle était paralysée et sans connaissance. C'est dans cet état qu'elle fut amenée à l'Hôtel-Dieu. Elle était dans un sopor complet et en pleine résolution. Néanmoins on pouvait reconnaître de la manière la plus évidente les signes d'une hémiplégie droite, occupant les membres ainsi que la face; les traits de la moitié droite de la face étaient affaissés et immobiles, la commissure labiale abaissée, la narine de ce côté ne se dilatait pas dans l'inspiration, l'œil restait constamment entr'ouvert. Le côté gauche de la face, au contraire, était rétracté et entraînait la moitié droite, qui était comme étalée. La langue était énergiquement déviée à gauche. Enfin, quand on soulevait le bras et la jambe gauches, ces membres opposaient pendant un instant une certaine résistance tonique inconsciente, tandis que le bras et la jambe du côté droit retombaient lourdement comme des masses inertes. La sensibilité était obtuse sur toute la surface du corps, mais plus à droite qu'à gauche. Les membres droits étaient manifestement plus chauds à l'application de la main que les membres gauches. Au thermomètre la différence était moins accusée, mais elle subsistait; le pli du coude droit marquait 5 dixièmes de degré de plus que le pli du coude gauche.

L'intelligence était profondément déprimée; la malade vivement interpellée entr'ouvrait les yeux, mais elle ne paraissait pas saisir le sens des questions qu'on lui adressait; elle était d'un mutisme absolu.

Le pouls était à 116, plein, régulier; la température vaginale 38, 8.

Le ventre portait les traces d'une pigmentation très-intense; il était plat, parfaitement souple, dépressible, nullement douloureux à la pression. L'utérus n'était pas accessible à la palpation par la région hypogastrique. Pas le moindre vestige d'œdème aux extrémités inférieures; pas d'éraillure de la peau, pas de nodosités sur le trajet des veines.

Rien d'anormal à l'auscultation ni à la percussion, si ce n'est quelques ronchus graves et de rares sibilances.

Urines involontaires, constipation.

La malade reste dans cet état soporeux les jours suivants.

Le 25, la fièvre s'allume, pouls à 150, température 39°4; la face est rouge et se congestionne.

Le 27, la déglutition, qui avait toujours été facile jusque-là, s'embarrasse, le ventre est légèrement tympanisé; paralysie intestinale commençante; les battements du cœur sont désordonnés, tumultueux. La malade succombe aux progrès de l'asphyxie dans la nuit du 17 au 18.

En présence d'une femme de vingt-six ans ayant perdu brusquement connaissance et présentant une hémiplégie droite, sans autres renseignements, l'embarras était grand. Avait-on affaire à un ramollissement? à une hémorrhagie spontanée? L'âge de la malade semblait exclure également l'une et l'autre hypothèse. Les anévrysmes miliaires sont rares à cet âge, ainsi que la dégénérescence athéromateuse; il n'y avait non plus aucun signe de lésion cardiaque ou artérielle qui pût justifier l'idée d'un ramollissement. Cependant il existait, à n'en pas douter, une désorganisation profonde et étendue, à en juger par l'état général de résolution, semblable à celui que l'on observe lors des grandes hémorrhagies pénétrant dans les ventricules.

Restait la possibilité d'une lésion primitive d'une autre nature ayant entraîné consécutivement le ramollissement ou l'hémorrhagie, telle que le tubercule, par exemple. La constitution grêle et frêle de cette femme semblait rendre la chose acceptable. Mais on manquait entièrement de renseignements sur les antécédents.

Cette femme était récemment accouchée : c'était assurément une circonstance à prendre en grande considération; mais, vu l'état normal apparent de l'utérus et l'absence de toute trace de phlébite ou de *phlegmasia alba dolens*, il y avait grand sujet de doute. On comprend dès lors tout l'intérêt que devait offrir l'autopsie. Voici les résultats qu'elle a donnés.

Toute la moitié postérieure du cerveau, à gauche, semblait

augmentée de volume. A l'incision de la dure-mère on constate son épaississement ; il existait une pachy-méningite hémorrhagique correspondant très-exactement à la partie latérale externe et à la portion moyenne du lobe gauche. Cette portion du cerveau était le siége d'un ramollissement de forme apoplectique, de véritables nappes hémorrhagiques entouraient les vaisseaux qui le traversent. Ce qu'il y avait de remarquable surtout, c'était l'oblitération absolue et par de très-gros caillots des veines principales, un des canaux vasculaires qui traversent par le milieu la partie altérée était complétement oblitéré ; des ramifications plus fines présentaient également une oblitération très-nette.

A la partie inférieure, dans la zone moyenne du lobe sphénoïdal, les sinus de la dure-mère étaient énormément dilatés, variqueux, et l'on trouvait une véritable oblitération par de gros caillots.

Voici ce qu'a fait constater ensuite une coupe du cerveau :

A gauche, dans la partie latérale moyenne du lobe sphénoïdal et juste au-dessous de la zone cérébrale ramollie, par oblitération veineuse, existait un gros foyer hémorrhagique de la grandeur d'une mandarine. Cette hémorrhagie, qui paraissait de date très-récente, existait tout à fait au centre des parties ramollies. Rien dans les corps striés ni dans les couches optiques.

Dans la cavité thoracique, à 3 centimètres de l'origine de l'artère pulmonaire, existait un gros caillot remplissant la division gauche de cette artère; les subdivisions de ce vaisseau étaient également oblitérées par d'autres caillots noirs et mous. Dans la branche droite existait aussi un caillot solide envoyant des ramifications dans toutes les directions de l'arbre vasculaire.

Dans les différentes parties du poumon correspondant à ces départements, on constatait de l'emphysème et surtout de l'œdème rouge et rosé. Dans un point du lobe moyen droit existait un îlot infarctique de pneumonie.

Aucun des viscères abdominaux ne paraît être le siége d'oblitérations artérielles ; peu d'infarctus.

Point de caillots dans la veine cave ni dans les veines iliaques. La veine ovarique du côté droit, considérablement dilatée, était oblitérée par un caillot. L'une des veines utéro-ovariennes du même côté était oblitérée par un gros caillot ferme, résistant et ne se dissolvant pas par le lavage. Dans les vaisseaux du côté gauche, surtout dans les veines placées au-dessous de la symphyse pubienne, on trouvait des coagulations analogues, et de différents vaisseaux devenus variqueux et durs on faisait soudre des caillots.

Résumons maintenant et reconstituons avec M. Béhier cette longue histoire, de manière à faire saisir l'enchaînement et la succession des lésions et des phénomènes morbides constatés.

Les accidents cérébraux brusquement survenus étaient bien effectivement ceux d'un ramollissement avec hémorrhagie, d'un ramollissement consécutif, comme on l'avait bien pensé, mais non de celui qui est dû à l'état anévrysmatique ou athéromateux des artères cérébrales. Mais la lésion primitive n'avait point été soupçonnée, et il est de fait qu'elle était difficile à reconnaître, d'abord à cause de sa très-grande rareté, et ensuite par l'absence de tout signe fonctionnel capable de la révéler. Cette lésion, c'était l'oblitération des sinus veineux de la dure-mère et des veines principales du cerveau. Mais quelle était l'origine de cet état du système veineux cérébral ?

En poursuivant l'étude des lésions cadavériques, on voit la reproduction du même phénomène dans la cavité thoracique : coagulation veineuse et sorte de ramollissement inflammatoire d'une portion du poumon. Enfin l'examen de la cavité abdominale montre encore des lésions de même ordre : caillots dans les sinus utérins non rétractés et dans l'une des veines utéro-ovariennes, mais sans lésion parenchymateuse consécutive, ce qui se comprend ici par le rôle passif de ces sinus, par rapport à la nutrition du tissu utérin. On avait dès lors sous les yeux l'ensemble des lésions; il n'était plus guère douteux que le point de départ n'eût été dans les sinus utérins, sous l'influence probable de l'accouchement récent.

Mais il restait, et nous pouvons dire il reste encore une dernière question à résoudre : quelle est la nature de ces lésions elles-mêmes, ainsi disséminées et en quelque sorte généralisées dans le système veineux, sans lien bien saisissable entre elles ? Par quel mécanisme cette lésion s'est-elle ainsi propagée de son point d'origine présumable dans les sinus utérins jusque dans les vaisseaux pulmonaires, les sinus et les veines du cerveau ?

En présence de l'énorme lésion des sinus de la dure-mère, il était difficile de s'arrêter à l'idée d'un transport. M. Béhier est beaucoup plus disposé à penser que toutes ces lésions, toutes ces coagulations se sont formées sur place, en vertu d'un état général qui resterait à déterminer.

C'est là, comme on le voit, un des effets éloignés et peu communs des suites de couches.

Compression des deux nerfs récurrents par une tumeur ayant déterminé une mort presque subite.

M. le docteur Bourgeois, d'Étampes, à l'occasion de notre premier article de la Revue du 9 mai dernier, intitulé : *Valeur séméiologique du cornage,* nous adresse la relation du fait suivant qu'il considère avec raison comme des plus rares et des plus intéressants.

Nous laissons parler notre confrère.

« Il y a une douzaine d'années, je fus appelé dès le matin pour un malade qui, disait-on, se mourait. C'était un jeune homme de quatorze à quinze ans, apprenti coiffeur, portant au cou des cicatrices anciennes de scrofule, mais ayant alors toutes les apparences du tempérament lymphatico-sanguin, bien portant, fort peu sujet aux rhumes et d'une très-grande activité. Étant enfant trouvé, ses antécédents de famille ont été, comme on peut le penser, impossibles à connaître.

« Vers cinq heures du matin, le patron, entendant du bruit, entre dans sa chambre et le trouve assis sur son séant, étouffant et dans un état d'anxiété extrême. Bien qu'arrivé presque aussitôt, je ne trouvai plus qu'un cadavre. Le corps était couché sur le dos, la tête reposant sur un oreiller ; la face pâle, livide, sans décomposition des traits. Aucun liquide ne s'échappait de ses lèvres entr'ouvertes. Du reste, la chaleur était encore complète, ainsi que la souplesse des chairs et des articulations.

« Le patron m'affirma alors qu'il ne paraissait nullement malade la veille au soir, qu'il avait mangé comme à son ordinaire, qu'il n'avait rien fait qui pût lui faire mal, et s'était couché à son heure habituelle.

« Le cadavre ayant été porté à l'hospice, j'en pu faire le lendemain l'ouverture ; je me bornai toutefois à l'examen des voies respiratoires. La roideur cadavérique était très-prononcée, quelques sugillations *post mortem* se remarquaient au dos et sur les parties déclives. La face avait conservé sa pâleur et les paupières entr'ouvertes laissaient voir les deux pupilles sensiblement dilatées; aucun liquide ne sortait par la bouche.

Le plastron antérieur du thorax enlevé, le sternum désarticulé et les téguments du devant du cou disséqués jusqu'à l'os hyoïde,

j'aperçus une tumeur fort étendue, aplatie antérieurement, recouverte en ce sens par le sternum et faisant une saillie de trois à quatre centimètres au cou et au-dessus de la fourchette de cet os, saillie à peu près inappréciable au dehors avant l'enlèvement de la peau. Cette tumeur était unie antérieurement et sur les côtés par un tissu cellulaire très-lâche et peu vasculaire aux parties voisines. Sa forme était celle d'un ovale très-allongé et légèrement irrégulier. Son grand diamètre, qui était vertical, mesurait environ dix centimètres. Transversalement, elle en avait quatre ou cinq dans sa plus grande largeur, qui était médiane. On voyait manifestement les deux rameaux récurrents des nerfs vagues la pénétrer de chaque côté et en émerger après un trajet plus long à droite qu'à gauche; en arrière cette tumeur reposait sur la fin de la trachée et sur le commencement des troncs bronchiques primitifs, sans cependant déprimer en rien ces canaux qui s'étaient comme creusé des gouttières dans son épaisseur. L'œsophage non plus n'en était aucunement gêné, ce qui explique que, pendant la vie, il n'y eut jamais ni dysphagie ni bruit de cornage. L'adhérence à sa face profonde avec les parties sous-jacentes était plus marquée qu'antérieurement, elle pouvait avoir trois à quatre centimètres dans sa plus grande épaisseur. Son apparence extérieure était comme lobée, et, en l'ouvrant, on la vit effectivement composée de lobes et de lobules d'un blanc presque nacré, sans presque aucune trace de vaisseaux sanguins, elle avait la plus grande analogie avec le *ris de veau*. Il est, en effet, très-probable que cette tumeur de nature scrofuleuse, à n'en pas douter, s'était développée dans les débris du thymus dont elle occupait tout à fait la place au bas du cou et en haut du médiastin extérieur.

« Je viens de dire que les filets récurrents du pneumo-gastrique traversaient la substance de notre tumeur, dans ces points ils semblaient manifestement plus volumineux et plus rouges que dans le reste de leur trajet.

« Les poumons, de couleur normale, étaient légèrement engoués en arrière, et ne contenaient aucune trace de tubercule; les ganglions bronchiques étaient sains. Les bronches, la trachée artère, le larynx, la cavité buccale ne contenaient qu'une très-petite quantité de mucus un peu spumeux, mais non sanguinolent. Les muqueuses qui tapissent ces différentes parties offraient à peine quelque rougeur. Le cœur, de consistance ferme, avait ses cavités droites remplies de caillots noirs peu consistants ; les gauches étaient à peu près vides.

« A quoi doit-on rationnellement attribuer la mort à peu près instantanée de cet adolescent, alors que rien ne dénotait antérieurement que son existence fût le moins du monde menacée ? Il ne s'était jamais plaint du cou ni de gêne dans la respiration, bien qu'il fût très-alerte et courant souvent, ni de difficulté à avaler, ni enfin d'un trouble quelconque de santé ayant trait à son mal. Pour ma part, je crois qu'elle est, à n'en pas douter, le résultat de la compression extrême des filets récurrents des nerfs vagues, comme M. le professeur Sée l'admet, avec toutes les raisons plausibles, pour ses deux malades. Il est bien vrai, je le redis, qu'il n'y a eu, dans ce cas, ni cornage ni rien annonçant un trouble respiratoire quelconque. C'est en quoi, du reste, ce fait diffère de ceux rapportés dans l'intéressant article de votre journal, et qui prouve que la compression de ces filets nerveux, si importants à l'existence, peut avoir lieu longtemps sans manifestations extérieures mais que, à un certain moment, l'influx nerveux devenant impossible, la vie s'arrête à peu près brusquement, par asphyxie, comme la goutte d'eau fait déborder le vase plein jusqu'au bord. »

Nous n'avons rien à ajouter aux judicieuses réflexions de notre confrère que pour leur donner notre adhésion.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 avril 1874 (1). — Présidence de M. Perrin.

M. Desprès. Chargé il y a quelques années déjà du rapport sur les travaux de M. Serre d'Alais, j'ai lu tout ce qui a trait aux fistules branchiales. Or je ne crois pas qu'on puisse donner ce nom à l'affection que présentent les maladies dont M. Faucon nous a entretenus. Une foule de maladies donnent lieu à la formation de fistules borgnes externes, telles que les fistules de la bourse muqueuse prélaryngée. Or ici la congénialité étant loin d'être évidente, je ne crois pas, je le répète à l'existence de fistules branchiales.

M. Paulet. Je parlerai dans le sens de M. Desprès. Je ne voudrais pas, en effet, que l'on confondît les fistules de la bourse muqueuse thyro-hyoïdienne avec les fistules branchiales. Boyer, Malgaigne, Nélaton, avaient insisté sur la difficulté de la guérison des fistules thyro-hyoïdiennes, difficulté basée sur le passage de la bourse muqueuse derrière l'os hyoïde, et sur les mouvements incessants dont cette région est le siége. M. Boinet a cité deux succès. Pour ma part, j'ai eu à traiter cinq de ces fistules. J'ai traité les quatre premières par tous les moyens thérapeutiques connus, la galvano-caustique comprise, j'ai échoué. Aussi me suis-je abstenu de tout traitement vis-à-vis de la cinquième. Je crois que la nature de l'affection des malades de M. Faucon ressort des termes mêmes de sa description. Le liquide qu'il nous a décrit, filant, parfois rouge groseille, est bien le liquide des fistules thyro-hyoïdiennes.

M. Houel. J'ai été appelé à voir un certain nombre des fistules dont il est question, et j'ai presque constamment vu Nélaton échouer dans leur traitement. Je ne me rappelle même que les insuccès, à l'exception d'un employé du chemin de fer de Lyon qui a guéri. J'ai, pour ma part, opéré deux fois avec le docteur Feliset, un enfant du collége d'Amiens, et cela, passez-moi l'expression, avec une sorte de férocité. J'ai disséqué le trajet avec le plus grand soin; je suis arrivé jusqu'à la membrane thyro-hyoïdienne, et l'opération promettait un succès complet, puisque huit mois après la guérison persistait, lorsque tout dernièrement, à Pâques, on m'a écrit qu'il y avait récidive, et qu'une petite tumeur se reproduisait avec écoulement du liquide rouge groseille caractéristique. J'ai examiné avec M. Robin la muqueuse de ces trajets fistuleux; et nous avons trouvé partout de l'épithélium à cils vibratiles. Il est probable que c'est à la destruction incomplète de ces cils que la récidive est due. Dans le cas présent on me propose de faire de nouvelles tentatives. Je n'en suis pas pressé, je l'avoue, et je crois que, dans l'espèce, il vaut mieux laisser les malades livrés à eux-mêmes. Je cite, à l'appui, l'observation suivante :

Fistule prélaryngée thyro-hyoïdienne. — Le jeune F..., âgé de douze ans et demi, se présente à la consultation de M. le docteur Houel, en novembre 1867, pour une ulcération siégeant à la partie inférieure de la région sus-hyoïdienne, au niveau de la portion médiane de l'os hyoïde. C'est un enfant petit pour son âge et présentant les signes d'une constitution scrofuleuse. Sa naissance a eu lieu après une durée de gestation normale, et il ne semble pas que, pendant sa grossesse, sa mère ait éprouvé quelque accident notable.

Il était âgé de sept ans quand sa famille s'aperçut pour la première fois qu'il portait sur la ligne médiane antérieure du col, au sommet de l'angle formé par les muscles sus-hyoïdiens et la ligne verticale du larynx, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. Bien que ses parents, personnes instruites et intelligentes, aient montré, dans le cours de cette maladie, des qualités précises d'observation, il est probable que la tumeur existait avant qu'ils en fissent la découverte;

(1) Fin. — Voir le numéro du 23 mai 1874.

l'étude qu'on en fit ultérieurement vient à l'appui de cette opinion et permet d'admettre que cette grosseur était *congénitale*.

Cette tumeur, assez dure, mais fluctuante, prit un développement assez notable pour qu'on consultât un chirurgien qui, croyant à une adénite suppurée et siégeant, contre la règle ordinaire, sur la ligne médiane, y pratiqua une incision. Il fit sortir une petite quantité d'un liquide transparent et assez cohérent pour s'échapper sous la forme d'une grosse goutte visqueuse. Cinq ou six cautérisations furent pratiquées avec l'azotate d'argent dans le fond du sac. La plaie ne se fermait pas et donnait issue à des gouttelettes de liquide que les parents comparent, pour la transparence, à du blanc d'œuf un peu fluide ou à de la salive épaisse.

A l'âge de neuf ans, l'enfant fut présenté à M. Blache, qui institua le traitement antiscrofuleux qu'indiquait bien la constitution de l'enfant, et prescrivit des applications de glycérine et d'eau de noyer sur la plaie. L'enfant acquit de la force, mais l'ulcération du cou persista avec son écoulement particulier. Deux ans après, M. Demarquay consulté, conseilla de continuer la glycérine et ordonna de faire avec un caustique fumant (les parents ne peuvent donner de renseignement plus précis) des cautérisations, qu'on n'osa pas pratiquer. En novembre 1867, l'enfant fut conduit à la consultation de M. Houel: il était alors âgé de onze ans et demi. M. Houel reconnut immédiatement la nature de l'affection dont il avait déjà eu la bonne fortune d'observer plusieurs cas; mais, comme le mal affectait des caractères en dehors de la forme commune, il fit voir le malade à M. Nélaton, qui confirma son diagnostic.

Il s'agissait d'un de ces kystes congénitaux sus-hyoïdiens que Boyer a le premier signalés, et sur la nature desquels il ne s'est pas prononcé.

Ces kystes congénitaux, une fois ouverts, prennent et conservent l'apparence d'une fistule, plus ou moins large, mais assez aisée à reconnaître. Dans le cas actuel, le kyste avait la *forme étalée* : la nature et la persistance de l'écoulement et l'histoire de son évolution avaient suffi à M. Houel pour le reconnaître.

On voyait alors au niveau de l'angle formé par la région sous-hyoïdienne avec le cou, sur la ligne médiane, une petite ulcération, à peu près circulaire, large comme une pièce de cinquante centimes, et dont la surface rougeâtre avait un aspect tomenteux et chagriné tout spécial. Cette ulcération reposait sur une plaque indurée, dépendance manifeste de la peau, que le doigt pouvait suivre jusqu'à l'os hyoïde, au-dessous duquel elle semblait s'enfoncer. La surface était humectée par un liquide qui peut être comparé au mucus normal des glandules du col utérin. L'issue de ce liquide était encore activée par des pressions sur l'induration, au point où apparaissait une gouttelette. C'est en vain qu'on chercha un trajet avec un stylet fin : on ne put rien trouver. Cette exploration pratiquée à diverses reprises n'amena jamais de résultat. On avait vu plusieurs fois les diamètres de cette sorte de plaie diminuer spontanément, mais jamais elle ne s'était fermée : elle avait oscillé seulement entre des dimensions plus ou moins grandes.

En avril 1868, M. Houel pratiqua l'opération. Deux incisions demi-circulaires réunies circonscrivirent dans leur concavité la surface du kyste, à plus de 2 millimètres de la périphérie, et furent portées assez profondément pour que l'on vît le tissu adipeux sous-jacent.

M. Th. Anger, qui avait assisté M. Houel dans l'opération, fit l'examen microscopique de la portion de substance extirpée. Son examen devait porter sur deux points essentiels : 1° il devait rechercher quelle était la nature du tissu morbide ? — 2° il devait s'assurer si les limites de ce tissu avaient été assez largement dépassées pour qu'on pût espérer une guérison.

Une étude très-attentive lui montra du tissu lamineux et adipeux sur toute la surface profonde du kyste et lui permit de conclure que l'extirpation avait été aussi complète que possible.

Quant à la nature du tissu, le microscope leur révéla : que le trajet était recouvert d'une épithélium cylindrique à cils vibratiles; à la suite de cette opération, le pourtour de la peau bourgeonna, mais on vit bientôt apparaître, au milieu de la cicatrice circulaire, la même surface rose, tomenteuse et chagrine, qui s'humectait du liquide que la famille du jeune malade reconnut bien. Il était acquis dès lors que, malgré son étendue et sa profondeur, la première ablation n'avait eu d'autre résultat que de confirmer le caractère rebelle de ces kystes congénitaux du cou.

Le 3 octobre 1868, M. Houel fit une deuxième tentative : une large incision circonscrivit en haut et en bas les limites de la tumeur et en commença l'ablation. Mais le fond était très-mince, le tissu très-friable et ce ne fut que par parties que le kyste fut encore une fois enlevé; la situation entre le menton et le sternum, qui se rapprochaient et rétrécissaient le champ de la manœuvre opératoire, l'indocilité de l'enfant, malgré son anesthésie par le chloroforme, rendaient l'opération difficile et un mouvement brusque pouvait pousser l'instrument vers le larynx. Une plaquette de pâte de Canquoin fut appliquée sur la plaie et maintenue douze heures. L'enfant repartit en province le lendemain.

Quand il revient à Paris, le 15 octobre 1868, à la consultation de M. Houel, l'escarre est tombée, et la plaie présente l'aspect suivant : une masse de bourgeons charnus occupe la partie supérieure et latérale droite de l'ulcère; mais, au dessous, un cul-de-sac infundibulaire assez profond apparaît avec la coloration tomenteuse et rose du kyste primitif. Le liquide filant continue à sourdre avec les caractères si souvent constatés auparavant. La poussée inflammatoire rend encore (douze jours après l'opération), les mouvements de déglutition un peu pénibles; mais l'enfant est, il faut le dire, très-douillet.

M. Houel applique une petite plaquette de pâte de Canquoin, que l'on maintiendra pendant environ douze heures. A la suite de ces cautérisations, la plaie se cicatrisa, et l'on put croire l'enfant guéri. Lorsque le 30 juin 1869, c'est-à-dire huit mois après l'opération, M. Houel reçut une lettre qui lui annonçait qu'un gonflement était de nouveau apparu dans la sus-hyoïdienne; la fistule s'est reproduite de nouveau, et il est probable que le jeune enfant la porte encore aujourd'hui.

DISCUSSION

M. LABBÉ. Je citerai, à l'appui des difficultés auxquelles on est en butte dans le traitement de ces fistules, un fait qui m'appartient en propre.

J'eus occasion, il y a quelque temps déjà, d'opérer avec Denonvilliers, une jeune et jolie femme qui avait déjà subi des traitements de toute sorte. Engagé par Denonvilliers à faire une nouvelle tentative, je disséquai avec soin le trajet jusqu'à la membrane elle-même, je cautérisai à plusieurs reprises, et cela sans succès. Cela remonte à sept ou huit ans environ. Aussi en présence de ces énormes difficultés est-on en droit de se demander si, lorsqu'on obtient une guérison, on a affaire à une affection de la même nature.

M. DUPLAY. Je regrette que M. Broca n'assiste pas à la séance. Il a en effet vu un des cas de M. Faucon, et il eût pu confirmer que c'était bien une fistule branchiale. Elle était d'ailleurs sur le côté droit, et non sur la ligne médiane; ce qui est caractéristique. Je ferai de plus observer que, par son siége, elle ne faisait point exception à la règle. Quand M. Broca l'a vue, elle avait déjà subi plusieurs traitements qui l'avaient fait remonter et assez haut au-dessus de son point d'origine. Les injections démontraient du reste surabondamment que c'était bien à une fistule branchiale que l'on avait affaire.

M. VERNEUIL. Je ne puis accepter comme absolument vraies les règles que je viens d'entendre exposer. S'il est vrai que la fistule branchiale siége à droite quand elle est unique, il faut ajouter que les fistules bi-latérales ne sont pas très-rares. Quant à la hauteur, j'ai vu des fistules symétriques en cul-de-sac à la réunion du premier avec le deuxième arc branchial; un étudiant valaque que j'ai eu occasion d'observer en portait une double entre le deuxième et le troisième arc branchial. Il faut surtout éviter de confondre les fistules branchiales occupant cette région, la ligne médiane, avec les fistules de la bourse séreuse de Boyer, et dans ces cas on devra s'appuyer comme caractère fondamental sur l'épithélium à cils vibratiles qui les tapisse; alors que les autres ne présentent que de l'épithélium pavimenteux.

M. DUPLAY. Je ferai observer que je n'ai voulu parler que des fistules unilatérales et réellement branchiales.

M. LEDENTU. Il y aurait une distinction à établir entre les fistules médianes et les fistules latérales. Tout en tenant compte de l'appréciation de M. Verneuil, relative aux prolongements trachéaux, je

tiens à signaler que l'on a observé des kystes à cils vibratiles sur toutes les régions du corps, et Dumoulin a publié une observation de kyste de la partie antérieure de la jambe avec cils vibratiles. Aussi ne faut-il pas, je crois, se presser de conclure, même en s'appuyant sur ce caractère.

M. LANNELONGUE. A l'appui des fistules médianes communiquant avec les voies aériennes, je me souviens d'avoir vu une fistule de cet ordre opérée par Nélaton et Denonvilliers. La dissection fut faite minutieusement; le fond fut enlevé avec soin, et M. Robin put y constater des glandules de la cavité laryngée, analogues à celles qui se trouvent à la base des cartilages aryténoïdes.

M. HOUEL. C'est moi qui ai donné le conseil à M. le docteur Dumoulin de faire sa thèse sur ce sujet. A l'appui des faits cités par lui, je possède l'observation curieuse d'une jeune fille de dix-huit à dix-neuf ans, qui présentait au devant du sternum une fistule ayant subi déjà dix ou douze opérations. Je l'incisai largement dans toute son étendue, et la guérison complète fut obtenue. M. Robin examina la pièce; j'ai le dessin représentant cet examen, et l'on peut voir, d'après lui, que cette fistule sans communication avec les voies respiratoires était tapissée de cils vibratiles.

M. PAULET. Je voudrais qu'il fût possible de tirer de cette discussion une conséquence pratique. C'est du diagnostic exact que devra découler le traitement à adopter. Or dans les fistules du cou, les fistules branchiales, si elles sont externes, guérissent habituellement, quel que soit le moyen thérapeutique employé. Quant aux fistules des bourses séreuses, celles de la bourse pré-thyroïdienne sont encore curables par l'enlèvement de la bourse elle-même; tandis que les fistules thyroïdiennes ne sont pas justiciables de l'incision par ce fait même qu'il est possible d'enlever la partie antérieure de la bourse, mais que la partie postérieure est inaccessible. C'est dans ces cas que l'irritation produite par les injections est peut-être seule applicable.

M. TILLAUX. J'ai autrefois discuté avec Nélaton le point de départ de ces fistules. Nélaton n'admettait point que ce point de départ fût la bourse séreuse thyro-hyoïdienne; il se plaçait dans ce groupe de glandes situé entre la face postérieure de l'épiglotte et la membrane thyro-hyoïdienne; aussi proposait-il l'extirpation de ces fistules; mais à la condition expresse d'enlever le fond du cul-de-sac appuyé sur l'épiglotte; et, l'opération faite, le contrôle était facile. Un petit cylindre, un petit crayon par exemple, introduit dans le trajet, traversait-il librement le canal à ses deux extrémités, l'opération était incomplète, et la récidive devait survenir; le cylindre était-il au contraire arrêté dans un cul-de-sac, la guérison devait être obtenue.

M. VERNEUIL. Je crois que les fistules ayant pour origine les glandes pré-épiglottiques ne sont démontrables ni par les dissections, ni par le raisonnement. Comment admettre, en effet, qu'un hygroma fistuleux, capable de perforer la membrane crico-thyroïdienne, ne remontât pas une hauteur beaucoup plus considérable, jusqu'à la bouche par exemple. Aussi considéré-je cette théorie comme absolument fantaisiste.

M. TILLAUX. Je ferai remarquer que d'après mes propres paroles, j'ai discuté le fait avec Nélaton; cela ne veut pas dire que j'ai accepté ces idées.

M. FAUCON. Bien que, dans les deux cas que j'ai cités, la fistule branchiale me paraisse absolument certaine, j'admets qu'il est parfois extrêmement difficile de déterminer exactement le point de départ.

COMMUNICATIONS

M. LONGUET fait au nom de M. Gallard, retenu par ses fonctions de juge au concours du bureau central, une communication dont le manuscrit sera très-prochainement adressé.

M. LABBÉ complète la communication qu'il a faite dans la dernière séance relativement à un corps étranger de l'estomac.

DISCUSSION

M. LARREY. J'avais engagé M. Labbé a communiquer à la société ce fait si intéressant, et j'ai entendu avec grand plaisir le complément de détails qu'il vient de nous donner. Tout dernièrement, je reçus une lettre du frère de M. Sédillot, qui, en l'absence de ce dernier, me priait de lui communiquer mes impressions au sujet de ce fait, notamment au point de vue de l'intervention ou de la non-intervention chirurgicale; je me prononçai nettement pour l'expectation. En cas d'accident seulement j'optais pour les explorations et les tentatives d'extraction, attendant si des phénomènes inflammatoires se produisaient que les adhérences se fussent produites, et réservant la gastrotomie au cas où toutes les tentatives d'extraction seraient restées infructueuses. M. Sédillot a partagé entièrement mon avis; mais je n'ai point cru devoir émettre ici mon opinion à ce sujet avant la communication de M. Labbé. Il est aujourd'hui possible d'espérer, d'après les dernières nouvelles, que les accidents inflammatoires qui se sont manifestés amèneront des adhérences, puis un abcès qui livrera passage au corps étranger. M. Baillarger cite un cas analogue. M. Cloquet a vu, dans le service d'Antoine Dubois, un saltimbanque, un avaleur de sabre à qui un beau jour un fragment de la lame avait échappé et avait été avalé. Quelque temps après un abcès se déclara dans l'aine; on l'ouvrit, et l'on put extraire le corps étranger.

M. BOINET. Un seul fait dans la science nous rapporte l'issue d'une fourchette par l'anus. Une quinzaine de faits relatifs à divers corps étrangers plus ou moins volumineux nous les montrent se faisant jour par des abcès. Il faut donc attendre patiemment. Je fais cependant une réserve relative aux accidents qui peuvent se produire. On est alors autorisé à agir, et six fois dans des cas analogues la gastrotomie a été faite avec succès. On trouve d'ailleurs des plaies de l'estomac suivies d'une prompte guérison et en admettant que longtemps on ait cru à une gravité trop grande des plaies de l'estomac, on doit aujourd'hui se trouver enhardi et encouragé par les nombreuses opérations qui se pratiquent journellement sur les organes contenus dans la cavité abdominale, et qui comptent un grand nombre de succès.

M. DESPRÈS. Il ne faudrait pas comparer les cas de gastrotomie suivie de guérison avec les cas de M. Sédillot. Dans le premier cas, un abcès s'était formé, avait créé des adhérences, et l'opération se résumait à son ouverture pure et simple. Quant à comparer la gastrotomie avec l'ovariotomie, je ne trouve que peu d'analogie, à cause des difficultés inouïes que l'on éprouve à placer et à maintenir fixées des sutures sur un organe qui se contracte sans cesse comme l'estomac.

M. BOINET. Sédillot pratiquait la gastrotomie pour des rétrécissements de l'œsophage. Aussi, quel que fût le résultat immédiat de l'opération, l'issu de la maladie ne pouvait-elle être que fatale.

La séance est levée à cinq heures dix minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

VARIÉTÉS

Les Facultés de médecine en France (1).

On peut encore rendre ce résultat plus manifeste en cherchant quelle est, dans chaque département, la proportion du nombre des docteurs en médecine par rapport au nombre des officiers de santé. C'est ce qu'expriment, pour l'année 1866, et la dernière colonne du tableau C et la carte ci-contre (carte 3). Dans celle-ci, les teintes sont d'autant plus sombres qu'il y a plus d'officiers de santé relativement aux docteurs. Or on voit du premier coup d'œil que les dix-huit départements laissés en blanc, qui sont ceux où le nombre des officiers de santé est moindre que le cinquième de celui des docteurs, sont presque tous des départements pauvres : Corrèze, 100 docteurs pour 15 officiers de santé; Lozère, 100 pour 14; Cantal, 100 pour 11; Cher, 100 pour 11; Aveyron, 100 pour 9; d'une manière générale, le plateau central et la région des Vosges comptent très-peu d'officiers de santé. Au contraire,

(1) Suite. — Voir les numéros des 19, 21, 26 et 28 mai 1874.

parmi les 11 départements où on les trouve plus nombreux que les docteurs, il faut citer : le Nord, 100 docteurs pour 128 officiers de santé; le Pas-de-Calais, 100 pour 233 et la Somme, 100 pour 242.

Ainsi ces riches régions, à populations agglomérées, se confient aux soins de médecins dont le grade inférieur ne saurait être une garantie suffisante d'intelligence et d'instruction, et qui ne devraient fonctionner qu'à l'état d'exception. Ainsi, les officiers de santé, bien loin d'aller remplir dans les pauvres campagnes une place insuffisante pour satisfaire les docteurs en médecine, et de rendre, par suite, de vrais services, se portent, au contraire, en grande majorité, sur les contrées qui leur promettent une nombreuse et riche clientèle.

Ce mouvement est encore bien plus évident quand on examine comment se répartit cette décroissance que nous avons signalée dans le nombre des officiers de santé, de 1847 à 1866 (tab. C, col. 5 et 6). On voit en effet que, dans les plus pauvres pays, la proportion de ces médecins a considérablement baissé. Exemples : Ardèche : en 1847, 1 sur 14,576 habitants; en 1866, 1 sur 32,382; Cantal : en 1847, 1 sur 11,191 habitants; en 1866, 1 sur 24,052; Corrèze : en 1847, 1 sur 6,129 habitants; en 1866, 1 sur 18,242; Finistère : en 1847, 1 sur 20,573 habitants; en 1866, 1 sur 29,871; Lozère : en 1847, 1 sur 11,732 habitants; en 1866, 1 sur 22,894; Morbihan : en 1847, 1 sur 16,588 habitants; en 1866, 1 sur 21,152; Nièvre : en 1847, 1 sur 8,980 habitants; en 1866, 1 sur 22,187; Vosges : en 1847, 1 sur 13,122; en 1866, 1 sur 23,082.

La différence est beaucoup moindre dans la plupart des pays riches. Exemples : Nord : en 1847, 1 sur 3,434 habitants; en 1866, 1 sur 4,993; Pas-de-Calais : en 1847, 1 sur 2,275 habitants; en 1866, 1 sur 3,205; Aisne : en 1847, 1 sur 3,208 habitants; en 1866, 1 sur 4,516; Oise : en 1847, 1 sur 3,242 habitants; en 1866, 1 sur 4,968. Il y a plus, les seuls départements (à l'exception des Hautes-Alpes : en 1847, 1 sur 12,053 habitants; en 1866, 1 sur 8,935 habitants), dans lesquels le nombre des officiers de santé ait augmenté dans la période que nous étudions, sont les suivants : Aube : en 1847, 1 sur 3,743 habitants; en 1866, 1 sur 3,326; Bouches-du-Rhône : en 1847, 1 sur 2,929; en 1866, 1 sur 2,587; Seine : en 1847, 1 sur 7,757 habitants; en 1866, 1 sur 5,308; Somme : en 1847, 1 sur 2,945 habitants; en 1866, 1 sur 2,651. Et ces départements doivent, certes, être classés parmi les plus riches.

En un mot, les officiers de santé quittent les pays pauvres pour envahir de plus en plus les pays riches et les grandes villes. En 1847, ils étaient 190 dans la Somme, ils y sont 216 en 1866; dans les Bouches-du-Rhône, leur nombre a passé de 128 à 196; dans la Seine, de 154 à 368. Dans une période plus récente, de 1866 à 1872, ils ont passé, dans le Pas-de-Calais, de 226 à 243; dans le Nord, de 261 à 358.

En 1860, l'annexion de la Savoie et de Nice leur permit d'aller exercer dans ces départements, protégés jusque-là contre eux par la loi italienne. Or, en 1866, il n'en était venu aucun dans la Haute-Savoie, trois seulement s'étaient fixés en Savoie, mais 40 s'étaient déjà précipités pour exploiter la riche clientèle qui fréquente les stations hivernales des belles contrées méditerranéennes. En 1872, pour ces trois départements, les chiffres étaient devenus 1, 4 et 48. Ce n'est certainement pas là le résultat qu'avait voulu atteindre le législateur (1).

A vrai dire, il n'en pouvait être autrement. Pour arriver à être docteur en médecine, il faut aller séjourner six années dans une ville éloignée (nous verrons qu'on doit dire aujourd'hui Paris), où la vie est chère; il faut y prendre seize inscriptions, y passer huit examens, plus une thèse coûteuse; tout cela sans parler des frais antérieurs d'une instruction suffisante pour acquérir les grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences, représentant une dépense qu'il est impossible d'évaluer à moins de 15,000 francs. L'officier de santé, au contraire, obtient son grade à bien meilleur compte : trois ans et demi ou quatre ans de séjour dans une petite ville, quelques centaines de francs de frais d'inscription, d'examens, de diplôme, et le voilà autorisé à pratiquer la médecine.

Sans doute, ses droits sont, en stricte légalité, moins étendus que ceux du docteur, du moins dans le domaine chirurgical; il ne peut pratiquer les grandes opérations. Mais, dans les villes importantes, les docteurs ordinaires ne les pratiquent pas; quelques-uns, seulement, exercent la grande chirurgie et sont appelés par leurs confrères pour les malades riches, les pauvres allant se faire opérer dans les hôpitaux. D'où il suit que, en droit, pour la médecine proprement dite, en fait pour tout l'ensemble de l'art médical, les officiers de santé sont placés sur le même pied que les docteurs.

Pourquoi donc tant de déplacements, de temps, de dépenses? Il suffit d'obtenir, dans son pays, le grade qui permet d'exercer. Et pourquoi quitter alors la ville et se condamner à vivre au fond des campagnes? Aussi les voit-on accourir dans les grandes villes où leur origine n'est pas connue, et où nombre d'entre eux s'affublent des diplômes de docteurs que délivrent avec une triste libéralité certaines petites universités d'Allemagne, d'Italie, de Belgique ou d'Amérique (1).

Dans les provinces, au contraire, signalés comme officiers de santé, connus comme incapables de faire les grandes opérations urgentes (hernie étranglée, embryotomie, etc.), les nouveaux venus éprouvent une difficulté croissante à se créer une clientèle. De là le mouvement que révèle la statistique.

Ainsi les faits constatés dans la longue étude que nous venons de faire de l'état des officiers de santé ne suggèrent pas des réflexions contradictoires à celles qu'avait fait naître l'étude similaire faite sur les docteurs en médecine. On sent qu'il se dégage de toutes deux la nécessité de multiplier les centres d'enseignement où se pourront faire des études sérieuses et complètes, afin de les rapprocher de l'étudiant, et, en diminuant les frais d'instruction, d'enlever à celui-ci la principale raison qu'il ait pour s'arrêter à un grade inférieur, insuffisant pour garantir la sécurité publique, grade qu'il sera facile alors de supprimer, sous les conditions qui ont été indiquées plus haut.

Voici donc une première série de faits acquis :

1° Le nombre des médecins praticiens va en décroissant en France; dès aujourd'hui il paraît être tout à fait insuffisant, à en juger par les plaintes des populations, même dans les contrées les plus favorisées : dans certaines régions, cette pé-

(1) Ces faits sont généralement peu connus, surtout en dehors du monde médical. Nous n'en voulons pour preuve que la phrase suivante, extraite du rapport d'un de nos honorables collègues, sur la prise en considération de la proposition déposée par M. Naquet : « Nous ne pouvons accepter sans réserve la suppression du titre d'officier de santé qui fournit dans l'armée et dans nos communes rurales un large contingent d'hommes utiles à la pratique de l'art. » Or les officiers de santé ne peuvent être chirurgiens d'armée, et l'on vient de voir s'il est exact de dire qu'ils se répandent surtout dans les communes rurales.

(1) C'est ainsi que pullulent dans le Nord les docteurs de Louvain; en Corse et sur le littoral méditerranéen, ceux de Pise; dans l'Est et jusqu'à Paris, ceux de Giessen et d'Iéna. Ce n'est pas tout. Une regrettable condescendance pour les médecins étrangers a fait qu'il existe en France, autorisés à exercer par notre gouvernement, des docteurs exotiques qui ne pourraient pas exercer dans leur propre pays, n'y ayant pas subi les examens d'état. C'est à nos facultés, gardiennes autorisées de la dignité du corps médical, que devrait être laissé l'appréciation de la valeur des titres étrangers et des droits d'équivalence.

nurie atteint un degré vraiment inquiétant, puisqu'on n'y trouvé qu'un médecin traitant pour 5, 6 et même 7,000 habitants;

2° Les officiers de santé ne répondent pas du tout au but que le législateur se proposait d'atteindre en les instituant ou en les conservant; ils se portent de préférence dans les pays riches, dans les grandes villes, où ils peuvent plus aisément dissimuler leur origine. Les écoles secondaires de médecine qui, si ces praticiens étaient restés dans leur véritable rôle, auraient pu rendre, en les multipliant, de véritables services, sont donc, dans cette partie de leurs fonctions qui consistent à fabriquer ainsi, à bas prix, des concurrents, funestes aux docteurs en médecine, plus nuisibles qu'utiles. (*A suivre.*)

Préfecture du département de la Seine.

Liste des médecins, chirurgiens, officiers de santé et sages-femmes, pour l'année 1874.

Avis. — En exécution de l'article 26 de la loi du 19 ventôse an XI, il sera publié en 1874, une nouvelle liste des personnes exerçant l'art de guérir; en conséquence, MM. les médecins, chirurgiens, officiers de santé, domiciliés dans le département de la Seine, sont invités, ainsi que les sages-femmes, à déposer avant le 1er juin prochain, à la mairie ou à la sous-préfecture de leur domicile, un bulletin revêtu de leur signature, indiquant :

1° Leurs nom et prénoms ;
2° Leur qualité, d'après leur diplôme ;
3° Leur domicile;
4° La date de leur réception ;
5° Par qui la réception a été faite;
6° La date de l'enregistrement du titre à la préfecture de la Seine, ou la date de l'inscription sur une liste déjà publiée dans le même département.

Des bulletins imprimés seront déposés, soit aux mairies, soit aux sous-préfectures, pour y recevoir les déclarations. Les personnes qui seraient dans l'impossibilité de s'y rendre elles-mêmes pourront faire demander de ces bulletins et les renvoyer après les avoir remplis.

Les personnes qui n'auront pas satisfait à la présente invitation dans le délai ci-dessus indiqué seront considérées comme ayant renoncé à l'exercice de leur profession dans le département de la Seine.

En conséquence, nonobstant l'enregistrement de leur titre à la préfecture, et même leur inscription sur une liste déjà publiée dans le département, elles ne seront point portées sur la liste qui sera publiée prochainement pour l'année 1874 et qui, seule, peut servir à établir légalement leur situation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Les candidats admis aux épreuves définitives du concours de médecine, sont : MM. Desplats, d'Heilly, Dieulafoy, Gérin-Roze, Gouguenheim, Grancher, Hallopeau, Lépine, Liouville, Rathery.

— *École de médecine d'Alger.*— M. Le Provost, docteur en médecine, est nommé prosecteur d'anatomie, pour trois années, qui courront du 1er novembre 1873.

M. Meurcin est nommé préparateur de chimie et d'histoire naturelle, pour trois années, qui dateront du 1er avril 1874.

— *École de médecine de Toulouse.* — Il est créé un emploi de suppléant, spécialement consacré à l'enseignement de la physique médicale.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Strœbel est nommé préparateur en remplacemnnt de M. Hommel, appelé à d'autres fonctions.

— M. le baron Larrey, membre de l'Institut, est nommé médecin consultant du théâtre national Italien.

— *Distinctions honorifiques.*— M. Laurent, pharmacien, délégué cantonal, membre de l'Association philotechnique de Boulogne-sur-Seine, officier d'académie depuis 1868, est nommé officier de l'instruction publique.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort, à l'âge de soixante et un ans, de M. le docteur Adrien Bérenguier, médecin à l'hôpital de Rabastens (Tarn).

— M. le docteur Serres, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé médecin en chef de l'hôpital d'Auch en remplacement de M. le docteur Laporte.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Alph. Guérin lit un mémoire intitulé : *De l'influence des ferments sur les maladies chirurgicales*. Il résulte des nombreuses expériences réalisées par l'auteur que les pansements ouatés mettent le pus à l'abri de la putréfaction. Cherchant à se rendre compte de cette immunité, M. Guérin s'est demandé si la ouate empêchait l'air d'arriver jusqu'à la plaie. Des expériences très-concluantes lui ont démontré que l'air averse facilement la ouate, et il a dû s'arrêter à cette idée, que la ouate tamise l'air et empêche les *germes* qu'il renferme d'arriver jusqu'à la plaie. On est très-disposé à se ranger de cet avis, lorsqu'on songe que du pus a été conservé pendant plusieurs semaines dans du coton, sans présenter la moindre trace de putridité. La particularité la plus intéressante de la communication de M. Guérin, c'est que le pus sécrété sous la ouate, à l'abri des ferments atmosphériques ne renferme plus de globules. Ce n'est plus du pus, mais une émulsion graisseuse dans laquelle on trouve des cristaux en aiguille.

Les résultats pratiques que M. Guérin signale nous paraissent importants. Il est parvenu à guérir les amputés dans quelque milieu qu'ils se trouvent, mais en ayant soin de mettre le moignon à l'abri des ferments atmosphériques. Dans ce but il lave la plaie avec de l'acide phénique dilué ou de l'alcool camphré, et il applique la ouate immédiatement après. Cette précaution est indispensable, car c'est pour ne l'avoir point prise que d'autres chirurgiens n'ont pas obtenu, avec pansements ouatés, les mêmes résultats que M. Guérin.

L'influence nocive de l'air sur les plaies est connue depuis fort longtemps. En 1579, César Magatus, médecin de Bologne, attestait par des faits cette mauvaise influence, et il s'élevait contre les pansements fréquents. Les progrès de la science ont permis à M. Guérin de déterminer les éléments propres de cette influence fâcheuse, et c'est là un vrai progrès.

Au nom de MM. Feltz et Ritter, M. Ch. Robin présente une note intitulée : *Études expérimentales sur l'influence des injections de bile sur l'organisme*. Il résulte des expériences pratiquées par les auteurs en injectant de la bile fraîche, à doses variables, dans le système veineux des animaux, que la bile introduite dans le sang ne produit jamais la coloration ictérique. Les animaux intoxiqués présentent des crises convulsives, tétaniformes qui amènent, lorsque la dose de bile est élevée, le coma, l'insensibilité et la mort. Le pouls diminue de fréquence, et la température s'abaisse d'un ou de deux degrés. Comme phénomènes généraux, MM. Feltz et Ritter ont constaté une salivation prononcée, des vomissements de matières biliaires, des diarrhées bilieuses, quelquefois sanguinolentes. Le sérum du sang se charge de granulations graisseuses. La quantité d'urine éliminée est plus abondante et la proportion d'urée plus considérable.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Bouchut.

Des infarctus pulmonaires et des abcès métastatiques dans la diphthérite et dans le croup.

Depuis quinze ans, les éditions successives de mon *Traité des maladies des enfants* renferment la description des lésions pulmonaires spéciales à la diphthérite et au croup, sur lesquelles on ne saurait apporter trop d'attention pour les apprécier avec exactitude. Ces lésions offrent des variétés assez nombreuses d'après l'ancienneté de la maladie, et si l'on en voit fréquemment le début, il est assez rare d'en observer les dernières conséquences. Je veux parler des noyaux d'apoplexie pulmonaires ou infarctus emboliques du poumon avec leur dégénérescence grise et leur transformation en abcès métastatiques. D'après ce que j'ai vu avec soin, et d'après des observations rédigées avec la plus grande exactitude, dans la diphthérite et dans le croup, la mort est souvent la conséquence des pneumonies emboliques lobulaires, des infarctus apoplectiques dégénérés et parfois d'abcès consécutifs à ces infarctus. En voici la preuve dans une observation récente recueillie dans mon service.

L'enfant Joséphine B..., âgée de trois ans, est apportée dans mon service le 4 mai, cette année, atteinte de croup à la troisième période caractérisée par l'anesthésie. Elle est malade depuis huit jours. Avant son entrée elle a eu plusieurs accès de suffocation; — les parents l'ont fait vomir trois fois; — a toujours été d'une très-bonne santé.

La trachéotomie fut faite sur-le-champ.

Le 5, à la visite du matin, on trouve l'enfant gaie, sans râles dans la poitrine, le murmure vésiculaire se fait avec son ampleur normale. Pas d'albumine dans les urines, pas de diarrhée. Le même état se maintient jusqu'au 9. Alors on trouve l'enfant agitée, la plaie a un commencement de phagédénisme, les mucosités qui sortent par la canule sont fluides, sans consistance, d'un gris sale. Le murmure

vésiculaire paraît un peu rude, mais il n'y a pas de râle et pas de souffle. Cet état dure deux jours; la plaie reprend un bon aspect (on la touche avec une solution au 100e d'acide phénique).

Le 12, à la visite du soir, on trouve que la respiration est plus difficile, le murmure vésiculaire plus rude à gauche et en arrière; — la fièvre est plus forte (température 40°,3, respiration 80, pouls 160).

Le 13. Aucun changement dans les signes stéthoscopiques.

Le 14. Il y a une amélioration notable. La malade est sans fièvre et respire sans aucune gêne, (température 37°, 6, respiration 45, pouls 148); on essaye de la laisser sans canule, mais l'enfant étouffe immédiatement.

Le 15. Même état.

Le 16. On la trouve avec beaucoup de fièvre, vomit des aliments; — la plaie a saigné un peu. Matité en arrière du côté droit; le soir on entend en plus quelques râles sous-crépitants des deux côtés. La pommette gauche est très-rouge.

Le 17. Même état, les aliments sortent par le nez (à cause d'un peu de paralysie du voile du palais).

Le 18. L'état général est pire. Dans les fosses sus et sous-épineuses des deux côtés on entend le souffle, des râles sous-crépitants nombreux aux deux bases. La figure cyanosée, la pommette gauche est toujours rouge. On remarque sur la face antérieure de la jambe gauche une petite tâche produite par des infarctus sous-cutanés. Anorexie, diarrhée abondante pour la première fois; pas d'albumine. Le pouls très-fréquent (194), fort, bondissant, mais régulier. Ce même état grave continue, et l'enfant succombe le 19 dans la journée.

Autopsie. Les *deux poumons* présentent des lésions semblables, mais elles sont plus marquées à droite qu'à gauche. *A droite*, il y a un peu d'épanchement dans la plèvre, et cette séreuse, sur le lobe inférieur, est çà et là couverte de fausses membranes jaunâtres sales, assez épaisses, qui unissent les lobes entre eux et créent quelques adhérences avec la paroi costale. Le poumon est lourd, dur, résistant, sans crépitation, marbré de taches noires et quelques-unes grises entourées d'une zone rouge inflammatoire. Les taches noires correspondent à des noyaux durs placés superficiellement ou profondément dans le tissu, et les taches grises correspondent à des parties ramollies fluctuantes. Les noyaux noirs sont formés par l'infiltration apoplectique du tissu pulmonaire au milieu d'un tissu rouge livide, congestionné, non crépitant, et ils varient du volume d'un grain de chènevis au volume d'un gros pois. Quelques-uns offrent au centre une partie grisâtre d'infiltration purulente. Les taches grises, fluctuantes, forment des cavités qui varient du volume d'un pois au volume d'une noisette, et ces cavités sont remplies de pus sanieux, mélangé à un détritus celluleux de tissu pulmonaire mortifié, mais sans odeur de gangrène. Autour de ces abcès il y a une zone rouge d'inflammation pulmonaire large de quelques millimètres. Il n'y a d'abcès que dans le lobe inférieur, et dans les supérieurs on ne trouve que de la pneumonie lobulaire et des infarctus apoplectiques.

A gauche, le poumon présente des lésions semblables sur la plèvre, couverte d'extudat grisâtre, dans le lobe supérieur criblé de noyaux apoplectiques, et dans le lobe inférieur où, à côté de ces noyaux il y a aussi cinq abcès métastatiques bien formés.

La trachée est très-rouge à l'intérieur et offre une ulcération profonde au-dessous de l'ouverture faite pendant la vie. Cette ulcération résulte de la pression exercée par la canule.

Le cœur offre à gauche une endocardite végétante mitrale et aortique très-caractérisée et dans ses cavités une thrombose fibrineuse ancienne, blanchâtre, caséeuse dans le ventricule et ambrée dans l'oreillette. Le bord de la valvule est rouge, épaissi, saillant, très-granuleux, et les valvules sigmoïdes sont épaisses, d'un rouge noirâtre foncé. Au-dessus de l'aorte il y a trois plaques rouges au milieu desquelles sont des grains blanchâtres d'athérome. A droite il y a également un bourrelet rouge épais d'endocardite végétante tricuspide et une thrombose ventriculaire assez ancienne.

Le foie, très-volumineux, commence à subir la dégénérescence graisseuse, et il n'y a rien dans les reins ni dans la rate.

Sous la peau des jambes, en avant, sur le tibia, existent trois hémorrhagies sous-cutanées, du volume d'un noyau de cerise et occupant la couche graisseuse.

Cette observation ne présente rien de particulier comme histoire pathologique du croup. Elle a, au contraire, un grand intérêt relatif à la nature des lésions pulmonaires produites par la diphthérite. Comme elle vient confirmer la doctrine que je professe depuis quinze ans, et qu'elle fournit la preuve de faits encore peu connus des médecins, il m'a paru utile de la publier.

Dans l'opinion la plus généralement adoptée, on suppose que la diphthérite est une maladie primitivement générale, comme la variole, due à une altération primitive de sang, et qu'il y a un empoisonnement diphthéritique compliquant les lésions locales et se terminant souvent par pneumonie lobulaire.

D'après ce que j'ai vu, au contraire, la diphthérite est d'abord locale, compliquée de résorption sur la plaie, et de cette résorption naissent l'infection générale, l'endocardite végétante, l'endartérite, les infarctus du tissu cellulaire et du poumon parfois suivis d'abcès pulmonaires, si le malade a vécu assez longtemps. Ce sont ces faits et ces lésions peu connues que l'on trouve dans l'observation qui précède.

Affirmer l'empoisonnement diphthérique sans le démontrer n'est qu'une hypothèse, tandis que, après avoir pris comme point de départ l'ulcération du pharynx et des amygdales, avec ou sans fausses membranes, si l'on voit se faire une résorption qui produit l'endocardite, la thrombose cardiaque et toutes les lésions de la résorption purulente, on sort de l'hypothèse pour montrer ce qu'est la réalité.

En effet, les lésions de la diphthérite sont celles de la septicémie. On y trouve la néphrite albumineuse, les infarctus de la peau, les infarctus de la rate, du foie, la leucocythose aiguë, enfin ceux du poumon pouvant aller jusqu'à la formation d'abcès dits métastatiques. Elles ne diffèrent pas des lésions septicémiques, et, en général, elles n'ont rien de particulièrement spécial à la diphthérite.

Comment se fait-il que ces lésions aient passé inaperçues jusqu'ici, et que j'aie été le premier à les découvrir et à les répandre. Pourquoi sont-elles encore si peu connues des médecins? C'est qu'en général on examine les choses avec une idée préconçue, et que, croyant savoir la vérité des choses, on ne cherche pas ailleurs. Cela est naturel. Il faut que le hasard, mettant sous les yeux quelque lésion un peu singulière, éveille l'attention du médecin et le force à réfléchir sur la nature et l'origine de cette lésion. C'est ce qui m'est arrivé. Élevé dans cette pensée que la diphthérite était une maladie primitive du sang, que dans le croup on mourait de pneumonie, ce que je voyais continuellement, j'acceptai cette opinion, mais lorsque je vis dans cette pneumonie des caractères anatomiques particuliers, tels que l'état lobulaire, les noyaux apoplectiques ou infarctus sanguins, les infarctus à l'état de dégénérescence grisâtre, graisseuse, quelquefois des abcès métastatiques consécutifs à ces infarctus ramollis, ailleurs des infarctus cutanés et viscéraux, enfin de l'endocardite végétante et de la thrombose cardiaque, je compris que la doctrine était fausse. En cherchant à l'aide de l'observation clinique, je vis que la marche des accidents de l'angine couenneuse et du croup annonçait dans ces maladies une période locale, sans accidents généraux, période dans laquelle la lésion était toute superficielle, puis que se montraient des phénomènes généraux de septicémie avec phagédénisme, albuminurie, infarctus divers, abcès métastatiques, absolument comme, après une opération ou après l'accouchement, il se manifeste une septicémie traumatique ou puerpérale.

C'est sur ces observations faciles à vérifier par les cliniciens

et les anatomo-pathologistes que s'appuie ma doctrine de la diphthérite, maladie d'abord locale, devenant ou ne devenant pas une maladie générale, suivant que l'ulcération sous-diphthéritique, permet ou ne permet pas la résorption. Il en est ici de même que dans la pustule maligne, qui devient ou ne devient pas charbonneuse, du chancre syphilitique, qui reste local et qui guérit sans laisser de traces, ou bien qui est suivi d'absorption, qui s'indure et qui produit la syphilis constitutionnelle.

C'est sur cette théorie que se greffe la théorie allemande de l'embolie capillaire. Dans cette théorie, on pense aussi que la diphthérite est d'abord locale, mais que, dans les cas de résorption, il se fait dans les parties affectées des embolies capillaires qui, rentrant au cœur par les veines, vont dans les poumons et dans les différentes parties du corps former les petits infarctus et les abcès métastatiques que j'ai signalés le premier. L'explication est peut-être vraie, mais son exactitude est encore à démontrer, et ce n'est qu'une hypothèse.

En dehors de toute explication, il est donc un fait certain, c'est que la diphthérite est une maladie locale pouvant devenir générale.

Le traitement de la diphthérite découle tout naturellement de cette doctrine. En effet, si l'on assiste au début du mal, on peut le détruire sur place et empêcher la résorption. Pour cela, il faut cautériser avec le crayon tout ce qui est malade et pas au delà. Si l'on est appelé trop tard et que la diphthérite ait dépassé les amygdales et occupe le pharynx, comme on ne peut tout cautériser, il vaut mieux s'abstenir.

Alors, il faut employer les douches pharyngées de coaltar saponiné, qui empêchent la septicémie de se produire. Depuis dix ans je n'emploie pas d'autre moyen à l'hôpital. Ces douches se font avec une seringue à hydrocèle toutes les heures, jour et nuit. L'enfant ouvre la bouche, en s'inclinant, avec une cuvette sous le menton, et le liquide, injecté avec force, sort sans jamais pénétrer dans les voies aériennes. On prend pour cette injection.

Coaltar saponiné de Lebeuf	100 grammes.
Eau ordinaire	500 grammes.

Ce moyen vant mieux que les injections d'eau phéniquée que j'ai employées comparativement.

Avec ces moyens, je donne souvent l'émétique à dose contro-stimulante de 5 centigrammes pour 60 grammes de véhicule par cuillerées à café toutes les heures et autant de nourriture qu'il est possible d'en faire prendre.

L'alimentation est en effet un des meilleurs remèdes de la diphthérite. Un enfant qui ne mange pas du tout est perdu. Un peu de viande ne nuit pas, et, s'il est impossible d'en faire prendre, il faut donner des potages épais, n'importe lesquels, du pain et du beurre, du lait, des biscuits trempés dans du vin, enfin, pour boisson, de l'eau vineuse assez forte, de l'eau sucrée avec du cognac ou de l'élixir de Garus, et des vins d'Espagne étendus d'eau. Le vin est un puissant auxiliaire de la guérison.

REVUE DE LA PRESSE

Injection de chlorate de potasse et de glycérine dans la dysentérie chronique. — Le docteur Th. Mead recommande contre la dysentérie chronique des injections pratiquées trois fois par jour et gardées aussi longtemps que possible, de 1 gramme de chlorate de potasse agité avec 15 grammes de glycérine et mélangé à une quantité d'eau chaude variant de 90 à 120 grammes. Les injections sont d'abord très-douloureuses, mais en quelques jours les malades s'y habituent et les supportent très-bien. M. Mead a obtenu par ce moyen, en deux ou trois mois, la guérison de dysentéries jusque-là rebelles à tous les moyens de traitement connus.

(*New-York medical Journal* et *Courr. méd.*)

Administration de la morphine par l'intestin. — M. Laborde, passant en revue les meilleurs modes d'administration des alcaloïdes de l'opium et particulièrement de la morphine et de la narcéine, recommande, dans le but de préserver les malades des effets physiologiques dangereux que peuvent produire ces médicaments, d'avoir recours à la voie intestinale, et de les employer soit en lavements, soit en suppositoires. En lavement, il suffit d'ajouter la dose voulue, en solution titrée comme pour l'injection hypodermique, à un quart de lavement tiède et légèrement amidonnée. Si l'on a recours aux suppositoires, il suffit d'incorporer dans des suppositoires ordinaires, solidifiés par l'addition d'amidon au beurre de cacao, la dose appropriée d'une solution titrée de chlorhydrate de morphine, par exemple. Le suppositoire ainsi préparé est surtout avantageux chez les enfants. M. Laborde dit avoir vu souvent ce mode d'administration permettre la tolérance de doses relativement élevées de morphine (de 1 à 8 centigrammes par jour), alors que les malades n'avaient pu supporter des doses de 2 à 5 milligrammes en injections sous-cutanées. (*Journ. des conn. méd.*)

De l'emploi du sulfate de quinine dans les hémorrhagies utérines. — Il y a deux ans, le docteur Monteverdi signalait une propriété importante du sulfate de quinine qui consiste dans une stimulation du système nerveux ganglionnaire se transmettant par les vaso-moteurs aux fibres musculaires lisses qui, sous l'influence de cet agent, se contractent avec énergie. Depuis, un grand nombre d'observations ont été publiées et sont venues confirmer les assertions de M. Monteverdi. Nous rappellerons, entre autres, les expériences dont nous avons parlé dans notre dernière Revue, sur les propriétés abortives du sulfate de quinine. (Voir notre numéro du 5 mars 1874.)

M. le docteur Deneffe à fréquemment employé le sulfate de quinine dans les cas d'hémorrhagies utérines et pulmonaires et dans les premières périodes des rétinites. En ce qui concerne les hémorrhagies utérines, il a arrêté en quelques heures, dans un grand nombre de cas, des pertes qui présentaient un caractère inquiétant. L'action du sulfate de quinine se fait sentir immédiatement.

Chez une femme accouchée depuis douze jours, et qui eut une hémorrhagie formidable qui menaçait de devenir promptement mortelle, M. Deneffe prescrivit 2 grammes de sulfate de quinine dans 120 grammes d'eau distillée, à prendre de quart d'heure en quart d'heure. (*France méd.*)

Mode de production des caroncules myrtiformes. — Les uns considèrent les caroncules myrtiformes comme des replis muqueux existant congénialement en arrière de l'hymen ; d'autres comme des débris de l'hymen rupturé; d'autres enfin, comme des productions accidentelles se rattachant à l'acte de la parturition. M. Puech se range à cette dernière opinion : 1° parce qu'en arrière de l'hymen il n'y a jamais de replis muqueux susceptibles de jouer le rôle de caroncules ; 2° parce que l'hymen est une membrane trop ténue pour donner naissance à des saillies relativement aussi volumineuses; 3° enfin parce que, sur une personne qui n'avait jamais eu d'hymen, M. Puech a vu se développer postérieurement à un premier accouchement quatre caroncules myrtiformes ayant le siége et l'apparence accoutumés.

Les caroncules myrtiformes sont donc les conséquences directes du traumatisme de la parturition, et leur épaisseur comme leur large base se trouvent expliquées par la nature des tissus qui entrent dans leur composition. (*Gaz. de Joulin.*)

Délire par inanition. — M. Hanot, dans le service de Bucquoy, a eu occasion d'observer trois malades atteints de cancer stomacal qui, arrivés au dernier degré du marasme, ont présenté un abaissement progressif de la température (34°), et qui, dans les dix derniers jours, ont eu des troubles intellectuels très-comparables. Leur physionomie exprimait une satisfaction niaise, une sorte d'hébétude. L'un jouait avec sa fourchette et se livrait à l'onanisme;

l'autre souriait constamment d'une façon stupide; le troisième sifflait, agitait ses doigts en cadence, riait aux éclats ou demeurait dans une sorte d'extase. Le reste du temps ces malades étaient plongés dans un profond abattement.

Ce délire, chez des malades mourant d'inanition, avec une température basse, est analogue, suivant M. Hanot, au délire observé par Larrey chez des blessés succombant lentement au froid.

(*Prog. méd.*)

Épilepsie consécutive à une lésion traumatique du nerf médian; résection de ce nerf; guérison. — Un homme reçoit dans l'avant-bras droit une balle qui a fortement contusionné le nerf médian; aussitôt après il éprouve dans la main un engourdissement qui bientôt fait place à une atroce douleur; ses doigts étaient convulsivement fléchis. Un an après, ces mêmes phénomènes se reproduisent et se terminent par une véritable attaque d'épilepsie qui fut bientôt suivie d'une seconde attaque; depuis il en a eu un grand nombre qui ont toutes débuté de la même façon. Plusieurs fois il a réussi à prévenir l'attaque en redressant ses doigts avec la main gauche, mais cela ne lui était pas toujours possible.

Cet homme présentait une hyperesthésie très-notable dans la région qui doit sa sensibilité au nerf médian. L'aura épileptique, très-nette, était à la fois sensitive et motrice; il y avait, en effet, douleur très-vive et contracture très-forte. Il était bien évident, en outre, que le redressement des doigts prévenait l'attaque. L'attaque épileptique avait donc bien réellement pour point de départ une irritation du nerf médian.

M. Gintrac avait proposé à cet homme de porter au-dessus de la cicatrice de sa blessure, sur le trajet du nerf médian, un bracelet qu'il aurait serré à volonté au moment où il serait prévenu d'une attaque, mais le malade s'y refusa. C'est alors que M. Lande, l'auteur de cette intéressante observation, se décida à pratiquer la résection du nerf au moyen de l'instrument tranchant. Il fit immédiatement au-dessus de la cicatrice, c'est-à-dire à 12 centimètres environ au-dessus de l'articulation radio-carpienne, une incision de 4 centimètres, dirigée suivant le trajet du nerf médian, après avoir écarté les muscles grand palmaire et fléchisseur commun superficiel, il aperçut le nerf qu'il saisit avec des pinces; au même instant le malade s'écrie qu'il va avoir une attaque; M. Lande sectionne rapidement le nerf en deux coups de ciseaux, au-dessus et au-dessous des pinces et le malade retombe aussitôt dans le calme. Le nerf était reséqué sur une longueur de 22 millimètres. Les jours suivants, après quelques menaces de phlegmon facilement avortées, on observe une élévation de température, une vascularisation exagérée et une transpiration abondante dans la région palmaire. Peu de temps après, le malade est guéri; il n'a plus eu une seule attaque et voilà aujourd'hui plus de dix-huit mois que l'opération a été pratiquée. Quelque temps après l'opération les mouvements des doigts étaient parfaitement libres, sauf ceux du pouce qui est un peu paresseux. La sensibilité était un peu obtuse à l'extrémité des doigts; il y a eu aussi, à plusieurs reprises, des phlyctènes à l'extrémité de la pulpe des trois premiers doigts. — Tous ces accidents ont aujourd'hui disparu et la guérison paraît définitive.

Ce fait doit être rapproché de quatre autres cas du même genre, réunis par le docteur Létiévant :

1° Section du nerf radial externe (Tabas), guérison; 2° résection du nerf tibial postérieur (Schort), guérison; 3° section des nerf saphènes par les caustiques (Potier), guérison; 4° résection nerveuse (Hamilton), l'épilepsie continue et emporte le malade, mais cette dernière observation manque de détails suffisants. Un sixième cas, suivi de succès, a été rapporté par le docteur Graf.

La névrotomie est donc un très-bon moyen de traitement contre les épilepsies à origine périphérique. (*Gaz. méd. de Bordeaux.*)

Empoisonnement par des substances alimentaires. — Dans une des dernières séances de l'Académie de médecine, M. Lefort proposait d'expliquer par la production d'un produit éminemment toxique, le sulfure de phosphore, les accidents qui résultent souvent de l'ingestion d'aliments dans lesquels la chair de porc ou la chair de poisson entre en certaine quantité. Ces accidents ne sont point rares, tant s'en faut.

Nous avons dernièrement analysé la relation d'un fait de ce genre et nous en trouverons plusieurs autres à relever dans cette revue.

— Le *Journal de chimie médicale* rapporte le fait suivant :

Une dame et ses deux filles, parties le matin de Marseille, arrivent à Coulommiers, chez une parente, après avoir mangé, en route, une portion d'un pâté acheté la veille, sur commande, chez un pâtissier de Marseille. Au repas du soir qui suivit leur arrivée, on servit ce qui restait du pâté; plusieurs personnes en mangèrent. Des symptômes d'empoisonnement se manifestèrent dans la nuit chez quelques-unes d'entre elles, ainsi que chez la dame et ses deux filles venues de Marseille. Une femme, appelée comme garde-malade, ayant mangé des débris du pâté, ressentit à son tour les mêmes atteintes. L'une des jeunes filles de Marseille a succombé après sept jours de maladie.

MM. Chevallier ont été, à plusieurs reprises, chargés de l'examen de débris de pâtés achetés à Paris qui avaient produit de nombreux accidents; ils n'ont pu trouver la cause de ces accidents, qu'ils attribuent à la formation d'un produit toxique organique.

Toutefois, nous ferons observer que, dans le numéro suivant de ce journal, M. Lacroix, pharmacien de Macon, adresse le résultat de ses recherches dans un cas semblable, qui s'est produit, il y a quelques années, à Macon. Il a trouvé des cristaux de sulfate de zinc dans la viande et la gelée du pâté qui avaient produit des empoisonnements. Le pâtissier, en effet, avait fait mariner la viande dans des vases de zinc.

— Enfin, l'*Union médicale* rapporte le fait suivant, qui doit être rapproché des précédents :

Le 4 janvier 1873, à Hampton, en Arden, seize personnes, ayant mangé du fromage de cochon acheté chez un marchand du village, furent toutes atteintes, deux ou trois heures après, de vomissements et de diarrhée, de crampes et de douleurs dans les yeux avec sensation de brûlure et de constriction à la gorge. M. Edward Mackey (de Birmingham) fut chargé d'analyser ce fromage, qui, malheureusement, était à moitié décomposé quand il le reçut. Quoi qu'il en soit, il n'y trouva aucune substance minérale de nature toxique, et il en vint à supposer que les symptômes d'empoisonnement devaient être rapportés à la formation d'acides gras âcres qui se seraient développés pendant la cuisson trop prolongée à laquelle les morceaux de porc avaient été soumis.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 novembre 1873 (1). — Présidence de M. LUNIER

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE

M. BOINET offre son travail intitulé : *De la gastrotomie, dans les cas de tumeurs fibreuses utérines.*

DISCUSSION SUR LA LACTATION

M. DUROZIEZ demande combien de temps la lactation persiste après le sevrage, combien de temps elle commence avant l'accouchement. Il l'a vu commencer au cinquième mois, mais souvent plus tard; quelquefois seulement huit ou quinze jours avant l'accouchement; parfois même elle fait entièrement défaut.

Assez généralement elle diminue un an après l'accouchement; mais il n'y a rien de constant à cet égard. Combien de temps persiste-t-elle après le sevrage? Cela est sans doute variable. M. Depaul l'a vue durer quatre ans; M. Duroziez l'a vue durer quelquefois quatre mois; il lui a semblé que plus tôt elle se montrait avant l'accouchement, plus longtemps elle durait après.

M. CHARRIER a vu le lait apparaître au troisième mois de la grossesse et a observé des accès laiteux du sein pendant la grossesse. Combien de temps le lait persiste-t-il après le sevrage? M Charrier a vu la sécrétion lactée réapparaître treize ans après un dernier ac-

(1) Fin. — Voir le numéro du 26 mai 1874.

couchement, chez une grand'mère donnant le sein à son petit enfant.

Quelquefois elle persiste sept ou huit ans après l'accouchement, et en pressant le sein, on peut faire sourdre une goutte de lait.

M. DE RANSE demande quelle est l'influence des grossesses intercurrentes. Il a vu une mère continuer à allaiter son enfant bien qu'elle fût enceinte et sans que celui-ci souffrît.

M. CHARRIER pense qu'on a un peu exagéré les dangers d'une grossesse intercurrente. Chez une nourrice qui n'est pas réglée, la grossesse peut être méconnue jusqu'à l'apparition des mouvements actifs. Quelquefois, sous l'influence de la grossesse, le lait se supprime; le plus souvent, il se charge de colostrum et devient plus séreux. Si l'enfant ne souffre pas, on peut continuer l'allaitement.

M. PERRIN. L'apparition du lait dès les premiers mois de la grossesse, de même que sa persistance plusieurs mois après le sevrage, n'autorisent, en aucune façon, le praticien à affirmer qu'une femme, dans l'une ou l'autre de ces conditions, appartient nécessairement à la catégorie des nourrices de choix. — Pour cela, il faut que la sécrétion lactée coexiste avec un développement bien accentuée des glandes mammaires.

Quant à la possibilité de continuer quelquefois un allaitement accidentellement interrompu; je citerai l'exemple de l'une de mes malades, qui put reprendre, au bout de quatre mois, un allaitement forcément supprimé à la suite d'abcès multiples et interminables des deux glandes mammaires. Cette dame avait d'ailleurs nourri déjà sept enfants. C'est en voyant le huitième, dont elle avait dû se séparer, dépérir chaque jour dans les bras d'une nourrice mercenaire, et après avoir reconnu que la sécrétion du lait avait lieu encore chez elle dans une certaine mesure, qu'elle eut l'idée de présenter le sein de nouveau à l'enfant, ce qui lui réussit à merveille, en moins de quelques jours.

J'ajouterai encore que le fait signalé par M. Charrier s'observe quelquefois chez les animaux. J'ai eu, chez moi, une chatte qui mourut quelques semaines après avoir mis bas. Or l'unique chat qu'on lui avait donné à nourrir, fut adopté et allaité ensuite par la grand'mère qui, elle, n'avait pas eu de petits depuis l'année précédente.

M. BLONDEAU a vu, chez un enfant de quelques semaines, un abcès laiteux du sein. Il a quelquefois vu sourdre du lait par le mamelon des nouveau-nés. Il rapporte ces faits parce qu'ils lui ont été déclarés invraisemblables par un confrère, ancien prosecteur, qui prétend que la glande mammaire n'existe pas ou tout au moins est rudimentaire chez les nouveau-nés.

M. CHARRIER. L'existence de la glande mammaire chez les nouveau-nés est démontrée, elle est admise par tous les médecins. Le gonflement de la glande est si fréquent qu'on pourrait presque dire que c'est la règle. Quant à la sortie du lait à la pression, c'est loin d'être un fait rare.

Au microscope, on reconnaît les globules du lait.

M. LOLLIOT rappelle que, chez certaines peuplades, après la mort de la mère, c'est la parente la plus rapprochée qui a la tâche de nourrir. Elle peut échoir à une femme âgée, et l'on voit le lait apparaître sous l'influence des efforts de succion.

M. DUROZIEZ. Les vétérinaires laissent les femelles nourrir malgré l'apparition d'une nouvelle grossesse.

La séance est levée à 6 heures.

Le secrétaire annuel : RELIQUET.

Séance du 13 décembre 1873. — Présidence de M. LUNIER

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE

1° Le 3e numéro du *Moniteur de thérapeutique*; 2° moyens propres à détacher les concrétions calcaires adhérentes aux parois de la vessie, par Reliquet; 3° décollement et expulsion d'une portion considérable de la muqueuse de l'intestin grêle, par M. Louis Gallez; 4° études d'histologie pathologique dans la folie simple par M. Aug. Voisin.

CORRESPONDANCE ÉCRITE

Une lettre de M. João da Sylva Ramos qui demande un tour de faveur pour lire, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, un mémoire sur la fièvre jaune.

M. GILLEBERT D'HERCOURT lit le rapport suivant :

Quelques considérations sur le goître exophthalmique. — Messieurs, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire de la Société de médecine de Paris, notre honorable confrère M. le docteur Beni-Barde vous a lu un travail intitulé : *Quelques considérations sur le goître exophthalmique.*

Je viens au nom d'une commission composée de MM. Blumental, Duroziez et Gillebert d'Hercourt, rapporteur, vous rendre compte de ce travail.

Comme le titre l'indique, notre honorable confrère n'a pas eu l'intention de composer une monographie sur la maladie de Graves. Les considérations qu'il vous a présentées s'appliquent spécialement et exclusivement à la symptomatologie, à la nature et au traitement de cette étrange maladie. Mais c'est surtout la symptomatologie qui a fixé son attention.

A ce propos, M. Beni-Barde rappelle que dans le principe l'ensemble des phénomènes principaux qui caractérisent la maladie de Graves avait été borné par les auteurs aux palpitations, au goître et à l'exophthalmie, c'est-à-dire à ce que Trousseau avait appelé la triade de Basedow; que, depuis, M. Jaccoud avait ajouté à ce groupe de symptômes la dilatation des vaisseaux artériels; que tous les auteurs s'accordent à reconnaître que cet ensemble n'est pas toujours complet; qu'un ou deux de ses termes, le goître ou l'exophthalmie peuvent manquer; que les palpitations et la dilatation des vaisseaux artériels sont les seuls symptômes qui soient généralement reconnus comme constants et qu'ils sont toujours les premiers en date; enfin que ce dernier fait a conduit quelques auteurs, M. Jaccoud entre autres, à considérer ces symptômes comme la cause directe de la tumeur thyroïdienne et de l'exophthalmie.

Notre honorable confrère accepte l'opinion des auteurs sur tous ces points, sauf la constance des palpitations, qui ne lui paraît pas absolue. Il affirme qu'elles peuvent manquer quelquefois, soit complétement, soit au début, et, comme preuve de ce qu'il avance, il cite deux faits observés par lui. Dans l'un, il s'agit d'une jeune fille chlorotique, extrêmement nerveuse qui, après avoir eu des accès de fièvre intermittente et des crises de névralgie, fut atteinte presque en même temps d'une double exophthalmie et d'un goître plus développé à droite qu'à gauche. Les parents de la jeune fille affirmèrent que la malade n'avait jamais eu de palpitations, et M. Guéneau de Mussy a constaté que chez elle le cœur ne présentait aucun trouble. Elle guérit après une cure hydrothérapique de trois mois.

Le second fait est celui d'une jeune femme très-névrosique qui commença par éprouver des désordres nerveux d'après lesquels on crut un instant à l'existence d'une ataxie locomotrice. « Mais ces perturbations sensitives et motrices disparurent et furent remplacées par un goître et une double exophthalmie *sans aucune trace de palpitations.* » Le traitement hydrothérapique suivi avec irrégularité ne produisit que des résultats incomplets. Depuis le médecin n'a plus entendu parler de la malade.

A défaut d'observations plus détaillées et plus complètes que celles qu'il rapporte, il est permis de regretter que notre honorable confrère ne dise pas si l'habile médecin, dont il cite le nom, considérait réellement celui de ces cas observé par lui, comme un goître exophthalmique. Cette honorable attestation n'eût pas permis le doute, tandis qu'il est difficile de s'en défendre, en présence de deux cas pour lesquels on manque d'éléments pour établir le diagnostic différentiel, alors que, vu les travaux antérieurs, la maladie de Graves ne peut plus être conçue sans palpitations cardiaques.

Au reste, deux faits reconnus exceptionnels par l'auteur qui les rapporte, peuvent-ils suffire pour infirmer une proposition soutenue par tous les observateurs? Après ce coup d'œil jeté sur l'ensemble des symptômes de la maladie de Graves, M. Beni-Barde étudie chacun d'eux en particulier.

A cause de leur importance et attendu qu'elles sont les premières en date, les palpitations l'occupent d'abord. Il signale leur fréquence

et leur violence souvent extrêmes, en faisant remarquer que ces conditions sont exagérées par le mouvement et par les émotions morales, mais qu'elles n'empêchent pas les mouvements du cœur d'être réguliers.

Malgré les signes révélés par la percussion et par l'auscultation, à l'exemple de Trousseau, il ne croit pas à l'existence, dans tous les cas, d'une altération organique du cœur. L'issue souvent heureuse de la maladie et les recherches d'anatomie pathologique confirment cette opinion. Cependant il pense qu'une lésion de cette nature peut accompagner accidentellement la maladie de Graves ou lui succéder; mais qu'elle n'est pour rien dans la pathogénie du goître exophthalmique. Le bruit de souffle systolique qu'on entend à la base du cœur se prolonge dans les vaisseaux et se reproduit souvent dans les grosses artères du thorax et de la tête.

Le pouls, dont la fréquence est extrême, reste le plus souvent petit et faible, quoique quelquefois on le trouve *très-ample* (?). Les veines du cou sont souvent considérablement gonflées. Ces désordres du cœur et des gros vaisseaux sont suivis, à des intervalles de temps variables, par le gonflement du corps thyroïde et par l'exorbitis. Cependant M. Beni-Barde rappelle que Trousseau avait observé que ces trois termes de la maladie de Graves peuvent apparaître simultanément. Quoi qu'il en soit, la tumeur thyroïdienne en général précède de quelque temps la saillie des globes oculaires. Elle acquiert assez rapidement un volume qu'elle ne dépasse pas et qui reste toujours au-dessous des proportions du goître ordinaire. Elle occupe le plus souvent le lobe droit de la glande. Cette tumeur est vasculaire, on y perçoit des pulsations et des bruits de souffle semblables à ceux qu'on observe dans les anévrysmes cirsoïdes, et, comme il arrive dans ces cas, les artères thyroïdiennes sont augmentées de volume et devenues très-flexueuses.

Lorsque le goître est ancien, le tissu conjonctif du corps thyroïde devient dense et fibreux; quelquefois il s'y forme des kystes sanguins ou de petites tumeurs fibreuses persistantes.

M. Beni-Barde a vu quelquefois l'exophthalmie précédée de démangeaisons excessives des paupières.

Dans la grande majorité des cas l'exophthalmie est double et égale des deux côtés. Elle est quelquefois si considérable que le rapprochement des paupières n'est plus possible. De là, exposition constante de l'œil à l'air; irritation et injection de la conjonctive. On a vu l'ulcération de la cornée être la conséquence de cet état de choses.

L'examen ophthalmologique n'a rien révélé, si ce n'est dans quelques cas un développement exagéré des vaisseaux de la rétine. Cette observation est due à M. Withuisen.

On observe quelquefois des troubles de la vue, par exemple : de la photophobie, de la diplopie, du strabisme, la myopie et la presbytie.

Notre confrère ne croit pas que la saillie oculaire soit l'effet de la gêne apportée à la circulation veineuse par la tumeur thyroïdienne. L'un pouvant exister sans l'autre, il n'y a entre ces deux phénomènes qu'une corrélation limitée.

A l'exemple de Trousseau. M. Beni-Barde croit que le phénomène initial qui donne naissance à l'exophthalmie est une congestion, produit réflexe d'une irritation nerveuse centrale. Il ne croit pas, comme M. Galezowski l'a supposé, que la contraction des fibres musculaires de la capsule de Tenon soit la cause de l'exophthalmos. A son avis, si cette contraction exerce quelque influence sur la saillie des globes oculaires, son action, si elle existe, ne fait que s'ajouter à celle de la congestion. Il rappelle que dans les autopsies on a trouvé une dilatation de l'artère ophthalmique, une congestion veineuse de la région orbitaire et un développement anormal du tissu adipeux de l'orbite.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Les Facultés de médecine en France (1).

3° Les régions pauvres en médecins sont, d'une manière générale, les régions éloignées des facultés de médecine.

L'antique éclat jeté par la faculté de Montpellier, en outre de la culture intellectuelle précoce des États de la langue d'Oc, est sans doute la cause principale de cette richesse en docteurs que présentent les départements du Midi.

Mais notre formule souffre, de la part des départements du Nord, une exception singulière, du moins pour ce qui a rapport aux docteurs; ces pays riches, à proximité de la faculté de Paris, n'en reçoivent qu'un très-petit nombre de médecins pourvus du diplôme supérieur;

4° Il paraît résulter évidemment de l'examen de tous ces faits que la transformation de quelques écoles secondaires de médecine en facultés tendrait à multiplier le nombre des étudiants en doctorat et, par suite, des médecins scientifiquement dignes de ce nom.

Mais nous ne saurions tirer définitivement une conclusion aussi grave d'un seul ordre de considérations. Après avoir étudié la distribution géographique des médecins à la surface de la France, il nous faut rechercher leur origine et déterminer, si l'on peut ainsi parler, les lieux de production, comme étudiants et comme gradés.

Voyons donc maintenant quels rapports existent entre les médecins de divers ordres et les divers établissements qui confèrent les diplômes permettant l'exercice de la médecine; il importe de savoir où ces médecins reçoivent leur instruction, et comment ils se répartissent entre les facultés et les écoles secondaires.

Si nous considérons d'abord les officiers de santé, nous voyons que le nombre de réceptions baisse aussi bien dans les facultés que dans les écoles préparatoires. En 1855, 153 brevets ont été conférés, dont 27 par les facultés, 126 par les écoles; en 1865, ces chiffres sont devenus : 93, 18 et 75; en 1872; 95, 14 et 81.

La répartition des diplômes entre les divers établissements est extrêmement inégale. En 1855, la faculté de Paris a reçu 22 officiers de santé, celle de Montpellier 4, celle de Strasbourg 1 seulement: ces chiffres sont devenus 12, 5, 1 en 1865. Quant aux écoles secondaires, celles qui, en 1865, ont donné le plus de diplômes sont : Toulouse, qui en a donné 16; Marseille, 13; Rennes, 10; le minimum est fourni par Reims, 2; Poitiers, 1. En 1865, nous trouvons encore : Toulouse, 13; puis Lille, 10; Marseille, 8; Amiens, Angers, Bordeaux, Grenoble, Lyon, n'ont reçu qu'un officier de santé; Limoges ni Poitiers n'ont décerné de grade. Partout de 1855 à 1865, le nombre des grades a diminué, excepté à Lille, où il est monté de 7 à 10; il s'est maintenu à Tours (4 puis 4) et à peu près à Arras (7 puis 6). On voit que si ces établissements n'avaient pas d'autre fonction que celle de produire des officiers de santé, il en est un certain nombre qu'on pourrait, immédiatement, supprimer sans remords.

Mais, sans parler des pharmaciens de deuxième classe, des sages-femmes et des herboristes également de deuxième classe, les écoles secondaires donnent encore, nous l'avons vu, l'instruction médicale à un certain nombre d'étudiants en doctorat qui peuvent y passer officiellement leurs premières années d'études.

Cette faculté a été laissée aux étudiants, dans le but d'atténuer les inconvénients que présentent le petit nombre et par suite l'éloignement, pour la plupart des élèves, des facultés de médecine : à ce point de vue, elle est évidemment fort avantageuse. Mais on a voulu la considérer également comme utile au point de vue des études; on a avancé que les élèves, peu nombreux dans ces petites écoles, mieux surveillés pas des maîtres dont ils sont connus, prendraient de bonne heure une

(1) Suite. — Voir les numéros des 19, 21, 26, 28 et 30 mai 1874.

instruction pratique plus précise que dans les grands centres d'enseignement.

L'expérience a montré, comme il était facile de le prévoir du reste, que cette habileté précoce dans les menues pratiques de la médecine et de la chirurgie, en admettant même qu'elle fût générale, n'était que trop souvent compensée d'une manière fâcheuse par une indifférence parfois dédaigneuse pour tout ce qui est du domaine des sciences théoriques; il faut, bien entendu faire exception pour quelques-unes de nos écoles, et particulièrement pour la plupart de celles qui sont installées dans nos grandes villes, écoles qui, parmi leurs professeurs, comptent de vrais savants. Mais il n'en est pas moins certain que, dans les facultés, professeurs et examinateurs ont eu trop d'occasions de constater que les médecins praticiens qui professent dans nos petites écoles, paraissent plus soucieux d'exercer les sens de leurs élèves que de développer en eux l'esprit d'investigation, de critique, de méthode; en sorte qu'il y a là, de l'aveu des hommes les plus compétents, une cause non négligeable d'abaissement pour le niveau des études dans les facultés de médecine. C'est une considération dont nous devrons tenir compte, lorsque nous arriverons à la solution des questions que nous étudions actuellement.

(*A suivre.*)

Faculté de Médecine de Paris.

Liste des prix de la Faculté pour l'année scolaire 1872-1873.

PRIX CORVISART. — Concours de 1873. — La question proposée était : Des diverses formes de la pleurésie. La Faculté partage le prix de 400 francs de la manière suivante : 1° une médaille de vermeil et une somme de 200 fr. à M. Borne (Marie-Charles-Joseph), né le 1er février 1850, à Saint-Hippolyte (Doubs) ; 2° une médaille de vermeil et une somme de 200 francs à M. Mercier (Pierre-Jules), né le 19 février 1833, à Nancy (Meurthe). La Faculté a accordé en outre une mention honorable à M. Petrini, et une mention honorable à M. Boyer.

Question proposée au concours pour l'année 1874 : Affections des deux orifices auriculo-ventriculaires.

PRIX MONTYON. — Concours de 1873. — Il ne s'est pas présenté de candidats.

PRIX BARBIER. — Concours de 1873. — La Faculté a divisé le prix de la manière suivante : 1° 1,000 francs sont accordés à titre d'encouragement à M. Dujardin, étudiant en médecine, pour l'aider à continuer des recherches onéreuses à cause de l'emploi d'instruments de précision ; 2° 500 franes sont alloués à titre d'encouragement à MM. Chéron et Nachet, pour leur instrument le *micro-ophthalmoscope ;* 3° la Faculté décide, eu outre, que, conformément aux dispositions du legs Barbier, une somme de 500 francs sera affectée à l'achat de livres ou appareils pouvant aider à l'amélioration des études médicales.

PRIX CHATAUVILLARD. — Concours de 1873. — La Faculté a partagé le prix de 2,000 francs, savoir : 1° 1,000 francs à M. le docteur Lancereaux, agrégé de la Faculté, et à M. Lackerbauer, pour leur atlas d'anatomie pathologique; 2° 500 francs à M. le docteur Polaillon, agrégé de la Faculté, et à M. Carville, préparateur de pathologie expérimentale à la Faculté, auteurs d'une étude physiologique sur les effets toxiques de l'urée ; 3° 500 francs à M. Sueur, pour ses études sur la mortalité à Paris pendant le siége.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Bordeaux. — Par arrêté en date du 26 mai 1874, un concours est ouvert pour un emploi de chef des travaux anatomiques.

Les épreuves de ce conconrs commenceront le lundi 16 novembre 1874.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours ouvert à l'hôpital Saint-André pour deux places de médecin-adjoint, vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Lande et Mandillon.

— La conférence des avocats sous la présidence de M. Lacan, bâtonnier, a discuté la question suivante : « Le médecin qui, obtempérant à un arrêté municipal, a donné ses soins aux habitants d'une commune pendant une épidémie, est-il fondé à réclamer des honoraires à cette commune ? » La conférence a adopté l'affirmative.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur la nature, l'étiologie et le traitement de la fièvre typhoïde, par le docteur COUSOT. Mémoire couronné (médaille d'or) par l'Académie royale de médecine de Belgique, au concours de 1872. — 1 vol. fort in 4°. Prix, 9 francs. — Bruxelles, H. Manceaux.

Du traitement des épanchements pleurétiques récents par la ponction dite capillaire avec aspiration, par le docteur BUCQUOY, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Cochin. — In-8°. — 1 fr. 25. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance n'a pas été longue, et elle a failli l'être moins encore. Il en faut sans doute accuser la chaleur extrême, aucun de ceux qui s'étaient fait inscrire à l'ordre du jour n'était venu répondre à l'appel de son nom, deux fois réitéré.

Si M. Vulpian, se dévouant, n'avait entamé sur le chloral une conversation, que plusieurs autres membres ont entretenue avec grand soin, le zélé président aurait désespéré d'amener quelqu'un à la tribune par ses instances les plus vives.

Espérons que mardi prochain il n'en doit pas être de même.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Brouardel.

De la paralysie glosso-labio-laryngée.

Leçons recueillies par M. de Beurmann, externe du service.

II.

Messieurs,

Dans la précédente leçon, je vous ai présenté deux malades atteints de paralysie labio-glosso-laryngée, je vous ai fait constater les troubles divers qui sont la conséquence de cette paralysie, et j'ai tâché de vous donner la raison anatomique de ces associations en vous indiquant les principaux points de la structure du bulbe. Dans l'étude de l'affection qui nous occupe, la science a suivi dans son développement la même marche; les observateurs ont constaté les troubles fonctionnels qu'ils ont eu tendance d'abord à considérer comme d'origine musculaire, puis ils ont reconnu que la distribution des muscles paralysés était en concordance avec celle des nerfs, enfin ils ont constaté que ces nerfs étaient groupés à leur origine dans un centre commun : le bulbe; c'est là qu'ils ont trouvé la raison même de la distribution de cette paralysie. Il me reste aujourd'hui à vous parler des différentes formes cliniques de cette affection, de leur marche et de leurs terminaisons diverses; enfin je vous dirai quelques mots du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Il existe deux formes de paralysie labio-glosso-laryngée (ou pharyngée, car les deux noms ont été proposés;) elles se distinguent de la façon la plus nette par leur mode de début et leur marche ultérieure.

La première forme, décrite, en 1860, par M. Duchesne, dont elle a conservé le nom, est celle dont la marche est lente et progressive. Les symptômes ne se prononcent que peu à peu et successivement. Il n'y a d'abord qu'une légère difficulté de la parole; la langue ne se meut plus aussi facilement dans la bouche; et, pendant longtemps, tout peut se borner à une gêne plus ou moins marquée dans la prononciation des lettres linguales. Puis, petit à petit, le voile du palais et les lèvres se prennent, les boissons sont en partie rendues par le nez, et la salive, qui s'accumule dans la bouche par suite du défaut des mouvements de déglutition volontaires, s'écoule sans cesse hors des lèvres paralysées, la mâchoire devient pendante, et le malade finit par présenter le masque repoussant qui lui donne l'apparence d'un idiot.

La deuxième forme est celle dont le début est brusque ou rapide. Les deux malades que vous avez vus en sont atteints, je n'insisterai donc pas. Chez l'un, il y a eu deux attaques successives : la première a mis un certain temps à se produire, la deuxième, arrivée quatre ans après, a débuté par de la titubation, et c'est quelques heures après que le malade s'est aperçu qu'il avait perdu la parole; chez l'autre malade, le début fut subit. Il y a donc là quelque chose de comparable aux hémiplégies à début apoplectique, mais, dans cette forme, on n'a pas une seule fois observé de perte de connaissance. Je tire cette remarque du travail inédit sur la question que M. Joffroy a bien voulu me communiquer, et dont je me servirai souvent dans le cours de cette leçon.

La marche présente aussi deux formes, correspondant exactement à celles du début. La forme lente, l'aggravation de tous les symptômes est invariablement progressive, et la mort est la terminaison constante. Celle-ci est presque toujours subite et causée par une syncope résultant de la propagation de la lésion au noyau du pneumogastrique; mais, dans le cours de l'affection, la mort peut survenir par le fait de l'inanition croissante que cause, chez quelques malades, l'impossibilité de la déglutition, et, par suite, de l'alimentation, jointe à la perte incessante de la salive. Cette dernière cause n'est nullement négligeable, si l'on réfléchit que, suivant l'appréciation des physiologistes, la quantité de salive sécrétée en vingt-quatre heures dépasse 1 kilogramme, et que cette masse de liquide est normalement presque tout entière réabsorbée par l'intestin.

L'amélioration ne doit donc pas être espérée dans la forme progressive; elle arrive, au contraire, souvent dans la forme à

début brusque. Seize malades sur vingt, suivant M. Joffroy, ont pu quitter l'hôpital et reprendre leur travail. Cependant, dans cette forme même, la mort subite par arrêt du cœur, quoique plus rare, est possible.

Messieurs, nous retrouvons encore la même distinction dans l'anatomie pathologique ; les lésions sont tout à fait dissemblables dans les deux formes.

Une première autopsie faite par MM. Charcot et Joffroy, en 1869 ; deux autres autopsies faites, l'une par M. Charcot, l'autre par MM. Duchesne et Joffroy, ont montré que, dans la forme lente, les noyaux de l'hypoglosse, du facial inférieur, du pneumogastrique et d'une partie du spinal étaient détruits. Dans ces trois cas, les cellules des noyaux étaient seules altérées, la névroglie ne participait pas à la lésion, et la disparition des cellules ne pouvait, comme il arrive si souvent, être attribuée à une compression, à un étouffement causé par l'hypertrophie des éléments de la névroglie. Il y aurait donc là une altération primitive des noyaux gris ; cependant M. Leyden a publié, en 1869, une autopsie, dans laquelle il a trouvé une sclérose de la moelle et du bulbe, et l'altération des cellules semblait secondaire à l'épaississement des éléments fibreux.

Je vous signale encore différents cas exceptionnels de compression du bulbe par des tumeurs, un cas de kyste hydatique de cet organe et un cas de gomme rapporté par M. Charcot, qui peuvent, pendant la vie, se traduire par des désordres plus ou moins analogues.

Rien de semblable, messieurs, dans la forme brusque ou rapide ; ce qui la caractérise anatomiquement, d'une façon constante, est une lésion vasculaire. Pour s'en rendre bien compte, il faut connaître la circulation du bulbe, récemment étudiée par un élève de M. Charcot, M. Duret. Les deux vertébrales, branches des sous-clavières, entrent dans le crâne par le trou occipital, après avoir traversé les trous que leur présentent les apophyses transverses des vertèbres cervicales ; elles cheminent de chaque côté de la face inférieure du bulbe et viennent se réunir au niveau de la protubérance pour former le tronc basilaire. Dans leur trajet intra-crânien, elles fournissent, en dehors, les artères cerebelleuses inférieures, dont nous n'avons pas à nous occuper, et, en dedans, les artères spinales antérieures, qui suivent un trajet récurrent sur la face inférieure du bulbe, et finissent par s'anastomoser sur la ligne médiane ; ces artères spinales antérieures fournissent un certain nombre de petits rameaux, les artères bulbaires, qui pénètrent perpendiculairement dans la face inférieure du bulbe ; de son côté, et plus haut, le tronc basilaire fournit les artères sous-protubérentielles, qui ont une direction analogue et pénètrent de même dans la protubérance.

Tous ces rameaux sont très-grêles, ne communiquent que très-rarement entre eux, ils se rendent isolément à chacun des noyaux du bulbe et de la protubérance. Quelques noyaux en reçoivent deux ou trois. Les rameaux venus des spinales antérieures se rendent au noyau du spinal, de l'hypoglosse et du facial inférieur ; ceux de la basilaire se distribuent au facial supérieur, au pneumogastrique et au glosso-pharyngien, sans communiquer avec les précédents.

Il en résulte que, s'il survient une oblitération vertébrale, comme M. Proust en a publié un cas, la spinale antérieure, ne recevant plus de sang, ne pourra en transmettre au noyau du spinal, de l'hypoglosse et du facial inférieur, et les nerfs qui en partent ne fonctionneront plus ; c'est probablement là ce qui est arrivé à deux reprises différentes chez notre malade.

Si, au contraire, un caillot occupe le tronc basillaire, le malade mourra subitement par arrêt du cœur et de la respiration, parce que les sous-protubérentielles qui donnent aux noyaux du pneumogastrique ne recevront plus de sang (Hayem).

Retenez donc bien cette division des noyaux bulbaires en deux groupes, au point de vue de la vascularisation :

1er groupe. — Facial inférieur, spinal et hypoglosse dépendant des vertébrales ;

2e groupe. — Pneumogastrique, glosso-pharyngien, facial supérieur, trijumeau dépendant du tronc basilaire.

Appliquons ces notions à nos deux malades. Le jeune homme que M. Lorain nous a envoyé a eu successivement une hémiplégie droite et une hémiplégie gauche, une oblitération de l'artère ophthalmique et une paralysie labio-glosso-laryngée; il existait chez lui un bruit de souffle à la pointe du cœur, que l'on pouvait produire à volonté, ou, du moins, augmenter en faisant coucher le malade à gauche ; il existait donc certainement une affection du cœur, et, peut-être, une concrétion polypiforme de la valvule mitrale. C'est de là que sont probablement parties les embolies successives qui ont produit tous les accidents, et dont l'une s'est arrêtée quelque part dans la vertébrale.

Notre malade a aussi été frappé plusieurs fois. Il a eu une première attaque, suivie d'une grande amélioration, puis une deuxième attaque. Nous lui avons trouvé les artères dures, un peu sinueuses, certainement athéromateuses ; de plus, il a un léger souffle au premier temps et à la base, indiquant un rétrécissement aortique ; nous avons donc chez lui des raisons suffisantes pour admettre une lésion atheromateuse des artères. Chez lui, les deux attaques ont été identiques, ce qui s'explique lorsqu'on sait que, par une prédisposition singulière, mais démontrée, les embolies successives suivent généralement le même chemin.

Cependant il ne faudrait pas trop nous avancer ; nous ne possédons chez lui aucune preuve absolue d'embolie, et peut-être, en considérant le début un peu lent des accidents, pourrait-on plutôt admettre une endartérite athéromateuse des petits vaisseaux.

Il est démontré que l'inflammation des artères amène leur oblitération. Si le siége de l'altération est le cerveau, il en résulte des hémiplégies à symptômes variables bien connues aujourd'hui ; il est possible que ce phénomène se soit produit dans le cas qui nous occupe, mais vous comprenez que ce n'est qu'une hypothèse sur laquelle je ne veux pas vous arrêter trop longtemps.

En résumé, messieurs, nous pouvons dire, d'après l'analyse de tous les faits connus de paralysie labio-glosso-laryngée à début rapide, que sa véritable cause anatomique réside dans le cœur et dans les artères.

Le diagnostic de cette affection est très-facile, si l'on en connaît les symptômes ; avant qu'elle fût décrite, le médecin devait être fort embarrassé en présence de l'aspect insolite qu'elle lui présentait, et c'est à cette cause qu'il faut rapporter l'erreur singulière que vit souvent commettre M. Duchesne ; les malades près desquels il était appelé étaient supposés atteints d'une angine chronique sans rougeur ni douleur. Il n'est plus permis aujourd'hui de faire une pareille confusion.

La seule affection avec laquelle on peut confondre la forme lente est l'atrophie musculaire progressive dans le cas où elle atteindrait les mêmes muscles ; mais cette affection débute presque toujours par les mains, et il n'y a pas d'exemple que le larynx, la langue et les lèvres aient été envahis les premiers ; au contraire la déglutition n'est presque jamais entravée que vers la fin de la maladie. Il est, du reste, facile de

s'expliquer comment se fait cette extension de l'atrophie musculaire progressive aux parties innervées par le bulbe. La lésion qui la caractérise est une atrophie des cellules des cornes antérieures de la moelle, débutant presque toujours par le renflement cervical ; elle n'a donc que peu de chemin à faire pour gagner les noyaux bulbaires.

D'ailleurs, les muscles ne perdent que peu de leur volume dans la paralysie labio-glosso-laryngée ; la langue est lisse, immobile, collée derrière les arcades dentaires, mais elle n'est pas petite, ratatinée, sèche, comparable à une langue de perroquet, comme dans l'atrophie, où elle présente cet aspect particulier, alors même que les malades peuvent encore un peu parler.

Dans la forme à début brusque, le diagnostic est facile aussi en général ; on ne peut éprouver d'embarras que lorsque les symptômes concomitants d'une hémiplégie et la prédominence des paralysies d'un côté attirent ailleurs l'attention. Mais l'analyse exacte des troubles fonctionnels montre toujours que leur répartition est anormale.

Je vous citerai encore l'existence de foyers doubles et symétriques du cerveau, dont il existe une observation, comme pouvant donner lieu à une confusion complète.

Quand il n'y a pas de lésion simultanée du cerveau, la conservation de l'intelligence est un signe très-important qui indique avec certitude une lésion du bulbe et ne permettra jamais de confondre l'aphasie d'origine cérébrale avec l'aphasie d'origine bulbaire.

Vous connaissez déjà ce qu'est le pronostic ; la forme lente présente la plus haute gravité, parce qu'elle se termine constamment par la mort, et cela après une durée qui ne dépasse guère deux ans ; mais, messieurs, il ne faut même pas compter sur un délai aussi long et rassurer les familles qui vous appelleraient, au moins pour le présent. La syncope mortelle peut survenir à une époque très-peu avancée de la maladie. Le pronostic est donc toujours extrêmement sérieux.

La forme brusque s'améliore fréquemment, mais son danger est dans les récidives. Notre malade a eu deux attaques successives ; celui de M. Lorain a présenté des accidents multiples et répétés. Nous en avons trouvé la raison dans l'état du cœur et des vaisseaux. C'est en vous fondant sur l'état de ces organes que vous pourrez juger de la gravité de la maladie. Vous savez, du reste, que, même dans la forme brusque, la mort subite par syncope a quelquefois été observée.

Le chapitre du traitement sera malheureusement très-court, le médecin reste désarmé devant une telle maladie ; cependant, en aucun cas, il ne doit oublier une indication qui prime tout le reste : entretenir une alimentation suffisante. Sitôt que la déglutition devient difficile, recourez à la sonde œsophagienne. Le malade que nous a envoyé M. Lorain, est un bel exemple du succès qu'on peut obtenir par ce moyen. Ce jeune homme a été nourri un an entier exclusivement par la sonde œsophagienne ; il a engraissé, repris des forces pendant cette année, et M. Lorain a même constaté qu'il avait grandi de 3 centimètres. Il y a là un enseignement que vous n'oublierez pas.

HOPITAL DE BERCK-SUR-MER. — M. CAZIN

Luxation graduelle de l'extrémité sternale de la clavicule (1).

Malgaigne, dans son *Traité classique des fractures et des luxations*, divise ces lésions en traumatiques congénitales et pathologiques, réunissant, sous ce dernier titre, les cas les plus dissemblables, qui n'ont de commun que l'absence de violence extérieure comme cause de production.

Il serait, ce me semble, plus scientifique de réserver le nom de luxations pathologiques aux déplacements qui résultent d'un état morbide antérieur de la jointure ; tandis qu'il existe, rarement il est vrai, des luxations consécutives à des déviations portant sur des articulations voisines, celle qui est le siége de la luxation étant saine.

Ces déboitements de formation lente peuvent être groupées sous le nom de luxations graduelles, appellation sous laquelle elles sont désignées par MM. Richet et A. Desprès dans le *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*, article *Clavicule*, t. VIII, p. 37.

C'est à une espèce de ce genre que ce rapporte le fait suivant dont je vais avoir l'honneur de vous lire l'observation recueillie sous mes yeux à l'hôpital maritime de Berck sur mer, par MM. Delannoy et Deligny, internes du service.

Obs. — Joseph B..., âgé de onze ans, né à Aubervillers, sortant de l'hôpital des Enfants, arrivé à Berck le 21 décembre 1872. Taille, 1 mètre 43, en suivant les flexuosités de la colonne vertébrale, 1 mètre 30 à la toise, pas d'antécédents héréditaires connus. Cet enfant ne présente aucune trace de rachitisme.

Il a été envoyé à l'hôpital maritime pour mal de Pott dorsal, remontant à deux ans (au dire de l'enfant malade), sans abcès par congestion. D'après les renseignements fournis par le bulletin d'arrivée, la marche est alors facile, et il n'existe de douleurs que lors d'efforts violents.

Janvier 1873. — Le début du séjour à Berck paraît avoir été favorable ; les symptômes douloureux signalés au départ de Paris sont améliorés. — Mars 1873. Les douleurs reparaissent dans la région lombaire, et l'état général devient moins satisfaisant sous tous les rapports. — Août 1873. Ce dernier laisse de plus en plus à désirer, et l'on constate un commencement de paraplégie. Au mois d'octobre les symptômes paralytiques se sont confimés, c'est alors qu'est survenue spontanément et sans traumatisme la lésion qui fait l'objet de cette note, c'est-à-dire une luxation sterno-claviculaire du côté gauche en avant, qui n'a été aperçue que par hasard.

Il est à noter que depuis le 10 août 1873, jusqu'au 15 janvier 1874, l'enfant n'a pas quitté le lit et qu'il a conservé, pendant une grande partie de la journée, une position particulière ; le tronc soulevé et reposant sur les deux coudes portés en arrière.

A partir de la même époque, il a présenté de fréquents et violents accès de dyspnée pendant lesquels il ne pouvait être que dans le décubitus dorsal, le bras gauche élevé au-dessus de la tête, position qui, nous l'avons constaté depuis, paraissait avoir pour but et pour résultat, la réduction momentanée de la luxation.

Au 15 janvier 1874, nous constatons les particularités suivantes. La gibbosité occupe les sixième et septième vertèbres dorsales, elle est très-accentuée, sans excorations, non douloureuse ; la déviation paraît simplement angulaire, il n'existe aucune courbure latérale, cependant les masses musculaires font à droite une saillie un peu plus marquée qu'à gauche, ainsi que l'on peut le constater à l'aide du cirtomètre appliqué au niveau de la partie culminante de la gibbosité.

A la région sterno-circulaire gauche existe une saillie formée par l'extrémité sternale de la clavicule, saillie qu'un œil peu exercé avait pris pour un exostose. La tête claviculaire, est porté en avant et en bas ; mais ces rapports varient un peu suivant les mouvements de l'épaule ; quoi qu'il en soit, cette tête a une tendance manifeste à croiser le sternum, à chevaucher sur lui ; il résulte de cette disposition que le déplacement que nous observons ici mériterait le nom de luxation presternale que quelques auteurs ont proposé de lui assigner.

On sent au-dessus, le bord de la cavité sternale qui est distant de la tête luxée (l'épaule étant dans la position du repos) de près de 2 centimètres.

Le tendon du sterno-mastoïdien n'est pas déchiré, il est porté en avant et en dedans avec la clavicule elle-même, son chef externe est enroulé autour de la tête de l'os, mais il est aminci ; son chef in-

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 29 avril 1874.

terne dévié en avant et en dedans est devenu un peu plus saillant. La totalité de la clavicule est très-manifestement écartée du thorax de 2 centimètres. Quand la luxation est réduite, cet écartement diminue un peu. On peut, à l'aide des doigts, accoler la peau de la région sous-claviculaire et du creux sus-claviculaire et faire rouler sous ses doigts le muscle sous-clavier, le creux sus-claviculaire est plus étendu que du côté droit. Comme on pourrait le supposer, par le simple raisonnement, le diamètre postérieur l'emporte de beaucoup sur celui du côté opposé.

Non douloureuse à la pression, l'articulation n'est pas malade, et la luxation ne peut être vraisemblablement appelée pathologique. On ne constate ni du côté opposé, ni à aucune autre jointure de relâchement des ligaments, aucune laxité essentielle, comme l'appelait Malgaigne. Dans l'articulation sterno-claviculaire gauche, c'est-à-dire celle où a eu lieu la luxation, on ne saurait affirmer s'il y a simplement élongation avec amincissement ou déchirure des ligaments.

La réduction par pression directe d'avant en arrière et de droite à gauche se fait très-difficilement et occasionne des douleurs très-vives; elle se produit au contraire très-facilement et presque naturellement par la simple élévation du bras gauche au-dessus de la tête ; la luxation au contraire est exagérée lorsque l'enfant, pour se maintenir assis sur son lit ou sur une chaise, s'appuie sur les mains portées en arrière.

Les mouvements du membre thoracique se font tous avec autant de facilité que s'il n'existait aucune lésion.

Du côté du thorax, abstraction faite des déformations secondaires observées dans tous les cas de mal de Pott avec gibbosité, ce qui frappe tout d'abord est la diminution de la partie gauche de la cage thoracique, que le docteur Cazin avait annoncée à la visite avant que l'on eût découvert le malade, diminution que les mensurations et le cirtomètre sont venus confirmer.

Il existe, en outre, un rapprochement du moignon de l'épaule gauche vers l'axe du corps perceptible à la vue.

La distance d'une extrémité de la clavicule à l'autre est, du côté droit de 0,14 centimètres, du côté gauche, où l'os présente une courbure exagérée, cette distance n'atteint que 13 centimètres.

La mesure prise du bord axillaire de l'omoplate (à la partie moyenne) aux apophyses épineuses situées au même niveau est de 14 centimètres à droite et de 12 centimètres à gauche.

La longueur de la naissance de l'épine de l'omoplate à la colonne vertébrale est de 6 centimètres à droite et de 5 à gauche.

La mensuration de la cage thoracique d'une apophyse épineuse à un même point médian du sternum, donne à droite 37 centimètres à gauche 34.

La distance verticale de l'angle inférieur de l'omoplate à l'épine iliaque antérieure et supérieure, est à droite de 21 centimètres, à gauche de 19.

Enfin, l'angle inférieur de l'omoplate est distant du point culminant de la gibbosité à droite de 14 centimètres, à gauche de 12.

La différence entre les deux côtés est bien plus manifeste que celle que M. Woillez a signalée comme très-fréquente en faveur du côté droit (1).

Il résulte des mensurations et du tracé cirtométrique que l'osymétrie de la cage thoracique constatée à la vue est réelle.

De plus le scapulum gauche est sensiblement rapproché de la colonne vertébrale et la partie supérieure de cette os, celle qui concourt à former plus particulièrement l'axe osseux scapulo-cléidien a subi davantage ce mouvement de translation, de bascule si je puis m'exprimer ainsi.

Ce rapprochement du scapulum et cet affaissement du thorax sont bien marqué en avant par l'écartement de la clavicule et par la rencontre de l'apophyse corroïde qui, dans certains mouvements, vient toucher les côtes.

Pour être complet, nous terminerons cette observation déjà trop longue en disant, qu'il n'existe en aucun point ni matité, ni trouble respiratoire à l'auscultation. Aucun antécédent ne peut en outre établir l'existence d'une pleurésie antérieure.

(1) Woillez a constaté que sur cent seize individus, cinquante-neuf offraient une saillie sensible du côté droit de la poitrine en arrière, sans que l'on pût l'accuser de cause physiologique.

On n'a pas cru devoir instituer de traitement spécial, la nature du cas paraissant contre-indiquer toute intervention.

Les luxations graduelles de l'extrémité sternale de la clavicule me paraissent rares et n'ont guère attiré l'attention jusqu'à ce jour.

Le plus souvent les luxations graduelles ne sont que des subluxations.

Malgaigne dit avoir vu assez fréquemment, en effet, à la suite d'ankyloses vraies ou fausses non réduites de l'articulation scapulo-humérale, tous les grands mouvements du bras s'exécuter dans l'articulation sterno-claviculaire, et, par suite, les ligaments étant distendus outre mesure, la tête de la clavicule offrir une luxation incomplète en avant.

Monteggia avait déjà observé la semi-luxation chez une petite fille, par suite de douleurs rhumatismales occupant toute l'épaule.

Le seul cas, à ma connaissance, analogue au nôtre, où l'on ait rencontré un déplacement complet, est celui cité par A. Cooper (1), et qui lui a été communiqué en partie par Dane, de Baugay et Heuchmann, de Cronport.

Il s'agit d'une demoiselle Laffly, qui avait le rachis fortement dévié, l'observation n'est pas plus explicite). L'omoplate, graduellement portée en avant par la distorsion progressive de l'épine, refoula la clavicule en dedans, et finalement celle-ci se luxa en arrière du sternum, au point de comprimer l'œsophage, et de déterminer de la difficulté dans la déglutition et par suite de l'émaciation. — La résection de la tête de l'os, qui ne manqua pas d'être laborieuse, fut suivie d'un plein succès, et la malade vécut encore six ans.

Pendant mon internat à l'hôpital Sainte-Eugénie, quoique ayant vu dans les divers services et à la consultation de nombreux cas de gibbosité, je n'ai jamais eu l'occasion de rencontrer l'affection secondaire qui nous occupe. — En reportant mes souvenirs jusqu'au moment où je suivis les hôpitaux de Lille, où malheureusement les déformations rachidiennes ne manquaient pas, j'arrive au même résultat.

Sur vingt cas de gibbosité dorsale actuellement à l'hôpital maritime, les clavicules n'ont subi aucune altération apparente. — Chez les rachitiques nous constatons seulement ce volume exagéré de la tête osseuse, et la courbure plus marquée du corps de l'os, phénomènes signalés depuis longtemps.

En faisant des recherches dans les registres d'entrée et dans le recueil de nos observations, nous avons trouvé deux cent soixante cas de mal de Pott reçus depuis quatre ans et quart, sur lesquels environ soixante cas siégaient dans la région dorsale, sans remarque particulière sur l'état des clavicules. Je ne crois donc pas m'être trop avancé en disant que ces luxations étaient rares.

L'observation présente offre plusieurs points intéressants à étudier.

Et d'abord, le mode de production de la lésion. Disons tout de suite que, vu l'historique du cas, il n'y a pas lieu de penser à une luxation congénitale qui aurait passé inaperçue. — Vidal de Cassis cite, en effet, une jeune fille de huit ans, qui portait une luxation sterno-claviculaire qui datait de la vie intra-utérine.

Ici on est tout de suite porté à établir une relation entre l'état du rachis et du thorax et la luxation.

Tandis que dans le fait de Davic, le déplacement s'était produit par suite de la propulsion de l'omoplate en avant, son écartement de la ligne médiane postérieure du tronc, dans le cas présent, j'ai cru devoir opposer, au contraire, l'expliquer par le retrait de la cage thoracique, et cela avant que l'examen du malade sans vêtements et les mensurations soient venues lui donner raison.

A l'état normal, l'arc osseux formé par la clavicule et l'omoplate, repose sur le thorax et prend sur cette charpente son poin d'appui.

Si, par suite d'un retrait, ce point d'appui vient à lui faire défaut, les muscles si puissants qui s'insèrent au scapulum en arrière, se contractent, tendent à appliquer cet os contre son soutien naturel. Le mouvement porte la tête de la clavicule en avant, et graduellement produit une semi-luxation qui bientôt devient complète.

(1) *Œuvres chirurgicales*, traduction Chassaignac et Richelot, 1837, pp. 70 et 75, observation LXLVIIe.

La contraction musculaire a-t-elle été suffisante pour produire à elle seule le déplacemeut?

Je serais porté à le penser, car il ne faut pas une très-grande force pour amener les luxations sterno-claviculaires chez les jeunes sujets; puisque Boyer a vu la clavicule luxée chez une jeune personne dont on avait porté brusquement les épaules en arrière pour l'engager à se présenter avec plus de grâce, et chez une jeune fille, observée par M. Mélier, il aurait suffi d'une traction exercée sur le bras (1).

Ce qui prouverait la part réelle du thorax, c'est que la réduction se fait par la seule élévation du bras, et cela parce que c'est dans ce mouvement que l'épaule s'écarte davantage de l'axe du tronc, et que dans cette unique position la clavicule a assez d'espace pour reprendre ses rapports primitifs.

L'attitude que le malade prenait dans son lit a pu aussi coucourir à pousser la tête de la clavicule hors de sa cavité de réception; cela est d'autant plus acceptable que l'enfant s'appuyait, sans aucun doute, plus souvent sur le coude de ce côté, réservant sa main droite pour l'usage et le langae mimique.

Quoi qu'il en soit du rôle relatif de la contraction musculaire, ou de l'attitude, cette luxation graduelle et l'étude de son mécanisme viennent corroborer l'opinion de Morel-Lavallée. Ce regretté chirurgien, dans un essai sur les luxations de la clavicule, publié dans les *Annales de la chirurgie* (Paris, 1843, t. IX, p. 145, 258 et suiv.), a proposé, en opposition avec Boyer, une explication théorique du mécanisme des luxations de l'extrémité sternale en avant.

Suivant Boyer, en effet, la rencontre de la clavicule avec la première côte pendant l'action vulnérante, favoriserait singulièrement la production du déplacement en plaçant, au milieu de la clavicule, un point d'appui qui la transforme en un levier du premier genre.

Morel-Lavallée combat ce point de doctrine, et doute que ce jeu de levier produise cet effet; son rôle ne pourrait être que le suivant. Tout à l'heure la clavicule tournait sur sa tête, la résistance costale transporterait le centre du mouvement à son milieu, il s'ensuivrait que l'extrémité interne serait obligée de faire autant de chemin en avant que l'externe en arrière, sans que pour cela la luxation soit facilitée, puisque le point d'appui est au milieu, les deux bras du levier sont égaux, et la puissance ne saurait être augmentée.

Le mécanisme suivant est proposé par Morel-Lavallée : pour lui, la clavicule est toujours un levier du premier genre, mais le point d'appui se trouve être la partie postérieure de la facette du sternum; la résistance réside aux ligaments antérieurs, et la puissance, dont le bras aurait la longueur de l'os, serait à l'extrémité scapulaire. La tête claviculaire, en s'inclinant, déchire ou allonge le ligament antérieur, puis, obéissant à la violence extérieure et à l'action énergique des muscles qui du tronc convergent à l'épaule, elle s'échappe en avant.

Ainsi, loin de favoriser la luxation, comme le croyait Boyer, la rencontre de la première côte serait plutôt un obstacle à sa production, puisque, en déplaçant le point d'appui, elle raccourcit énormément le bras de la puissance, et le levier ne représenterait plus que le diamètre d'une poulie de renvoi.

Dans l'observation que j'ai l'honneur de vous communiquer, ce n'est plus par une vue théorique que la preuve de ce fait est donnée.

Le retrait du thorax et, conséquemment, l'éloignement de la première côte de la clavicule viennent établir nettement que la clavicule, pour se luxer à son extrémité sternale, n'a pas besoin de la rencontre de la première côte.

Il s'ensuit que le mécanisme proposé par Morel-Lavallée, trouve ici pratiquement sa véritable démonstration.

COLORATION BLEUE DES LINGES A PANSEMENT

par M. Maurice LONGUET, interne des hôpitaux

Conclusions. — Il faut distinguer trois sortes de coloration bleue des linges à pansement :

Coloration due : 1° à des modifications de certaines humeurs ou vraie suppuration bleue; — 2° à des champignons, fausse suppuration bleue; — 3° à une matière encore inconnue, fausse suppuration bleue. C'est elle que je propose de désigner sous le nom de cyanochrose.

Elle est caractérisée par les particularités suivantes : elle apparaît *brusquement* et disparaît brusquement; apparaît sur des points de la peau où il y a une plaie ou sur des points tout à fait sains; dure un temps très-variable; n'exerce aucune modification dans l'état local des plaies et dans l'état général des malades; ressemble beaucoup par sa marche à l'érysipèle; se présente sous forme d'épidémie; naît de préférence quand l'atmosphère humide et chaude contient de l'ozone et par le temps d'orage; sa présence est d'un pronostic très-favorable; sa nature est encore inconnue.

(*Arch. gén. de méd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 juin 1874. — Présidence de M. DEVERGIE.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend : 1° une lettre de M. Léon Le Fort, qui se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie chirurgicale; — 2° un mémoire de M. le docteur Burq *Sur l'immunité cholérique des ouvriers en cuivre.*

M. LARREY dépose sur le bureau de l'Académie les bulletins de la Société anatomiqde de Paris, années 1872 et 1873.

M. HENRI ROGER présente deux brochures de M. le docteur Ernest Besnier, intitulées, l'une *Contribution à l'étude des épidémies cholériques*, l'autre *Comptes rendus de la commission des maladies régnantes*, 7e fascicule, année 1873.

M. CHAUFFARD présente, de la part de M. le docteur Decaisne, un travail manuscrit intitulé : *La théorie tellurique de la dissémination du choléra et son application aux villes de Lyon, Versailles et Paris en particulier.*

M. MOUTARD-MARTIN présente, au nom du traducteur, M. le docteur Henri Picard, un livre de M. Walter Coulson, intitulé *la Pierre dans la vessie.*

M. BÉHIER offre en hommage une brochure de M. le docteur Moura, sur les *laryngopathies* (classification, statistique).

M. GUBLER présente de la part de l'auteur, M. le docteur Zuckowski, un mémoire sur la station sulfurée thermale de Schinznach-les-Bains (Suisse).

LECTURE

M. ROUCHER, pharmacien principal de l'armée, lit un travail sur la transformation de la digitaline cristallisée en digitaline globulaire.

« Le résultat, dit-il, est constant et la transformation complète quand on fait agir sur la digitaline cristallisée l'alcool à 50 degrés, à une température de 60 à 70 degrés centigrades.

« Alors en un très-court espace de temps, les cristaux disparaissent et font place à un nombre considérable de globules isolés les uns des autres, tantôt unis et lisses, tantôt offrant un aspect chatoyant qui trahit leur texture radiée, tantôt présentant une structure manifestement rayonnée ou encore entourés à leur circonférence de prolongements aiguillés qui les font ressembler au fruit du marronnier. Dans leur forme cristalline la plus parfaite, ces globules sont remplacés par des groupes aiguillés ou étoilés parfaitement reconnaissables. »

Ce qui précède démontre que la digitaline globulaire cristallisée est bien réellement un produit défini et que sa forme n'est pas due, comme on l'a pensé et même affirmé jusqu'ici, à la présence d'impuretés s'opposant à la cristallisation (comm. MM. Gobley, Boudet et Lefort).

RAPPORTS

M. LEFORT au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées.

---

(1) *Œuvres chirurgicales* de A. Cooper. — Note du traducteur, p. 78.

COMMUNICATION

M. VULPIAN. A défaut de communications plus intéressantes, je vais dire quelques mots à l'Académie d'un accident que j'ai vu survenir au moins dans deux cas, peut-être dans trois, alors que, répétant sur des animaux les expériences de M. Oré, je leur injectais du chloral dans les veines. Deux de ces animaux, deux chiens, ont présenté presque tout de suite une hématurie abondante, et lorsque je les ai ouverts après les avoir sacrifiés, j'ai constaté que cette hématurie ne provenait ni de l'urèthre, ni de la vessie, ni des uretères. Les lésions siégeaient dans les reins. Elles consistaient en congestions diffuses et ecchymoses de la substance rénale. On voyait que cette substance avait été très-vivement irritée. S'il s'était agi d'hommes et non de chiens, cette irritation, ces ecchymoses, ces hématuries n'auraient pas été probablement sans inconvénient. On aurait pu craindre qu'elles ne devinssent le point de départ d'une maladie de Bright. Ceci pourrait faire hésiter à entrer dans la voie ouverte par M. Oré.

M. BLOT. Il n'y a pas à hésiter. Il n'y faut pas entrer. L'opinion que j'émets ici n'est pas seulement la mienne, mais celle de tous mes collègues de la Société de chirurgie. Une injection intraveineuse est toujours beaucoup trop chanceuse pour qu'on la fasse sans y être forcé et dans le but unique d'amener l'anesthésie.

M. BOUILLAUD. C'est moi qui ai présenté le travail de M. Oré, et je tiens à dire, pour dégager ma responsabilité de rapporteur, que je sais très-bien à quel point ce praticien mérite la confiance. Expérimentateur extrêmement habile et non moins consciencieux, il eût certainement noté l'hématurie résultant du chloral, si elle se fût présentée sous ses yeux. Il n'était pas homme à cacher un accident qui se serait produit chez un de ses malades.

M. VULPIAN. Je suis persuadé que cet accident ne se sera produit chez aucun des deux malades opérés par M. Oré, car moi-même je ne l'ai rencontré que deux fois dans une soixantaine d'expériences sur les animaux.

M. BOUDET. A propos de chloral, il y a eu une réclame qui a couru la plupart des journaux et qui pourrait faire croire que l'emploi de ce remède est sans danger : il s'en faut de beaucoup. Des accidents en assez grand nombre ont été déjà signalés.

M. COLIN. Il peut y avoir de grands dangers à administrer le chloral, surtout en injections intra-veineuses. J'ai déjà constaté le peu de sécurité que donne cette manière d'administrer les remèdes, à propos de purgatifs, sulfate de magnésie et sulfate de soude. La même dose qui, chez la plupart des animaux, était complétement inoffensive, produisait chez d'autres une syncope qui les tuait en quelques minutes.

Pour le chloral, beaucoup mieux vaut l'injecter simplement dans le tissu cellulaire. Il n'y produit aucun phénomène local et y est absorbé très-vite.

M. VULPIAN. Contrairement à M. Colin, je dirai que j'ai vu les injections de chloral dans le tissu cellulaire avoir pour résultat des accidents très-graves ; en solution au cinquième, le chloral a produit sous nos yeux des phlegmons, des gangrènes, des ruptures d'artères, etc.

M. CHAUFFARD. Il faut avoir assez de respect de la vie humaine pour ne jamais expérimenter de manière à la mettre en danger, quand on n'est pas déjà dans ces dangers suprêmes qui permettent toute expérience. Les injections intra-veineuses du chloral doivent être blamées par l'Académie, comme elles l'ont été déjà par la Société de chirurgie.

M. BOUILLAUD. Je tiens à répéter encore que je connais M. Oré, que je me suis rendu un compte exact de ses expériences, et ai trouvé qu'il avait procédé sagement, prudemment, de manière à ne pas mériter le moindre blâme. Il a d'abord expérimenté sur des animaux, et n'a commencé à essayer sur l'homme lui-même qu'après s'être convaincu de l'innocuité du procédé qu'il employait.

M. GIRALDÈS. Je viens confirmer ce qu'a dit M. Vulpian sur les injections de chloral dans le tissu cellulaire. Au début, ce mode d'introduction de la substance anesthésique avait été préconisé surtout, et je fus un des premiers à l'essayer en France. Eh bien, je dus vite y renoncer, car, sur les enfants de mon service, il produisait presque toujours des phlegmons ou même des gangrènes. J'eus donc soin d'employer dès lors le chloral soit en potion, soit en lavement.

M. COLIN. Le chloral en solution forte peut produire de tels accidents, mais, en solution faible, il se supporte bien et s'absorbe très-vite.

Aucun de ceux qui s'étaient fait inscrire n'étant présent, l'Académie se forme en comité secret à quatre heures moins le quart.

VARIÉTÉS

Les Facultés de médecine en France (1).

Mais laissant ceci pour le moment de côté, et considérant le nombre des étudiants qui, dans les diverses écoles, profitent de la faculté qui leur est laissée, nous voyons qu'il était en 1855 d'environ (2) 425; en 176, de 438. En tête des écoles se plaçaient, en 1855 : Toulouse, avec 50 élèves ; Lyon, avec 47 ; Nantes, avec 38; Bordeaux, Caen, Rennes et Tours, avec 25 ; le minimum était présenté par Amiens et Lille, 7 élèves ; Arras, 3; Limoges, 2. En 1865, la situation avait un peu changé: en première ligne venait Lyon, avec 80 élèves ; puis Bordeaux, avec 52 ; Toulouse, avec 50 ; Marseille, avec 35 ; Lille n'en a encore que 9, Amiens n'en a plus que 2.

Le premier enseignement à tirer de ces chiffres, c'est qu'une grande partie, en proportion croissante, des étudiants qui profitent de la faculté accordée par la loi, suivent les cours des écoles installées dans les six grandes villes. En 1855, sur 425 étudiants, les écoles de Bordeaux, Lyon, Marseille, Nantes, Toulouse, en comptaient 184 ; en 1865, sur 449, ces mêmes écoles en possédaient 237 ; en 1872, sur 1,020 elles en avaient 637.

Lille seule présente une très-intéressante exception; son école n'a jamais eu que très-peu d'étudiants se destinant au doctorat ; 7 en 1855 ; 9, en 1865 ; en revanche, elle est remplie de futurs officiers de santé (56 en 1855 ; en 1863, 42); les autres écoles du Nord fournissent de semblables résultats. Faut-il les rapporter à ce fait que les relations si faciles avec Paris, déterminent dès leur première année les jeunes étudiants en doctorat à venir directement s'inscrire à la faculté parisienne ? C'est là une question à laquelle nous répondrons aisément tout à l'heure.

Une seule autre grande école reçoit un nombre d'inscription d'officiers de santé à peu près égal et quelquefois même supérieur à celui des inscriptions de doctorat, c'est celle de Marseille, qui avait en 1855, 24 futurs docteurs contre 37 futurs officiers de santé ; en 1865, 35 contre 25.

C'est ce qui explique l'énorme quantité d'officiers de santé que possède le département des Bouches-du-Rhône (196 en 1865, soit 1 pour 2,587 habitants); il est le quatrième de France sous ce rapport. L'école chez laquelle les docteurs sont le plus nombreux par rapport aux officiers de santé est l'école de Lyon où il y a toujours eu, depuis vingt ans à peu près, dix fois plus des premiers que des seconds.

Ces faits seront étudiés avec détails, quand il s'agira d'examiner les avantages que peuvent présenter les diverses villes au point de vue de l'établissement des facultés. (Chapitre 4.)

Si maintenant, abandonnant les écoles secondaires, nous envisageons les trois facultés de médecine existantes, nous voyons qu'elles se partagent bien inégalement les étudiants en

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 19, 21, 26, 28, 30 mai et 2 juin 1874.

(2) Nous ne pouvons donner à ces chiffres la précision habituelle, pour cette raison que les statistiques fournissent seulement le nombre des inscriptions de l'année ; comme chaque étudiant en prend quatre, nous divisons le chiffre des inscriptions par quatre. Mais nous n'ignorons pas qu'il y a là des causes d'erreur qui, dans le cas actuel, nous importent peu, du reste. En 1855, il y a eu 1,700 inscriptions ; en 1866, 1,745.

doctorat. En 1865, le nombre des élèves inscrits ou en cours d'examen de fin d'études à la faculté de Paris (défalcation faite de ceux dont les études étaient interrompues depuis deux jusqu'à dix ans), était de 2,928, auxquels il convient d'ajouter de 80 à 100 étrangers. La faculté de Montpellier, sans aucune défalcation, en possédait 295 ; celle de Strasbourg, 443, dont les trois quarts appartenaient à l'école de santé militaire.

Mais le nombre des diplômes de docteur conférés par ces établissements est beaucoup moins différent, comme le montre le tableau A. Les chiffres qui y sont inscrits nous font voir, relativement à Montpellier et à Paris, que, tandis que le nombre des élèves est, de l'une à l'autre de ces facultés, environ comme 1 est à 10, le nombre des diplômes de docteur est seulement trois ou quatre fois plus fort à Paris qu'à Montpellier.

Si l'on examine avec soin les premières colonnes du tableau D, où est indiqué pour 1865 le nombre des étudiants en médecine par départements, en les rapportant aux facultés dont ils suivent les cours, et ne considérant que Paris et Montpellier, on est immédiatement frappé de ce fait important : c'est que, si l'on excepte trois départements, la majorité des étudiants en médecine, même dans les contrées du Midi les plus voisines de Montpellier et les plus éloignées de Paris, se dirigent sur cette dernière ville pour y faire leurs études.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Prix à décerner en 1875. — La Société protectrice de l'enfance de Lyon met au concours la question suivante :

Des crèches.

« Étudier les différents systèmes de crèches employés en France et à l'étranger.

« Faire ressortir les avantages et les inconvénients de ces différents systèmes et faire connaître les conditions que doit remplir une *crèche modèle*.

« Des crèches à domicile et des moyens les plus propres à les multiplier.

« Étudier notamment au point de vue hygiénique et social l'établissement de crèches au voisinage des grands établissements industriels et de l'État. »

Un prix de la valeur de *cinq cents francs* sera décerné en séance publique, dans les premiers mois de 1875, au meilleur mémoire sur ce sujet.

Les mémoires devront être adressés *franco*, avant le 1er décembre prochain, à M. le docteur Fonteret, secrétaire général de la société, place des Célestins, 7. Ils porteront en tête une épigraphe qui sera répétée sous un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

— On lit dans le *Mémorial diplomatique :*

« Le jour du Courban-Bairam, M. le docteur Buez, consul de France à Djeddah, qui revenait du vapeur français *Séphora*, passant par la douane, afin d'y faire retirer quatre caisses de provisions pour lui, fut grossièrement insulté par un des bas fonctionnaires qui, prétextant n'avoir pas reçu l'ordre de laisser sortir librement ces quatre colis, fit fermer la porte au nez du consul, tout en le poussant de la main, comme celui-ci sortait pour aller porter plainte de ce refus à qui de droit.

« De sorte qu'ils se trouvaient, lui et ses caisses, enfermés dans la douane. Cet employé subalterne de l'administration des douanes de Djeddah avait cependant reçu l'ordre, en due et bonne forme, de laisser sortir librement de la douane les quatre caisses de provisions susmentionnées.

« Le chef de la police, Selim-Agha, homme énergique, fit immédiatement incarcérer le coupable, vu l'insulte qui avait été faite au représentant de la France, et cela, pour prévenir toute suite fâcheuse. Mais le gouverneur général, sans faire une enquête sérieuse et sans aviser le consul de France, donna l'ordre de mettre en liberté cet homme.

« Cet ordre fut exactement exécuté, et, malgré ses protestations contre une pareille conduite, le consul de France ne put obtenir d'autre réparation. »

D'autre part, le journal *le Gaulois* ajoute :

« Informé de ces faits, M. le duc Decazes a immédiatement télégraphié à M. le comte de Vogué, notre ambassadeur à Constantinople, pour l'inviter à réclamer énergiquement la satisfaction qui nous est due. »

— M. le docteur Martin-Damourette commencera son cours de thérapeutique le samedi 6 juin, à une heure, et il le continuera pendant les mois de juin et de juillet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Note sur la paralysie vaso-motrice généralisée des membres supérieurs, par le docteur SIGERSON. — In-8°. — 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'inanition minérale dans les maladies, par le docteur DUSART. — Rachitisme, phthisie, dyspepsie. — 1 vol. in-12. — 3 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 65. — SAMEDI 6 JUIN 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 6 JUIN 1874. — N° 65.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Ataxies locomotrices progressives réelles et simulées.

Le clinicien et l'anatomo-pathologiste se coudoient sans cesse ; l'un n'est jamais complet sans l'autre, et pour bien dire, quand ils sont parfaits, ils ne font qu'un.

Mais combien souvent n'arrive-t-il pas que l'anatomo-pathologie veut s'isoler, comme une science spéciale et supérieure ?

Chez nos voisins les Allemands, par exemple, dans un grand nombre d'universités, le médecin d'hôpital ne fait jamais lui-même, ne dirige jamais une seule autopsie. Il peut, il est vrai, être témoin de l'ouverture des malades qu'il a vus mourir dans son service. Par faveur, il peut assister à la leçon anatomo-pathologique que son confrère improvise à cette occasion, à ses réflexions sur la nature de la maladie, sur le diagnostic qu'il aurait fallu en porter, sur l'inutilité du traitement suivi, etc. S'il a le zèle ou la curiosité de passer ainsi sur bien des scrupules, il redevient auditeur, presque élève. Il ne cherche pas; il subit. Tout est décrit d'un point de vue étranger au sien, sinon opposé. On n'a que faire de connaître l'histoire de ses hésitations, pas plus que des motifs qui l'ont déterminé et peut-être des doutes qui pouvaient lui rester. Dans cette division du travail, il faut éviter tout conflit. Celui qui est chargé de l'autopsie doit donc tout ignorer, hors ce mort inconnu dans lequel il s'agit de lire à livre ouvert. Le médecin traitant n'a rien à lui apprendre et, par suite, n'en apprend rien. Ce qui pourrait être contre-épreuve devient base de théorie. Chacun garde ses hypothèses, et le fait est perdu pour tous.

Ce n'est certes pas en cela que les Français devraient songer à imiter les Allemands. Les Français aimaient jusqu'ici, par nature, les idées claires, les méthodes simples et directes. C'est chez nous qu'a été fondée et a grandi la vraie clinique, celle que le praticien commence au lit du malade, qu'il développe et généralise à l'amphithéâtre professoral, qu'il complète et qu'il rectifie, s'il y a lieu, le scalpel en main. Observer pendant, observer après, observer toujours, telle est sa devise. Et, grâce à Dieu, cette devise est encore celle des hommes qui donnent parmi nous le plus de relief aux études d'anatomo-pathologie.

Parmi ceux-là, il convient de citer en première ligne M. le professeur Charcot.

Il est de ceux qui s'attachent à décrire toutes les lésions cadavériques, microscopiques comme macroscopiques; mais son point de départ est toujours cet appareil symptomatique qui caractérise la maladie avant que le sujet soit mort.

L'épilepsie était bien connue, était admirablement décrite, avant qu'on cherchât à y rattacher des altérations des centres nerveux.

Il en est de même de l'hystérie.

De même encore de l'ataxie locomotrice, dont M. Duchenne, de Boulogne, avait parfaitement exquissé les traits, avant que M. Charcot n'eût montré la lésion qui la représente au point de vue anatomo-pathologique.

Et encore aujourd'hui, ce qui paraît le mieux délimité, déterminé, c'est la description faite d'abord sur le vivant.

Quand on prend le terme *ataxie locomotrice* dans le sens précis que M. Duchenne, de Boulogne, lui avait attribué, il est facile de s'entendre au lit des malades. Il l'est beaucoup moins quand on cherche derrière ces mots *une sclérose médullaire,* invisible avant l'autopsie.

L'ataxie a, dans son aspect, dans ses allures, dans sa marche, quelque chose de particulier; tandis qu'il est bien des affections qui répondent à une sclérose.

M. Charcot, dans ses leçons sur les *Anomalies de l'ataxie locomotrice,* a insisté sur ce point important, que tant d'autres oublient, en ces termes formels :« Il importe de le remarquer dès l'origine, s'il est vrai que l'ataxie progressive se rattache, ainsi qu'on l'a dit, à la sclérose postérieure comme « l'ombre « se rattache au corps », il ne faudrait pas croire, toutefois, qu'en appelant *sclérose des cordons postérieurs, l'ataxie locomotrice,* vous vous trouvez en possession d'une définition adéquate.

« Il n'en est certainement pas ainsi, et j'espère qu'il me sera facile d'établir sur des faits les propositions suivantes, que je me borne pour le moment à énoncer succinctement :

« 1° Les cordons postérieurs sont quelquefois atteints de sclérose dans une grande partie de leur étendue, sans que les symptômes de l'ataxie en soient la conséquence ;

« 2° Certaines lésions de la moelle, primitivement développées en dehors des cordons postérieurs, peuvent à un moment les envahir dans une hauteur variable et produire accidentellement quelques-uns des symptômes de l'ataxie, que j'appellerais volontiers *symptômes tabétiques;* mais ce *n'est pas là l'ataxie locomotrice proprement dite;*

3° En effet, celle-ci *évolue avec un appareil de symptômes se succédant dans un ordre déterminé,* toujours le même ou peu s'en faut : *c'est une maladie à part, autonome.* »

On ne saurait être plus explicite sur l'existence séparée, au point de vue nosologique, de l'ataxie locomotrice progressive, caractérisée par des symptômes déterminés évoluant dans un ordre spécial. Et cependant l'ouvrage que nous citons a très-largement contribué à faire assez généralement perdre de vue, en la rejetant d'abord au second plan, l'observation de cet appareil symptomatique.

En effet, tout en admettant cette personnalité morbide, pour ainsi dire, M. Charcot se hâte de l'expliquer par une simple localisation de la sclérose.

« La lésion, dit-il, à laquelle sont liés les symptômes, occupe, en réalité, les cordons postérieurs, mais elle occupe systématiquement, dans ces cordons, une partie circonscrite, fixe, toujours la même; c'est ce que nous allons tout d'abord chercher à mettre en évidence. »

Puis le savant professeur s'attache à démontrer que tous les symptômes de l'ataxie sont exclusivement causés par la sclérose *des bandelettes latérales des faisceaux postérieurs*, sclérose qui, souvent, coïncide avec celle des cordons médians ou cordons de Goll; mais sans que celle-ci soit pour rien dans les signes pathognomoniques. Ainsi tous ces signes pathognomoniques ne répondent plus à un ensemble, mais à une localisation d'une lésion, qui peut s'étendre, et s'étend en effet souvent beaucoup plus loin. La maladie, en elle-même, n'a plus une grande importance aux yeux de ceux qu'a éblouis l'anatomie pathologique. Ils n'y voient plus qu'une sclérose médullaire; et la sclérose existe aussi, tant dans certaines hystéries que dans beaucoup d'autres affections. La confusion, bien entendu, ne commence pas pour le maître, qui est avant tout et surtout un clinicien très-distingué; mais elle existe bientôt complète pour les zélateurs exclusifs du microscope.

Ils trouvent une même lésion en dehors du point où elle cause tous les symptômes : que leur importe ces symptômes? Comment savoir, avant l'autopsie, jusqu'où s'étend cette lésion? On renonce à la certitude, on ne se sent plus de critérium pendant la vie : et les simulateurs se trouvent avoir beau jeu.

Les hôpitaux, en ce moment, regorgent de faux ataxiques.

C'est ainsi qu'un homme de cinquante-cinq ans, tailleur de profession, bâti comme un hercule, a pu se faire traiter durant plusieurs mois, comme ataxique, dans un des grands hôpitaux de Paris, avant d'entrer dans le service de M. Damaschino, hôpital temporaire de la rue de Sèvres, salle Sainte-Anne, nº 13.

Rien n'eût été plus anormal que les symptômes et la marche de cet ataxie prétendue. Les mains, tantôt ne pouvaient pas s'ouvrir, tantôt ne pouvaient pas se fermer avec force : et cependant le malade s'en servait pour manger. Les jambes ne pouvaient opposer aucune résistance à la main, qui les étendait ou les fléchissait : et cependant le malade marchait. Ainsi les signes observés, contraires à ceux de l'ataxie classique, se contredisaient par eux-mêmes. En outre, les douleurs étaient plus continues, plus fixes qu'elles n'auraient dû l'être. Le pauvre homme ne savait pas comment il aurait dû s'y prendre pour bien se conformer au type qu'on allait étudier en lui.

M. Damaschino rendit la fraude évidente en feignant de s'y laisser prendre lui-même. Sous le nom de sulfure de cadnium, il prescrivit solennellement un peu de sel de cuisine, en annonçant gravement que ce remède énergique devait tout d'abord faire disparaître tel et tel symptôme. L'effet annoncé fut produit. L'expérience fut renouvelée et variée de plusieurs manières, toujours avec un plein succès.

Seulement cet homme se plaignait d'un dérangement d'estomac, causé par ces violents remèdes : et il réclama des toniques, en se louant du reste très-fort de l'habileté remarquable du médecin *qui le guérissait*.

M. Damaschino eut souvent l'occasion de recourir à la même méthode chez d'autres entrants, car en ce moment, par paresse ou faute d'ouvrage, un assez grand nombre de simulateurs assiégent les salles d'hôpital.

— A côté des simulateurs proprement dits se rangent ceux qui, réellement malades, ont tendance à exagérer ce qu'ils éprouvent. Tel est le cas le plus habituel en ce qui touche les hystériques. Aussi faut-il souvent une grande attention pour ne pas soupçonner chez elles la *sclérose* de l'ataxie.

Par exemple une autre malade du même hôpital temporaire, salle Saint-Joseph, numéro 10, avant d'entrer dans le service de M. Martineau, avait été soignée dans un autre service, à l'Hôtel-Dieu, pour une *ataxie locomotrice progressive*. Jamais, il est vrai, elle n'avait eu de douleurs lancinantes, térébrantes, en ceinture; mais seulement des engourdissements momentanés, de la faiblesse, des tremblements, des crampes, des contractions involontaires dans les jambes, des soubresauts, de la difficulté à se tenir debout dans l'immobilité, une propension à marcher de plus en plus vite.

Les bras avaient été affectés les premiers : l'évolution symptomatique n'était donc en aucune manière celle de l'ataxie locomotrice. Mais l'obscurité paraissait causer à cette femme un grand effroi quand elle était debout (sans occasionner cependant, comme chez les vrais ataxiques, une série de contractions désordonnées de plus en plus violentes, dans les muscles qui supportaient le poids du corps). Ayant peur de tomber, elle refusait de marcher les yeux fermés. En outre, elle accusait un certain degré d'anesthésie du sens musculaire, disait ne pas sentir le sol ni les objets qu'elle tenait à la main, paraissait hésiter pour porter cette main vers la bouche, ou vers quelque point qu'on lui désignait. Enfin elle avait eu parfois des vomissements, que l'on pouvait confondre avec les crises gastriques de l'ataxie; elle avait éprouvé des troubles de la vue, au début de son affection, il y a environ cinq ans. (Cette femme est âgée aujourd'hui de trente-trois ans.)

Dans le service de M. Martineau, on reconnut d'abord qu'elle était hystérique : depuis l'âge de seize ans, elle avait toujours eu des crises convulsives, assez fréquentes, deux ou trois par semaine.

A l'examen opthalmoscopique, M. Galezowski constata l'absence de cette *atrophie blanche de la papille du nerf optique*, qui caractérise les troubles visuels de l'ataxie locomotrice.

Dès lors, le doute n'était plus possible, et en effet l'analyse des symptômes écarta définitivement le diagnostic porté antérieurement ailleurs.

Du reste, déjà M. Lassègue, dans un court séjour que cette malade fit dans son service, avait rattaché à l'hystérie le désordre des mouvements.

— Sans sortir du même hôpital, il est facile de trouver un type classique d'*ataxie locomotrice progressive*.

Par exemple, dans le service de M. Ferrand, salle Sainte-Hélène, nº 7, se trouve un homme dont nous devons dire quelques mots, car il paraît s'être bien trouvé de la médication par le nitrate d'argent et les bains sulfureux.

Cet homme, âgé de cinquante-deux ans, sellier, entré le 13 mars, est malade depuis une douzaine d'années. Il a commencé par éprouver des douleurs subites, fulgurantes, aux jambes et aux mains; cela ne l'empêchait nullement de travailler; mais la marche devint de plus en plus hésitante; et depuis deux ans environ elle n'était plus possible qu'à l'aide

d'une canne. En même temps le malade s'aperçut qu'il devait regarder ses pieds pour être capable de se tenir en équilibre. Sitôt qu'il les perdait de vue, il ne pouvait plus les diriger, ni s'opposer aux contractions involontaires qui les jetaient à droite ou à gauche. S'il fermait les yeux, il tombait. Le sens musculaire était donc complétement aboli chez lui, à tel point qu'il ne savait pas où étaient ses membres sans les regarder. Cependant les douleurs subites devenaient plus supportables en même temps que s'accentuaient la douleur continue de la région lombaire, la faiblesse ou plutôt le désordre des muscles. En effet, l'affaiblissement même des membres inférieurs est plutôt apparent que réel : si l'on veut, soit les ployer de force, soit les mettre de force dans l'extension, on éprouve une résistance considérable. Il n'y a jamais eu aucun trouble du côté des voies digestives, malgré des habitudes très-caractérisées et invétérées d'alcoolisme. L'anaphrodisie est complète depuis dix-huit mois. La vue baisse rapidement : depuis le mois de juillet dernier, le malade ne peut plus lire qu'avec des lunettes, et encore se fatigue-t-il vite. L'examen ophthalmoscopique a révélé l'atrophie blanche de la papille.

Sous l'influence des bains sulfureux et des pilules de nitrate d'argent portées jusqu'à la dose de cinq (chacune de 1 centigramme) dans la journée, le mal de reins, le désordre des mouvements, les contractures et crampes involontaires ont notablement diminué. Le malade se sent plus fort, il se rend compte maintenant de la position de ses membres, bien qu'il ne puisse pas marcher hardiment les yeux fermés.

En un mot, l'amélioration est très-notable, et il faut porter ce fait à l'actif d'un traitement qui a réussi dans quelques cas malheureusement trop rares.

Du chloral en usage externe.

Ne quittons point encore cet hôpital, où il y a beaucoup à apprendre.

Depuis quelque temps, M. Martineau étudie les effets du chloral appliqué sur des plaies de diverses natures ; et il en obtient des résultats encourageants : dans les cas suivants, par exemple :

Chez une femme de soixante ans, couchée salle Saint-Joseph, n° 5, et depuis cinq mois atteinte de cancer utéro-vaginal, les hémorrhagies étaient presque continuelles, les douleurs intenses, l'odeur de l'écoulement extrêmement fétide.

Contre l'odeur, M. Martineau avait l'intention d'employer l'essence d'eucalyptus, comme on le fait habituellement à la maison municipale de santé. Mais ce moyen ne calme ni les pertes ni les douleurs. Il fallait donc essayer autre chose pour rendre supportables les derniers jours de vie de cette femme.

M. Martineau songea au chloral, en solution assez concentrée, 4 grammes de chloral pour 100 grammes d'eau. Il fit introduire, matin et soir, dans le vagin, trois tampons de ouate superposés, imbibés de cette solution et arrosés d'essence d'eucalyptus. En outre, il fit faire à plusieurs reprises, dans la journée et dans la nuit, des injections de ce même mélange derrière les tampons de ouate, afin de les imbiber de nouveau, autant que possible.

Le résultat fut vraiment très-bon. Depuis près d'un mois que ce moyen est mis en usage, les douleurs ont notablement diminué, les pertes sanguines ont disparu, enfin l'ichor a moins d'odeur.

— Dans la même salle, au n° 19, est couchée une autre malade, âgée de cinquante-six ans, qui, alors qu'elle se trouvait au Vésinet, en convalescence d'une fracture de l'olécrane, avait été prise d'un rhumatime aigu, pour lequel elle était rentrée à l'hôpital. Peu de jours après, on constata une eschare énorme et très-profonde de la région sacrée : la plaie gangréneuse avait mis à nu des parties tendineuses, qui s'exfolièrent ; elle présentait un très-mauvais aspect et ne montrait aucune tendance à se cicatriser.

M. Martineau employa une solution de chloral d'abord au cinquantième, puis au centième. Au moment où on l'appliquait, cette solution produisait une cuisson légère ou plutôt une démangeaison. Mais à partir de ce moment la cicatrisation fit des progrès rapides.

Il se pourrait donc que le chloral aidât le travail de réparation quand il est possible.

— Il ne l'était évidemment pas chez un troisième malade, dont M. Martineau a raconté l'observation à la Société médicale des hôpitaux. Il s'agissait d'un phthisique atteint d'un ulcère tuberculeux de la fesse. Ici l'ulcération ne pouvait qu'envahir, par le ramollissement d'une couche étendue de granulations tuberculeuses. Aussi ne songeait-on qu'à apaiser, du moins les douleurs, ce que fit très-bien une solution de chloral au centième, puis au cinquantième.

Ces faits sont bons à mettre à l'actif du chloral, comme il faut mettre à son passif les accidents qu'il a déjà causés en qualité d'anesthésique. Les médecins ne doivent pas oublier que c'est un agent thérapeutique puissant, mais dangereux, dont il ne faut pas abandonner le mode d'emploi et les doses à la fantaisie du malade, aux mains des bonnes femmes ou de ces pharmaciens qui leur font concurence.

On a eu raison de le dire à l'Académie de médecine, ce n'est point un simple calmant dont on puisse abuser avec impunité. C'est une substance qui peut tuer, ou du moins avoir des conséquences déplorables, quand on l'emploie mal à propos, à des doses trop massives. J'ai vu quelques exemples des résultats funestes de l'engouement actuel, et de l'imprudence avec laquelle on y recourt sans médecin.

Dr Victor Revillout.

EMPOISONNEMENT PAR LA BELLADONE

CONJURÉ PAR LE SULFATE DE MORPHINE EN INJECTION SOUS-CUTANÉE

par le docteur Lantier

Le 18 octobre 1866, je fus appelé en toute hâte, rue du Château, à Courbevoie, auprès de Mme H..., que l'on me disait folle.

Depuis quelques jours, sa manière d'être n'était plus la même pour son entourage, et sa famille voyait avec peine sa raison s'altérer.

Mme H..., femme d'une cinquantaine d'années, bien constituée, mère de plusieurs enfants, n'avait jusque-là jamais eu de maladie sérieuse. Depuis cinq à six jours elle avait des étourdissements, des divagations et des absences ; et l'on ne savait à quoi attribuer ce changement survenu dans ses idées et son caractère. L'appétit avait aussi presque disparu, et il y avait eu des nausées.

Je trouve Mme H... en plein délire. Elle parcourt avec agitation son appartement, tantôt souffrant, tantôt poussant des cris de frayeur. « Elle voit, dit-elle, des voleurs et des bêtes qui viennent pour la dévorer. » Alors son agitation est extrême, au point qu'on a peine à la maintenir. Je suis frappé de la fixité du regard et de la dilatation énorme des pupilles.

Cependant Mme H... n'a pas été autrement malade et n'a fait aucun traitement. Comment expliquer ces hallucinations et cette dilatation des pupilles ?

Après bien des questions aux personnes de la famille, Mlle H... découvre un paquet qui avait été délivré par un pharmacien. C'étaient des suppositoires.

Plus de doute : là devait être la cause du mal ; il y avait là de la belladone, et nous assistions à la période d'excitation de l'empoisonnement par cette substance.

L'usage, pendant plusieurs jours qui avait été fait des suppositoires excluait l'idée d'un éméto-cathartique. La voie d'absorption sous-cutanée me parut indiquée d'urgence comme la plus prompte et la plus sûre pour l'emploi du contre-poison.

Avec la seringue de Pravaz, je fis au bras une injection de *trois milligrammes* de sulfate de morphine dissous dans de l'eau distillée (15 gouttes).

Moins d'une demi-heure après, le délire avait cessé. Le calme et le repos s'étaient faits.

Deux heures plus tard, à ma seconde visite, Mme H... est assoupie. Quand on l'excite, elle se plaint de soif, de courbature et de mal de tête. Quoique les pupilles soient sensiblement rétrécies, elles ne distingue pas nettement les objets. — Limonade en boisson ; purgatif pour le lendemain matin.

Le 19, après la purgation, l'usage d'une potion morphinée est conseillé.

Du 20 au 26, la guérison se compléta. Quant aux suppositoires, ils furent remplacés par des lotions boratées, et la légère indisposition pour laquelle ils avaient été conseillé disparut complétement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 avril 1874. — Présidence de M. Perrin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : les journaux de médecine.

La Fistule de Louis XIV, par le docteur A. Corlieu.

SIR H. THOMPSON, membre correspondant à Londres, fait hommage à la société de *la Traduction française de ses œuvres complètes*. Cette traduction faite par MM. Campenon, Labarraque et Martin, externes des hôpitaux, est précédée des leçons cliniques traduites par MM. Hue et Gignoux.

M. MARC SÉE offre, de la part du docteur Louis Jullien, deux exemplaires de sa thèse : *De l'amputation du pénis*. Cette thèse prendra part au concours du prix Duval.

M. LARREY offre, de la part du docteur Paul Bouley, un mémoire imprimé : *De l'ostéomalacie chez l'homme*.

M. DUPLAY offre, de la part du docteur Pamard d'Avignon, candidat au titre de membre correspondant national, deux observations manuscrites intitulées : *Concrétions calcaires formées dans les deux bourses pré-rotuliennes. Blessure de l'œil par un grain de plomb, qui s'est arrêté dans le corps vitré.*

M. TERRIER prie la société de le comprendre au nombre des candidats au titre de membre titulaire.

RAPPORT

M. DUPLAY fait un rapport verbal sur un travail de M. Cauvy, de Béziers, sur une observation d'anévrysme de l'artère poplitée.

M. VERNEUIL demande que la parole lui soit réservée, dans une prochaine séance, pour l'exposition de six faits d'anévrysmes traités par diverses méthodes dont il se propose d'exposer les résultats.

LECTURE

M. TILLAUX fait au nom de M. Cazin, membre correspondant, la lecture du mémoire suivant :

Luxation graduelle de l'extrémité sternale de la clavicule. (Voir le numéro du 4 juin.)

Le mémoire de M. le docteur Cazin est adressé au comité de publication.

DISCUSSION

M. PANAS. Dans la dernière séance a été agitée, à propos du travail de M. Faucon, la question des kystes dermoïdes, médians et latéraux. Bien que les kystes médians soient rares, j'en ai pourtant observé quelques-uns. Un de ces kystes appartenait à un jeune docteur de Vienne et se trouvait placé sur la ligne médiane entre les deux sourcils. Il était mollasse, fluctuant et avait à peu près le volume d'une noix. Le malade avait déjà consulté à Vienne, à Berlin, à Heidelberg, et partout les avis s'étaient partagés entre un kyste dermoïde et un encéphalocèle, on allait même jusqu'à diagnostiquer dans la tumeur l'extrémité antérieure d'un des lobes antérieurs du cerveau. Il vint à Paris, consulta Velpeau, qui diagnostiqua un kyste dermoïde ; il vit ensuite Nélaton, qui fut plus réservé. Plongé dans une grande perplexité par cette divergence d'opinions, il vint me demander mon avis. Je lui dis, après un examen minutieux, que je croyais à un kyste dermoïde, mais qu'en considération des hésitations auxquelles cette tumeur avait donné lieu, je conseillais une exploration faite à l'aide de l'aiguille creuse. Cet examen me confirma très-nettement par l'issue de la matière sébacée, l'exactitude du diagnostic porté, et j'énucléai le kyste contenant et contenu. Ce kyste adhérait au périoste, avait déprimé le frontal, et contenait dans son intérieur des poils blonds, alors que les cheveux du malade étaient noirs. Ce fait m'a paru intéressant à citer, tant au point de vue du siége que relativement à l'encéphalocèle qu'il pouvait jusqu'à un certain point simuler.

La deuxième observation communiquée par M. Panas est prise sur un malade des hôpitaux.

Kyste dermoïde de la région hyoïdienne. — Voir le numéro du 19 mai 1874.

DISCUSSION

M. BLOT. Je citerai un fait analogue, j'ai assisté au développement, à l'inflammation et à l'ouverture d'un kyste susombilical dont un jeune homme de dix-sept ans était porteur. J'ai également constaté l'issue de ce mastic sébacé que l'on trouve en pareil cas et de poils blonds caractéristiques. La guérison fut longue à obtenir; mais le résultat fut définitif en raison même de l'inflammation des parois du kyste.

M. PAULET. Je ne crois pas que les kystes dermoïdes soient aussi rares qu'on l'a dit sur la ligne médiane. J'en ai enlevé un tout dernièrement encore, et les exemples analogues doivent être assez fréquents.

M. LARREY. J'appuie l'appréciation de M. Paulet. Je retrouve en effet, dans les *Bulletins* de 1853, une observation d'un fait communiqué par moi sous le titre de : *Kyste canaliculé du cou.* Ce kyste s'était développé sur la ligne médiane, sous l'influence de la pression et du frottement exercés par le col militaire. Je me souviens que divers moyens furent mis en usage pour le traitement du kyste, tels que les injections, les cautérisations, etc., et cela sans succès, car le malade sortit avec une fistule.

LECTURES

M. CHAUVEL lit un mémoire sur le traitement du tétanos par le chloral. Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de : MM. Forget, Dubrueil, Ledentu.

RAPPORT

M. VERNEUIL. Messieurs, chargé d'un rapport sur deux observations, prises dans mon service, par un de nos jeunes confrères, M. Gustave Richelot, relatives au traitement du tétanos par le chloral, je tiens à présenter à la société les réflexions que j'ai faites sur le sujet, et notamment sur le meilleur mode d'administration du médicament. Tout en convenant que, dans le traitement du tétanos, le chloral compte des succès, mais aussi des revers, je crois, et ceci m'a été confirmé par une conservation que j'eus à ce sujet avec M. Vulpian, qne c'est encore par le chloral qu'on a obtenu le plus de succès. Pour ma part, je ne puis oublier que je lui dois cinq guérisons, alors qu'avant de l'employer, il ne m'avait jamais été donné de voir guérir un tétanique. Aussi ma prédilection pour cette méthode est-elle suffisamment justifiée. Pour rappeler brièvement les faits cités par M. Richelot, nous trouvons dans la première obser-

vation le cas d'un charpentier qui, entré à l'hôpital le 19 juillet, avait le 17, deux jours auparavant, ressenti unedouleur vive dans la cuisse en soulevant une pièce de bois et avait dû cesser son travail par suite de la roideur que conservait sa jambe. Le 19, roideur plus considérable et trismus des plus marqués permettant à peine 5 millimètres d'écartement entre les mâchoires. Les autres signes confirmant le diagnostic du tétanos, sont relatés tout au long dans l'observation. Le traitement est aussitôt institué et consiste dans l'application d'édredons de ouate et dans l'administration de 6 grammes de chloral en plusieurs doses. Vers midi et demi, après l'ingestion de 4 grammes du médicament, la prostration survient. A quatre heures le malade se réveille, on lui administre le reste de la potion. Les jours suivants le malade prend une moyenne de 6 grammes par vingt-quatre heures. Un seul jour on se ralentit, et le trismus reprend dans certaines proportions. Le 28 juillet, le malade n'a plus que quelques spasmes. Du 1er au 10 août, on peut considérer le malade comme guéri. — Il sort de l'hôpital le 11.

La seconde observation a trait à un véritable tétanos traumatique. Il s'agit en effet d'un homme de trente-six ans qui, à la suite d'une plaie de tête de 7 à 8 centimètres avec décollement, presque cicatrisée, présente tout à coup le dixième jour de la blessure du trismus, une roideur considérable de la nuque, des membres, en un mot tous les signes caractéristiques du tétanos. Ce malade est placé dans une athmosphère d'une chaleur constante et soumis à l'ingestion du chloral, à la dose de 10 grammes en moyenne par jour. Considérant que les bains sont presque fatalement suivis d'une certaine réfrigération, je m'en abstiens complétement. Le traitement dure un mois, et au bout de ce temps la guérison est complète.

J'entrevois les objections qui me seront faites. Le premier de vos malades, me dira-t-on, n'était pas un tétanique. A moins de modifier absolument la nomenclature usitée, je ne vois pas trop quelle étiquette il faudrait mettre sur une maladie qui, à la suite d'un effort violent, se caractérise par un trismus, une sueur profuse, un rire sardonique, etc., et encore, dans ce cas, n'est-il pas possible de se rejeter sur le tétanos spontané, puisque l'effort violent a immédiatement précédé la roideur du membre inférieur. Votre second malade, pourra-t-on me dire, a bien eu le tétanos, mais un tétanos qui survient au bout de dix jours est un tétanos bénin, un tétanos à marche chronique.

Cette objection me touche peu, je l'avoue. Dans l'impossibilité de choisir mes malades, je les traite dès qu'ils se présentent à moi, et je suis très-heureux quand j'ai le bonheur de les guérir. J'en resterais donc là, si je ne tenais à présenter à la société quelques réflexions sur le mode d'administration du chloral. Ces réflexions seraient d'une utilité contestable si l'ingestion par la bouche réussissait toujours : malheureusement il n'en est pas toujours ainsi ; quelquefois la potion au chloral ne passe pas. Elle est rejetée par le malade. Quelquefois aussi après l'ingestion de 8, 10, 12 ou 15 grammes de chloral on n'a rien obtenu ; ou bien on ne provoque qu'une résolution passagère suivie d'un réveil rapide. En un mot, dans ce cas, les résultats de la médication sont faibles, passagers, ou même absolument nuls. (Car pour le dire en passant, je n'ai pas publié que mes succès, et je n'ai pas guère guéri plus des deux cinquièmes des cas que j'ai traités.) Enfin les symptômes du tétanos sont parfois si rapides, si pressants, qu'il paraît dangereux d'attendre un résultat qui ne doit se produire qu'après cinq ou six heures. Je sais qu'en cas d'insuccès on est tenté d'accuser la préparation du chloral, témoin le fait cité par Liégeois de regrettable mémoire ; mais, outre que dans les hôpitaux nous avons toujours à notre disposition du chloral préparé d'une manière uniforme, je crois qu'il est beaucoup plus rationnel de s'en prendre, en présence des énormes différences d'action que l'on observe, au défaut d'absorption. Quoi qu'il en soit, le chloral ingéré n'agit pas : emploiera-t-on la voie rectale ? Elle est au moins aussi infidèle que l'autre ; et ce moyen a de plus l'immense inconvénient de soulever, de remuer les malades, ce qui est pour moi désastreux.

J'arrive aux injections sous-cutanées. Je me rappelle que chez une malade sur laquelle nous avions échoué, M. Thaon et moi, par l'ingestion buccale et par la voie rectale, j'employai ce procédé. J'obtins, après l'injection de 1 gramme de chloral. un calme très-prompt mais passager. De plus, ce procédé est défectueux en ce sens que vous êtes contraint d'employer une solution très-chargée, et alors vous déterminez une irritation qui empêche l'absorption ou vous vous servez d'une solution très-diluée, et vous êtes amenés, de la sorte, à couvrir votre malade de piqûres pour faire absorber une certaine quantité de chloral.

On conçoit qu'en présence des insuccès qui ont suivi l'ingestion buccale, le lavement de chloral, l'injection sous-cutanée, on ait songé à l'introduction directe du médicament dans les voies vasculaires.

C'était logique ; aussi ai-je salué à son apparition cette méthode à laquelle, pour ma part, je n'avais point songé. L'auteur est, comme on le sait, M. Oré, de Bordeaux, c'est-à-dire un physiologiste, un expérimentateur et un chirurgien. Or M. Oré procédant du laboratoire à la clinique, assimilant les accidents du tétanos aux résultats de l'intoxication strychnique, en a tiré l'idée très-ingénieuse de l'application des injections veineuses de chloral pour les accidents du tétanos. Cette méthode est très-ingénieuse, je le répète, et je ne reproche à son auteur qu'une chose, c'est d'avoir voulu la substituer *toujours* aux autres moyens employés.

Il est évident, et je cite à l'appui l'opinion de M. Vulpian, que dans le laboratoire l'injection dans les veines constitue le moyen le plus sûr, et c'est grâce à ce moyen que l'on obtient ces sidérations subites qui ne laissent pas que de m'inspirer à moi, chirurgien, quelques craintes, quand on agit non plus au laboratoire mais à l'hôpital, quand c'est un homme que l'on a entre les mains et non plus un animal. Aussi n'est-ce qu'avec une extrême répugnance que j'injectais 10 à 12 grammes de chloral dans les veines d'un tétanique, surtout lorsque je sais que 2 à 4 grammes introduits dans l'estomac amèneront très-probablement la sédation.

Autre question. En dehors du chloral, il y a le *modus faciendi* de l'injection. Cette injection est-elle facile ? M. Oré l'affirme ; mais sa triple qualité de physiologiste, d'expérimentateur et de chirurgien aplanit bien des obstacles ; et M. Labbé, M. Cruveilhier qui cependant ont fait leurs preuves n'ont pas trouvé la chose aussi aisée à exécuter. Or supposez qu'on ait affaire à un sujet très-gras ; à moins qu'il ne soit démontré, ce qui n'est pas, que le tétanos puisse être jugulé par une injection veineuse de chloral à haute dose, vous voilà donc obligé pendant quelque trente jours, durée possible du traitement, de découvrir et de maintenir découverte une veine importante pour la ponctionner à loisir; car il ne faut pas perdre de vue qu'il faut, si l'on veut être sûr de réussir, et M. Vulpian confirme le fait, découvrir la veine dans une certaine étendue et non la ponctionner à travers la peau, ce qui exposerait à la transpercer d'outre en outre ou à passer à côté : mettez-vous à la place, en cette circonstance, du praticien qui n'a point l'habitude des opérations et jugez. Je me hâte cependant d'ajouter que certaines opérations pour n'être pas accessibles à la majorité des médecins sont cependant d'une efficacité incontestable ; aussi déclaré-je qu'il serait serait imprudent de décourager les essais tentés dans ce sens ; je voudrais seulement que l'efficacité incontestable en fût démontrée.

Je procéderais donc dans le traitement du tétanos, du simple au compliqué ; et je commencerais par l'ingestion buccale de 8, 12 gr. de chloral ; et si au bout de douze heures je n'avais point de résultat, j'essayerais peut-être de l'injection veineuse ; la proposer comme méthode unique c'est aller beaucoup trop vite. Je propose à la société de publier les deux observations de M. Richelot en y joignant une observation de même ordre recueillie dans le service de M. Lasègue, et qui m'a été adressée tout dernièrement.

DISCUSSION

M. PANAS. M. Verneuil constatant que, chez certains malades, le chloral est inefficace, dit qu'il faut chercher le secret de cette inefficacité dans sa mauvaise qualité ou dans sa non-absorption. On pourrait se poser une troisième question. Le chloral n'est-il pas lui-même infidèle et variable suivant les individus ? Pour tous les médicaments, et je citerai la quinine, la morphine, il y a de véritables idiosyncrasies. Aussi, en présence de cette inégalité d'action, doit-on être très-réservé relativement aux injections veineuses, alors surtout qu'il est avéré que des injections même d'eau pure

ont leur danger et que des accidents tels que la phlébite, les embolies, etc., sont toujours à redouter. Il faudrait donc, pour le succès de cette méthode, démontrer : 1° que l'action du chloral injecté dans les veines est constante; 2° que l'injection veineuse est sans danger. On m'objectera peut-être que si l'on ne fait point d'essais, on n'acquerra jamais cette double certitude. Je n'admets point cette objection, et j'estime qu'il est au moins imprudent d'expérimenter sur ses semblables une méthode dont les effets peuvent être funestes.

M. LARREY. M. Panas a singulièrement simplifié ce que je voulais dire relativement aux injections veineuses. Appelé d'ailleurs dans une autre enceinte à donner mon avis sur la méthode de M. Oré, je me trouve obligé à la plus grande discrétion.

Je me contenterai de faire remarquer que la sudation a peut-être, dans le traitement du tétanos, une plus grande part que celle qui lui a été faite par M. Verneuil. Cette méthode déjà très-ancienne (et je me rappelle à ce sujet les bains d'étuves, les immersions dans le fumier que cite Paré) a été souvent employée, et je la crois très-recommandable surtout si on l'associe aux autres moyens. On pourrait du reste chercher dans cette voie des sudorifiques à effet puissant et rapide; et M. Gubler, je crois, a tout récemment fait mention d'un remède, le *jaborandi*, qui remplirait peut-être parfaitement les conditions voulues surtout si on l'associait aux antiphlogistiques, aux opiacés au chloral peut-être?

M. DESPRÈS. Je n'ajouterai à tous ces moyens qu'un seul agent : l'effort de la nature. On a en effet guéri des tétanos bénins en faisant boire purement et simplement de l'eau chaude.

M. CRUVELHIER. Bien que je n'aie fait, du chloral en injection veineuse, qu'une expérience suivie d'un résultat négatif puisque le malade a succombé, je répondrai à M. Verneuil qui ne voudrait employer les injections de chloral dans les veines qu'à la condition d'être sûr de leur supériorité : aucun moyen connu, si ce n'est celui-là ne plonge un tétanique dans un sommeil profond en deux ou trois minutes. M. Panas voudrait que l'innocuité du procédé lui fût démontrée : mais elle existe cette innocuité, à la condition d'employer un liquide suffisamment dilué; c'est ainsi que le liquide de M. Vulpian, cinq fois moins chargé que celui de M. Oré, ne peut donner lieu à aucun accident. Je crois donc à la grande importance de la méthode, quand l'ingestion buccale n'est pas possible et surtout dans les cas très-fréquents où toute perte de temps peut être fatale.

M. FORGET. M. Cruveilhier vient de nous dire qu'il n'y a point de danger à injecter dans les veines une solution de chloral. Je voudrais savoir combien de fois cette injection a été faite. Lorsque M. Oré nous exposa sa méthode, ce côté de la question ne laissa pas que de m'inspirer de vives inquiétudes, et ces inquiétudes ne sont point dissipées par la communication de M. Verneuil. L'auteur de cette méthode est-il donc arrivé à l'adopter après avoir constaté que tous les autres moyens rappelés, il y a un instant par M. Larrey étaient absolument dépourvus de valeur? Est-il donc vrai que tous ces moyens qui ont eu leur vogue sont absolument primés par ce procédé né dans un laboratoire? Pour ma part, je trouve que M. Verneuil a considérablement adouci les reproches que mérite la méthode de l'injection du chloral dans les veines, et je suis loin de partager la quiétude de M. Cruveilhier au sujet de son innocuité. Comme M. Panas, je crois que l'on ne connaît pas les incertitudes et les surprises d'un pareil médicament.

Disons-le d'ailleurs, le bilan du chloral n'est pas assez beau pour faire condamner sans appel tout ce qui l'a précédé!

Aussi pour assurer l'avenir serait-il indispensable de faire un examen critique du passé. Un mot encore; j'aurais voulu que, dans les observations citées par M. Verneuil, le point de départ des cas très-graves de tétanos fût nettement indiqué, et j'aurais désiré qu'il fût mentionné combien le chloral compte de succès dans ces cas à marche rapide, à gravité exceptionnelle.

M. VERNEUIL. Ma réplique sera très-brève. Je répondrai à M. Larrey que la chaleur a pour moi, dans le traitement du tétanos, une importance capitale, si bien que j'entoure les malades de ouate, d'édredons, etc., et que je supprime les bains dans la crainte du refroidissement qui les suit. Je répondrai à nos autres collègues que, sans vouloir accuser les anciennes méthodes de traitement, je les ai constamment vues échouer, et que le chloral m'a donné cinq guérisons, ce qui est un chiffre; j'ai du reste ma statistique publiée dans la thèse d'un de mes élèves, le docteur Soubise, en 1870. M. Forget me demande un succès du chloral dans un cas devant se terminer rapidement par la mort. J'avoue ne pouvoir lui en offrir. On m'a parfois apporté des malades ayant 39 degré de température, ils ont rapidement succombé. Quant à ma réserve relative à la méthode des injections veineuses, je ne me la reproche pas plus que l'indulgence dont on m'a accusé, et je règlerais à l'occasion ma conduite comme il suit : considérant que, d'une part, l'action du chloral est la même sur l'homme et sur l'animal; que, d'autre part, un malade qui ne s'endort pas avec 10 grammes de chloral dans l'estomac est un homme mort, j'injecterais dans ce cas, mais dans ce cas seulement, le chloral dans les veines.

La séance est levée à cinq heures trente-cinq minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

Faculté de médecine de Paris.— Année scolaire 1872-1873

THÈSES RÉCOMPENSÉES

1re *classe. — Médailles d'argent*

Bochefontaine (Pierre). Action physiologique de la quinine sur la rate (essai critique expérimental). — Félizet (Georges). Recherches anatomiques expérimentales sur les fractures du crâne. — Joffroy (Alix). Pachyméningite cervicale hypertrophique d'origine spontanée. — Malassez (Louis-Charles). De la numération des globules rouges du sang (1° des méthodes de numération; 2° de la richesse du sang en globules rouges dans les différentes parties de l'arbre circulatoire). — Martin (Pierre-Georges). De la durée de la vitalité des tissus et des conditions d'adhérence des restitutions et des transplantations cutanées. — Monod (Charles). De l'angiôme simple sous-cutané circonscrit (nævus vasculaire sous-cutané, angiôme lipomateux, angiôme lobulé). — Poinsot (Georges). De la conservation dans le traitement des fractures compliquées. — Rosapelly (Marie). Recherches théoriques expérimentales sur les causes et le mécanisme de la circulation du foie. — Schlumberger (Léon). Documents pour servir à l'étude de l'érysipèle du pharynx et des voies respiratoires.

2e *classe. — Médailles de bronze.*

Amagat (Louis). Étude sur les différentes voies d'absorption des médicaments. — Berger (Paul). De l'arthrite du genou et de l'épanchement articulaire consécutifs aux fractures du fémur. — Castiaux (Jules). Documents pour servir à l'étude de la méthode aspiratrice. — Chouppe (Léon). Étude pour servir à l'histoire de l'inflammation du canal thoracique. — Chrétien (Henri). Des fissures congénitales de la voûte palatine et de leur traitement. — Cottard (Alexandre). De la valeur de la triméthylamine dans le rhumatisme articulaire. — Curtis (Thomas). Étude sur la dilatation des rétrécissements de l'urèthre. — Frémy (Henri). Étude critique de la trophonévrose faciale (physiologie, pathologie). — Geneuil (Marie). Étude sur l'empoisonnement par l'ammoniaque. — Grancher (Jacques). De l'unité de la phthisie. — Klein (Nephtalie). De l'influence de l'éclairage sur l'acuité visuelle. — Labadie-Lagrave (Joseph). Des complications cardiaques du croup et de la diphthérie. — Marchand (Alfred). Étude sur l'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum. — Picot (Constant). Du rhumatisme aigu et de ses diverses manifestations chez les enfants. — Pozzi (Samuel). Étude sur les fissures de l'espace pelvi-rectal supérieur ou fistules pelvi-rectales supérieures. — Robert (Jules). De la ligature de l'artère carotide externe. — Thaon (Louis). Recherches sur l'anatomie pathologique de la tuberculose. — Tison (Eugène). Étude sur la fève de Calabar.

3e *classe. — Mentions honorables.*

Aparicio (Manuel). Étude sur le tremblement syphilitique.— Beau (Alexandre). Étude physiologique et clinique sur la période de défervescence dans les maladies aiguës fébriles. — Boéchat (Pierre). Recherches sur la structure normale du corps thyroïde. — Bouhében (Jean). De l'extirpation de la glande et des ganglions sous-maxillaires. — Carpentin (Louis). Étude hygiénique et médicale du camp Jacob.

— Charpy (Adrien). Les délires aigus. — Chénieux (François). Des abcès par congestion ouverts dans les poumons ou les bronches. — Cullerre (Alexandre). Recherches cliniques sur la période du début de la paralysie générale. — Denis (Eugène). Étude sur la nature et le traitement de certaines formes d'irido-choroïdites. — Gambus (Lucien). De l'alcoolisme chronique terminé par paralysie générale. — Girard (Jules). Résorption urineuse et urémie dans les voies urinaires. Contribution à l'étude du traitement de la pierre dans la vessie.— Gruget (Louis). Des fistules urinaires ombilicales qui se produisent par l'ouraque resté ou redevenu perméable. — Huet (Louis). Recherches sur l'argyrie. — Huret (A.). Tribut à l'histoire de l'embolie des artères vertébrales. — Le Piez (Aristide). Étude sur quelques cas de ruptures dites spontanées du cœur. — Le Roy (Émile). Essai sur la circulation des parties supérieures du fœtus. — Luneau (Jean). Étude sur la pathogénie des hémorrhagies primitives de la cavité de l'arachnoïde crânienne. — Malherbe (Albert). De la fièvre dans les maladies des voies urinaires. — Marchand (Ernest). Étude historique et nosologique sur quelques épidémies et endémies du moyen âge. — Morat (Jean). Contribution à l'étude de la moelle des os.— Rontin (Alcide). Quelques considérations sur l'aphasie. — Roy de Clotte. Etude sur les pseudarthroses. — Sabourin (Alexandre). Considérations sur les claudications. — De Sinéty (Louis). De l'état du foie chez les femelles en lactation. — Svynoś (Aristide). Des amblyopies et des amauroses hystériques. — Thorens (Henri). Documents pour servir à l'histoire du pied bot varus congénital. — Trapenard (Pierre). De l'ignipuncture. — Vernier (Lucien). Quelques considérations sur le purpura hémorrhagique primitif et le purpura secondaire, spécialement dans la tuberculose.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de chirurgie tiendra sa prochaine séance le 10 juin 1874.

Ordre du jour : M. Verneuil. — Rapport sur le traitement du tétanos par le chloral.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 13 juin, à huit heures du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° rapports de MM. Gaye et Mouton sur les candidatures de MM. Calvo et A. Miot; — 2° réponse aux conclusions de la Société de médecine de Bordeaux sur les réformes à apporter à l'hygiène publique en France, par M. Dupouy; — 3° nouveau mode de répartition du traitement des médecins des bureaux de bienfaisance, par M. G. Martin.

— Bon poste médical dans une commune contiguë à Paris. — S'adresser au bureau du journal.

Essai sur la pathogénie des hydropisies, par le docteur ANGULO-HEREDIA. — In-8°, 1874.— Prix : 3 fr. 50. — Paris, Coccoz.

Contribution à l'étude de la sclérodermie avec arthropathie et atrophie osseuse, par le docteur A. LAGRANGE. — In-8°. — 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 66. — MARDI 9 JUIN 1874. 47e ANNÉE. MARDI 9 JUIN 1874. — N° 66.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

LA MUE DE LA VOIX

PHYSIOLOGIE. — PATHOLOGIE.

La mue de la voix est un phénomène physiologique dont les conséquences pathologiques peuvent se perpétuer durant la vie entière de l'individu. A notre connaissance, Aristote, dans les temps antiques, et Tissot, dans les temps plus modernes, sont les seuls qui se soient occupés de ce sujet. Cela ne doit pas nous étonner, car, avant la découverte du laryngoscope, il était impossible de constater les modifications anatomiques qui accompagnent la mue de la voix, et cette impossibilité doit imposer une certaine réserve aux physiologistes de tous les temps.

En 1864, étant médecin d'un grand établissement d'éducation, nous avons profité de la circonstance qui mettait à notre disposition le gosier de onze cents enfants âgés de dix à seize ans, et nous avons étudié, avec le laryngoscope, tous les phénomènes de la mue pendant deux ans. Les résultats obtenus furent consignés avec cinquante-sept observations et plusieurs planches dans notre *Physiologie de la voix et de la parole*, qui parut en 1866. Depuis cette époque, nous avons recueilli d'autres observations portant principalement sur des états pathologiques consécutifs aux phénomènes de la mue, et, comme ces états, bien que très-importants, sont généralement peu connus, nous croyons devoir leur donner la publicité de ce journal.

Il ne faudrait pas croire, cependant, que la découverte du laryngoscope ait suffi pour interpréter judicieusement les phénomènes de la mue. Cette interprétation *judicieuse* dépendait tout aussi bien de la connaissance précise des conditions qui président à la formation de la voix humaine. Ces deux questions sont congénères, et, en quelque sorte, la conséquence l'une de l'autre.

Le lecteur comprendra donc qu'avant de l'entretenir des états pathologiques consécutifs à la mue de la voix, nous désirions formuler en quelques mots les conditions qui président à la formation de la voix humaine.

I.

La formation de la voix humaine a exercé la sagacité de tous les savants, physiologistes, médecins et autres, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. Pour ne pas répéter ici des notions historiques que nous avons publiées ailleurs, nous nous bornerons à dire que, naguère encore, les physiologistes étaient divisés en deux camps sur cette intéressante question. Les uns pensaient, avec Longet, que la voix se forme d'après le principe de la production du son dans les tuyaux à bouche de l'orgue ; les autres, avec Malgaigne et Müller, professaient que la voix se produit d'après les lois des anches membraneuses. L'application du laryngoscope ayant appelé notre attention sur ce sujet, nous l'avons étudié sous toutes ses faces, et nous avons pu démontrer que ni l'une ni l'autre de ces deux expressions n'étaient soutenables. La première, celle de Longet, péchait par la base : le larynx ne renferme aucune des conditions que requiert indispensablement la production du son dans les tuyaux à bouche de l'orgue, dans l'appeau, etc.; la seconde est dans le vrai quand elle consacre le principe de la formation de la voix d'après les lois des anches membraneuses, mais elle est inacceptable dans l'application telle que l'avaient comprise Malgaigne et Müller. Ces savants, en effet, pensaient que les rubans vocaux, composés de la muqueuse, de la fibreuse et des muscles subjacents vibraient dans leur totalité pour produire les sons de la voix. Nous avons démontré, par les lois de la physique et par l'expérimentation physiologique, que cette vibration totale est impossible.

Quelle est donc la partie qui fournit les vibrations sonores ? Après des recherches nombreuses sur les larynx de cadavres, nous étions parvenu, en soufflant dans la trachée et en manipulant le larynx d'une certaine façon, à produire tous les sons de la voix humaine; mais si nous venions à enlever la muqueuse qui recouvre les rubans vocaux, il devenait impossible de produire aucun son. Ce fait, appuyé sur des considérations physiques et physiologiques qu'il serait trop long d'énumérer ici, nous mit sur la voie de la véritable théorie de la voix humaine.

Le ligament thyro-arythénoïdien, véritable aponévrose des muscles thyro-arythénoïdiens, est trop court, trop épais et trop tendu pour fournir les vibrations sonores ; il n'en est pas de même de la muqueuse laryngienne, qui, sur les bords de la glotte, prend les caractères des membranes à frottement en se recouvrant d'épithéliums pavimenteux.

La muqueuse, en cet endroit, entoure le ligament thyro-arythénoïdien comme un doigt de gant entoure le doigt, mais avec cette différence que ces deux parties, dans les rubans vocaux, sont unies entre elles par un tissu cellulaire excessivement lâche.

Cette disposition particulière qui, au premier abord, pourrait

faire croire à l'existence d'une cavité close (1) entre la muqueuse et le ligament subjacent, n'est destinée, en définitive, qu'à favoriser le développement du replis muqueux qui borde la glotte et sa vibration facile sous l'influence du passage de l'air. On observe un phénomène analogue dans la production du son par la vibration des lèvres dans l'embouchure des instruments à vent. Ici, en effet, ce ne sont pas les muscles contractés qui peuvent vibrer; le replis muqueux qui se détache de leurs bords remplit seul cet office.

La démonstration irréfutable de toutes ces vérités nous a autorisé à désigner la glotte et les rubans vocaux sous le nom d'*anche vocale*, réservant le nom de *membrane vocale* au replis muqueux qui vibre sur le bord des rubans vocaux.

Après avoir indiqué quel est le corps vibrant qui fournit les sons de la voix, nous avons dû nous préoccuper de trouver le mécanisme selon lequel un organe aussi exigu produit des sons si variés et si agréables à entendre. Ce mécanisme est vraiment admirable, et la nature s'en est réservé le secret. Rien de comparable, en effet, dans les œuvres de l'industrie humaine à une anche membraneuse qui, dans la production de chaque note, modifie sa tension et ses dimensions longitudinales; tel est le procédé que la nature emploie pour produire tous les sons de la voix.

Les puissances musculaires qui, dans la théorie de Müller, fournissaient les vibrations sonores, n'ont d'autre fonction que de tendre ou relâcher la membrane vocale, et celle de grandir ou de diminuer les dimensions de l'anche vocale.

Cette théorie, appuyée sur des preuves beaucoup plus nombreuses qu'il n'en faut pour démontrer une simple vérité, nous fournit une explication plausible de tous les troubles pathologiques de la voix, tandis que les théories de Longet, Müller, rendaient cette explication impossible. On comprenait difficilement, en effet, qu'un simple refroidissement, que la présence d'une petite végétation sur les bords libres des rubans vocaux, qu'un simple érythème rubéolique exerçassent une influence suffisante pour empêcher la vibration *totale* des rubans et donner lieu à de l'enrouement. On trouve, au contraire, très-naturel que la cause la plus légère puisse modifier la *membrane vocale* constituée par le replis muqueux laryngien, et donner ainsi naissance à la raucité de la voix. Nous ne parlons pas évidemment d'aphonie, car ce trouble de la voix est occasionné, le plus souvent, par des lésions organiques graves ou par une liaison dynamique qui agit sur les puissances chargées de modifier l'état de l'anche vocale.

II.

Conditions physiologiques de la mue de la voix.

Jusqu'à l'âge de treize à quatorze ans, la voix de la jeune fille diffère peu de la voix du jeune garçon; le timbre et le diapason sont à peu près les mêmes dans les deux sexes. Mais à partir de ce moment, des dissemblances vont surgir; le jeune garçon va devenir homme dans sa voix, comme la jeune fille deviendra femme dans la sienne. Ces modifications sont les signes précurseurs de l'établissement de la fonction génésique, et c'est à leur ensemble que l'on a donné le nom de mue.

De la mue chez la femme. — En général, les filles se développent plus vite que les garçons. Elles atteignent la puberté, l'âge de raison et la vieillesse plus rapidement que ces derniers. Hippocrate attribuait cette rapide évolution à la délicatesse de leur corps et de leur manière de vivre; mais l'influence du climat ne leur est pas étrangère. C'est ainsi que la puberté se déclare plus tôt dans les climats chauds que dans les climats froids.

Chez les Indiens, l'éruption des règles se fait de huit à dix ans. Chez les Lapons, elle n'a lieu que vers quinze ans. Dans les climats tempérés, elle se montre dans les âges intermédiaires à ces deux extrêmes.

A côté de l'influence du climat, nous devons signaler également la manière de vivre, car il est bien constaté que la puberté se déclare plus tôt dans les classes riches que dans les classes pauvres; le spectacle, la danse, la lecture des romans sont autant de causes qui, en exaltant la sensibilité, provoquent et accélèrent les mouvements de la nature.

Les phénomènes essentiels de la puberté sont constitués par un orgasme insolite des parties sexuelles, qui s'entourent d'un duvet cotonneux. L'utérus, les ovaires et toutes les parties de la génération se développent, et un écoulement mucososanguin manifeste pour la première fois son apparition par des douleurs quelquefois assez vives. Cet écoulement est généralement plus copieux dans les pays chauds que dans les pays froids, et chez les femmes maigres que chez les femmes grasses. En même temps, le bassin se développe, les glandes mammaires prennent rapidement un accroissement considérable, elles s'entourent d'un tissu lamineux et serré qui leur donne leur forme arrondie et leur fermeté. Les mamelons sont plus vermeils et plus irritables.

Cette transformation n'est pas toujours facile: parfois elle retentit douloureusement dans la vie physique et morale de la femme. Ses yeux sont abattus et cernés; son estomac est le siége de tiraillements douloureux; les lombes deviennent sensibles, et souvent il existe de la céphalalgie. Dominée par sa destinée nouvelle, la jeune fille semble déjà prévoir le rôle important que l'utérus va jouer dans son existence physiologique et pathologique. Triste, rêveuse, le regard langoureux et voilé, elle recherche la solitude pour s'écouter vivre et caresser des sensations intérieures qu'elle ne connaissait pas.

Les modifications de la voix, qui surviennent à cette époque, complètent le tableau que nous venons d'esquisser. La voix est moins aiguë, son diapason s'abaisse d'une ou deux notes, et elle acquiert en force ce qu'elle a perdu en acuité. Cette transformation se fait très-souvent d'une manière inappréciable, si les jeunes filles ne chantent pas ou n'abusent pas de la parole. Dans le cas contraire, elles sont sujettes à des douleurs de gorge, à des extinctions de voix occasionnées par l'exagération du travail physiologique qui, en ce moment, s'effectue dans le larynx. En aucun cas, la voix de la femme ne subit, à cette époque, les modifications profondes que nous allons trouver chez les garçons.

De la mue chez l'homme. — En général, la mue se présente un peu plus tard chez les jeunes garçons que chez les jeunes filles; elle est précédée, comme chez ces dernières, d'un développement rapide dans les organes sexuels et par la sécrétion et l'évacuation d'un liquide particulier. Le jeune garçon ne connaît pas les épreuves pénibles qui viennent assaillir la jeune fille. Il traverse cette épreuve avec plus de calme; mais les modifications profondes de la voix témoignent hautement de la transformation qui vient de s'opérer en lui. Ces modifications sont très-variables, quant aux phénomènes sensibles qui les accompagnent; mais il en est deux tout à fait caractéristiques et qui sont communes à tous: ce sont les modifications du timbre et du diapason. Le timbre qui donnait à la voix de l'enfant les qualités sonores de la voix de la jeune fille change

(1) Des auteurs, qui ne nous ont pas lu avec assez de soin, nous font décrire une cavité close! Ceci est une erreur: nous ne reconnaissons aucune cavité close en cet endroit.

complétement de caractère. Le diapason baisse sensiblement, et peu à peu la voix acquiert les qualités qui caractérisent la voix de l'homme.

Quelquefois cette transition se fait insensiblement, sans manifestation exagérée ; mais le plus souvent elle s'accompagne, surtout chez les enfants qui chantent, de profondes altérations. La voix est rauque, inégale; l'enfant n'est pas maître de ses cordes vocales, et il émet une note très-élevée alors qu'il a la volonté d'émettre une note grave ; d'autres fois, il y a aphonie complète. Tous ces phénomènes correspondent à des modifications survenues peu à peu dans l'organe vocal qu'il est indispensable de faire connaître.

Nous avons étudié les phénomènes anatomiques avec le laryngoscope, sur des enfants de Saint-Nicolas. La plupart de ces enfants ont été suivis pendant deux années consécutives, et nous avons pu étudier ainsi les différentes phases de la *mue*. Si la mue est précoce, elle peut se montrer dès l'âge de douze ou treize ans. Si elle est tardive, elle ne survient qu'à seize ou dix-sept ans, et quelquefois plus tard. Ces deux extrêmes constituent presque des exceptions. Le plus souvent, en effet, la mue se déclare vers l'âge de quatorze à quinze ans. Son évolution s'effectue dans un espace de temps qui peut varier entre six mois et trois ans. En général, à la fin de la première année, les altérations les plus accentuées de la voix disparaissent.

Les modifications du timbre et du diapason sont dues : 1° à une modification organique survenue dans les rubans vocaux ; 2° à des modifications non moins importantes qui portent sur les agents moteurs de ces rubans.

1° *Modification des rubans vocaux.* — Les rubans vocaux deviennent subitement le siége d'un travail organique extraordinaire, qui aboutit à une augmentation de leurs trois dimensions : longueur, largeur et épaisseur. Par conséquent, les muscles, la membrane fibreuse et la membrane muqueuse qui les constituent ont dû contribuer à cette augmentation.

Indépendamment de cette modification, qui a une influence réelle sur l'état de la voix, il en est une autre bien plus importante, mais qui n'a jamais été étudiée ; c'est à elle, cependant, que nous attribuons en grande partie l'abaissement du diapason de la voix de l'enfant au diapason de la voix de l'homme. Elle est due à la consistance nouvelle que revêt la membrane vocale sur les bords des rubans vocaux. Il n'est pas besoin d'avoir recours au microscope pour saisir les différences qui existent entre la muqueuse vocale de l'enfant et celle de l'homme. La première est de beaucoup plus mince, tout à fait transparente. La seconde est plus épaisse et moins diaphane.

Les anciens avaient expérimenté cette différence dans la constitution organique par le mot latin *crassities*, mais notre langue ne se prête pas à la traduction littérale de ce mot. La membrane vocale de l'homme est tout à la fois plus épaisse et moins élastique, ce qui, au premier abord, paraît contradictoire avec les lois de l'acoustique, d'après lesquelles le nombre de vibrations est en raison directe de l'épaisseur des lames. Mais cette loi n'est pas applicable à des lames de nature différente, et c'est précisément le cas qui se présente ici : si la muqueuse vocale de l'homme, plus épaisse, donne des sons plus bas que la muqueuse beaucoup plus mince d'un enfant, cela tient à ce que la consistance, le *crassities* ne sont plus les mêmes dans l'une et dans l'autre.

Cette modification survenue dans la muqueuse ne se fait pas lentement et d'une façon en quelque sorte mystérieuse ; elle se manifeste, au contraire, par une augmentation dans la vitalité des tissus en revêtant souvent les caractères d'une inflammation très-intense. Dans ce dernier cas, la perte de la voix est complète. Il est impossible que la mue s'opère sans le concours de cette inflammation, en quelque sorte physiologique ; car nos tissus ne sauraient montrer autrement l'excès de vitalité organique. Cet excès de vitalité persiste assez longtemps pour imprimer à la partie qui en est le siége un caractère particulier et des propriétés nouvelles. Ces propriétés, nous l'avons dit, résultent de la diminution de l'élasticité de la membrane, et cette diminution contribue à faire descendre le diapason de la voix d'un octave. Dr Édouard Fournié.

(*A suivre.*)

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Berthier

Folie hypochondriaque (type méconnu).

Observation recueillie par M. Mercier, interne du service.

Les médecins aliénistes appellent *fous hypochondriaques* les malades en proie au délire des persécutions avec idées de suicide et compromission réelle de leurs facultés mentales. Mais il existe un certain nombre de sujets qui, sans cadrer identiquement avec ce portrait, sont tellement débiles de volonté et tellement bizarres d'esprit qu'on ne peut douter qu'il existe chez eux de l'aliénation. Les auteurs en ont rapporté des exemples remarquables : celui que nous allons offrir est d'une espèce si rare que nous croyons être utile en la publiant ici.

B... est fils d'un ivrogne. Son enfance n'a été traversée que par une fièvre typhoïde légère. A l'âge de seize ans, il se fit cordonnier. Sobre, laborieux, il eût deux enfants, mort-nés, de sa femme, qui mourut quelque temps après. Cette perte lui causa un chagrin très-vif, si vif qu'il lui attribue le strabisme convergent dont il est atteint. Pour se consoler, il se livra à la boisson, et cela pendant six années. Au bout de ce temps, en 1866 (il avait trente-huit ans alors), il commença à éprouver des troubles gastriques : vomissements muqueux et filants à jeun, dyspepsie flatulente, anorexie, pesanteur de tête et constipation. Huit jours après il ressentit dans les reins, dans le dos, dans l'estomac, des douleurs très-vives qui nécessitèrent son entrée à l'hôpital. Le voilà voyageant de l'Hôtel-Dieu à Saint-Louis, de Saint-Louis à Lariboisière, à plusieurs reprises, sans être soulagé un seul instant.

De Saint-Louis, le considérant comme incurable, on l'envoya par exception à Bicêtre. Là, sous prétexte qu'il souffrait, il poussa des cris si aigus, qu'il fut impossible de le supporter dans les salles ; on l'envoya à Sainte-Anne pour être vu par des aliénistes. Ce fut là qu'on le déclara atteint de léger affaiblissement intellectuel avec idées hypochondriaques et accès passagers d'agitation. De cet asile, il fut renvoyé dans la division des aliénés de Bicêtre, où M. Berthier lui délivra le certificat suivant :

« Atteint d'accès d'hypochondrie aiguë avec mimique des plus singulières. Les accès sont accompagnés de rachialgie, de crampes d'estomac, de vomissements glaireux qui pourraient être le point de départ de l'affection. En ce moment : agité, criard, bruyant. »

Depuis cette époque, les mêmes scènes se renouvelèrent ; il fut pris d'abord tous les mois, puis tous les quinze jours, puis tous les quatre jours, enfin parfois tous les jours, d'accès douloureux assez difficiles à classer. Il se couche, se pelotonne, se tourne dans tous les sens, à terre ou sur son lit, les yeux hagards, les cheveux en désordre, gémit, pousse des cris féroces, même des hurlements, criant qu'il éprouve « dans la fourchette de l'estomac, dans le dos, s'irradiant dans le ventre », des douleurs

atroces et continuelles. Ces accès durent de douze à vingt-quatre heures ; ils ont pris une fois quatre jours. Pendant ce temps il réclame sans cesse des médicaments, refuse ceux qu'on lui donne, ne mange pas, et va assez difficilement à la garde-robe. Il fait de très-grands efforts de vomissements, qui ne sont suivis d'aucun rejet.

Cet homme est amaigri ; la peau et les muqueuses ont leur coloration normale ; pas de trouble de la sensibilité, de la motilité, pas de vertiges ni de tremblements. La langue est nette, large, étalée ; l'appétit est parfaitement conservé entre les accès. Le ventre est souple ; l'examen des organes contenus dans l'abdomen ne présente rien d'anormal. Il n'y a pas de renvois acides ; quelquefois les repas seraient suivis d'un peu de pesanteur à l'épigastre ; il semble au malade qu'il se détache de petites pellicules de l'intérieur de son ventre ; cependant les selles n'offrent rien de particulier : elles sont rares. Les urines sont faciles, abondantes et sans dépôt. Rien dans l'appareil cardio-pulmonaire. Pas de fièvre.

Les facultés mentales, à part la préoccupation constante au sujet de la santé physique, paraissent intactes. La mémoire est fidèle, la compréhension facile, la sensibilité morale conservée. La physionomie ne trahit pas la souffrance que cet homme dit éprouver.

Le traitement employé n'a amené aucune amélioration. La poudre de charbon a paru le soulager un peu. Un seul des remèdes a réussi, *le baillon*. Il y a huit jours, M. Berthier eut l'idée de lui faire appliquer sur la bouche un triple mouchoir quand il crierait et hurlerait trop fort, et, deux jours après, le malade ne souffrait pour ainsi dire plus, ses fonctions de digestion étaient régulières, il se levait et se montrait calme.

Quelle est cette maladie ?

L'absence de vomissements et de selles noires, de vomissements alimentaires, font rejeter l'idée d'un ulcère simple ; la durée de l'affection, l'absence de tumeur à l'épigastre celle d'un cancer.

L'absence de pyrosis, de vomissements répétés, de douleur fixe, font également écarer la gastrite. L'état normal du foie, l'absence d'ictère, de produit anormal dans l'urine, la localisation des douleurs éloignent de la pensée les coliques hépatiques et néphrétiques. Seule, la gastralgie pourrait avoir des rapports avec l'affection qui nous occupe : elle a dû exister au début ; mais la durée, la forme des accès, l'absence de vomissements alimentaires, le retour à l'état normal des fonctions digestives, font éliminer la gastralgie.

Reste la présomption d'une névrose.

Il est difficile, en effet, de ne pas considérer comme telle une affection sans lésion organique appréciable, dont l'hérédité se manifeste dès le début, qui passe méconnue aux yeux de tous, pendant huit années, que l'on se renvoie d'un hôpital à l'autre, que l'on relègue dans un hospice d'incurables avec les vielliards et les infirmes, que rien ne calme, rien n'arrête, qu'un moyen de contrainte, le baillon ! et encore momentanément.

Et si, parmi les névroses, nous cherchons celle qui pourrait accepter dans son cadre l'affection actuelle, nous n'en voyons qu'une : *l'hypochondrie*.

C'est bien là cette fixité morbide que l'on remarque dans les idées de certains aliénés, cette crainte perpétuelle et exagérée au sujet de la santé, ce trouble d'esprit qui obsède l'intelligence, pervertit le sentiment, subjugue la volonté, et tout cela avec la conservation de la faculté syllogistique. N'y a-t-il pas là les caractères fondamentaux de la monomanie ou du délire systématisé ? S'il n'est pas fou, feint-il de l'être ?

Ce serait la dernière question à résoudre.

Or quel intérêt B... aurait-il à simuler la folie pendant huit années consécutives ; pourquoi aurait-il choisi un type si pénible à conserver, et comment aurait-il pu, pendant ces huit années, tromper tous les médecins les uns après les autres sans se démentir ?... Les influences héréditaires, les maladies antérieures, les habitudes alcooliques, les chagrins éprouvés n'avaient-ils pas préparé suffisamment l'affection dont nous avons essayé d'esquisser la physionomie aussi fidèlement que possible ?

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 décembre 1873 (1). — Présidence de M. Lunier

M. Gillebert d'Hercourt termine la lecture de son rapport :

Telle est en résumé l'opinion de M. Beni-Barde sur chacun des termes de la triade de Basedow. Mais, ajoute notre confrère, « ce ne sont pas les seuls caractères de la maladie de Graves ; un cortége d'autres symptômes importants les accompagne ou les précède. » Au nombre de ceux-ci il place les troubles du mouvement et de la sensibilité, ceux de la menstruation et de la calorification ; la diarrhée, les vomissements, les sueurs abondantes, l'hémoptysie et l'épitaxis ; des congestions dans les viscères, l'amaigrissement et le marasme qui contrastent, dit-il, avec la suractivité fonctionnelle du cœur.

Presque toujours les malades présentent les signes de l'anémie et de la chlorose. « Cette étroite association a même donné à quelques médecins l'idée de considérer la maladie de Graves comme une chlorose ayant une nature toute spéciale. » On ne peut être étonné de cette concomitance puisque, dit M. Beni-Barde, ainsi que nous l'avons vu, *la maladie de Graves est le résultat d'un trouble de nutrition*.

Telle est, en effet, l'opinion de notre confrère sur la cause première de la maladie de Graves. Pour la développer plus fidèlement nous allons lui emprunter les considérations sur lesquelles il s'appuie.

« Qu'on examine les faits, dit-il, et l'on verra que la triade symptomatique qui caractérise le goître exophthalmique est toujours accompagnée et très-souvent précédée de désordres nerveux sérieux, de troubles névrosiques dont il faut tenir compte. Ces perturbations fonctionnelles résident, pour la plus grande partie, dans le système sympathique et sont accompagnées d'un défaut d'équilibre manifeste dans les fonctions de calorification, d'assimilation, de sécrétion, et dans le jeu des appareils pulmonaire, circulatoire, gastrique et génito-urinaires. Elles sont de même nature que celles qu'on remarque dans la chlorose qui n'est en somme qu'une névrose ganglionnaire produisant un trouble de sanguinification et provoquant par suite, une altération de nutrition dans toute l'étendue du système cérébro-spinal. Cette analogie entre la chlorose et le goître exophthalmique *a été de tout temps reconnue*.

« Il résulte de ce qui précède que la triade caractéristique de la maladie de Graves ne constitue pas exclusivement l'expression symptomatique de cette singulière affection. Un ou plusieurs des des termes de cette triade peuvent manquer. Par contre, il est sans exemple que les troubles de la calorification et de la plupart des fonctions placées sous la dépendance du nerf grand sympathique, ait ainsi fait défaut. Nous sommes donc autorisé à croire que la maladie de Graves est une névrose du nerf ganglionnaire, produite par une altération de nutrition, et quelquefois par une lésion organique de la portion du système cérébro-spinal où le nerf grand sympathique prend son origine. »

Comment agit cette altération ? Notre confrère se pose cette question sans la résoudre : il en abandonne la solution aux futurs progrès de la physiologie.

En conséquence de ce qui précède, M. Beni-Barde range le goître exophthalmique dans la classe des névroses générales, et il rejette, comme prématurée au moins, l'opinion des auteurs qui en font *une névrose cardiaque*.

Quand notre honorable confrère dit que la maladie de Graves est

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 juin 1874.

une névrose générale, ayant son siége dans le système nerveux ganglionnaire, nous sommes d'accord avec lui. Comment pourrions-nous le contredire quand, d'une part, nous savons que plusieurs autopsies, et en particulier celle qui est due à notre savant collègue M. le docteur Peter, ont prouvé que, dans cette maladie, il existe une lésion matérielle du système nerveux ganglionnaire ; et quand, d'autre part, nous voyons les fonctions végétatives si constamment et si profondément troublées, tant au début que durant le cours du goître exophthalmique. Nous croyons aussi que l'irritation du grand sympathique peut se communiquer au système nerveux cérébro-spinal.

Mais nous aurions désiré que son opinion fût plus accentuée, qu'il nous eût dit, par exemple, si cette névrose est congestive, comme le pensait Trousseau, et, si les nerfs vaso-moteurs sont pour quelque chose dans la production des troubles de la circulation, où s'arrête leur influence.

Les expériences de MM. Cl. Bernard et Schiff ont autorisé quelques auteurs à attribuer à ces nerfs une certaine part dans les troubles en question. Mais, tout ne peut être expliqué par les résultats de ces expériences, si nous en croyons une remarque faite par M. Chauveau, et rapportée par le docteur Teissier, dans son mémoire sur le goître exophthalmique (1). Il résulterait de celle-ci que « la destruction du ganglion cervical supérieur qui, dans les expériences de MM. Cl. Bernard et Schiff, produit la congestion des vaisseaux du cou et l'élévation de la température, loin d'amener l'exophthalmie, produit, au contraire le retrait des globes oculaires, et que la lésion qui occasionne la projection des yeux, c'est-à-dire l'irritation du filet supérieur du ganglion cervical, détermine le retrait des vaisseaux et l'abaissement de la température. »

Il y a donc là une inconnue qu'il importe de dégager de l'obscurité qui l'enveloppe, sans pourtant qu'on puisse inférer de là que l'opinion qui place l'origine de la maladie de Graves dans le système nerveux du trisplanchnique n'est pas fondée.

Nous ferons aussi quelques réserves à l'égard de certaines propositions émises par M. Beni-Barde. Ainsi nous admettons volontiers que l'anémie succède au goître exophthalmique, mais nous ne pouvons croire qu'elle puisse jamais en être la cause. Elle n'est, comme l'a dit Trousseau, qu'un épiphénomène, quelquefois tardif, de cette maladie.

La chlorose se rencontre souvent sur le même sujet avec le goître exophthalmique; la plupart des femmes, atteintes de cette dernière maladie, étaient auparavant chlorotiques. On peut conclure de là : que l'état chlorotique est favorable au développement de la maladie de Graves, mais non qu'il en soit la cause ni l'effet. Les deux affections peuvent être concomitantes ; c'est ainsi que nous avons vu la chorée exister chez deux jeunes filles affectées en même temps de goître exophthalmique. C'est encore ainsi qu'on rencontre souvent dans la pratique des jeunes filles chlorotiques ayant, avec des palpitations et l'état nerveux, un gonflement prononcé du corps thyroïde, mais ce goître diffère essentiellement de celui qui nous occupe.

« A Lyon, dit le docteur Teissier, ces faits sont loin d'être rares, car le goître et la chloro-anémie y sont des affections assez communes. Ils peuvent en imposer aux médecins qui n'ont pas vu le goître exophthalmiqne et leur faire croire qu'il y a entre ces affections une grande ressemblance; mais une étude attentive ne permet pas cette confusion. » (Teissier, *Du goître exophthalmique.*)

Enfin, le goître exophthalmique se montre assez fréquemment chez des sujets déjà débilités par certains états pathologiques ou par certains vices constitutionnels, cela n'implique pas qu'il y ait une liaison nécessaire entre ceux-ci et la maladie de Graves, ni qu'il soit impossible d'observer celle-ci chez des sujets présentant un état constitutionnel diamétralement opposé aux précédents. A ce propos, je citerai, entre autres faits observés par moi, celui d'une jeune bouchère des environs de Lyon, à laquelle j'ai donné des soins conjointement avec mon honorable ami le professeur Teissier. Cette dame, âgée de trente-six ans, d'une belle et forte constitution, d'un tempérament sanguin et nerveux, avait toujours joui d'une magnifique santé jusqu'à l'âge de trente-trois ans. Elle était fraîche, grasse, vigoureuse, bien réglée, seulement elle était douée d'une excessive sensibilité. Eh bien, à la suite d'un violent chagrin, elle fut atteinte d'un goître exophthalmique, qui débuta par des palpitations et qui offrit bientôt les caractères les plus accusés de cette étrange maladie. Cette observation très-complète a été publiée dans le mémoire cité plus haut.

(1) In *Annales de la Société de médecine de Lyon*, année 1862.

Nous aurions voulu encore que notre confrère eût insisté plus longuement sur la sensation de chaleur dont se plaignent les malades. Ce phénomène, signalé pour la première fois par le docteur Teissier, de Lyon, ne se localise pas dans quelques points, et n'est pas, que nous sachions, précédé de frisson de manière à simuler un accès de fièvre intermittente. Il est, au contraire, général et constant. Il semble que les malades soient placés dans un milieu à température élevée; ils ont une très-grande appétence du froid; ils recherchent l'air frais; ils ne craignent pas de se mettre dans des courants d'air; ils s'éventent constamment, se couvrent très-légèrement et ne peuvent rester en place. Cette disposition se fait remarquer dès le début de la maladie, avant même que celle-ci soit caractérisée par la triade symptomatique de Basedow; elle existe durant tout son cours, croissant ou décroissant avec elle, et ne cessant qu'après la guérison. Elle persiste en effet, à un degré peu élevé, il est vrai, dans l'intervalle de temps que laissent entre eux les divers paroxysmes. J'ai fait cette observation assez de fois pour que je considère depuis longtemps la cessation de l'appétence pour le froid comme le critérium le plus certain de la guérison complète de la maladie de Graves. Aussi je crois qu'il faut poursuivre le traitement hydrothérapique, même alors qu'il n'existe plus de palpitations, tant que ceux qui avaient souffert de la maladie de Graves ne sont pas devenus plus tolérants pour les chaleurs extérieures.

L'hydrothérapie est le traitement préconisé par M. Beni-Barde. L'application qu'il conseille dans la généralité des cas est la douche mobile, froide, courte, générale et légèrement percutante. Toutefois, lorsqu'elle est difficilement supportée, il en élève momentanément la température ou il lui substitue des lotions pratiquées avec beaucoup de précautions ; puis, lorsque les malades sont devenus moins impressionnables à l'action de la douche, il fait donner à celle-ci plus d'énergie, et il abaisse la température de l'eau. Lorsqu'il croit devoir combattre certains désordres dominants, il a recours à des applications hydrothérapiques spéciales, par exemple : à l'aménorrhée, il oppose les bains de siége froids et courts, les douches utérines, les bains de pieds chauds; à la ménorrhagie, les bains de pieds froids à eau courante ; aux engorgements du foie et de la rate, la douche hépatique ou splénique; aux *douleurs*, les douches écossaises; enfin aux troubles de l'appareil digestif, les demi-maillots et les ceintures humides.

Ce traitement a donné de nombreuses guérisons à notre confrère, mais il est long; aussi pour en abréger la durée, M. Beni-Barde conseille d'y recourir autant que possible dès le début de la maladie.

Notre confrère termine en disant qu'il considère l'hydrothérapie comme une des médications les plus efficaces contre la maladie de Graves.

Ici encore, messieurs, on pourrait exprimer le regret de ne pas rencontrer au moins quelques courtes réflexions sur l'emploi, plus ou moins opportun, de certains médicaments internes ajoutés au traitement hydrothérapique. Mais, nous le répétons, M. Beni-Barde ne s'est pas proposé d'écrire une monographie complète. Néanmoins, dans le cercle étroit où son intention l'a borné, son travail, comme vous avez pu en juger, est bien fait; c'est un exposé fidèle et complet de l'état actuel de la science sur les points qui y sont traités : nous le recommandons donc à vos suffrages.

Nous ajouterons, ce que vous savez tous au reste, que M. Beni-Barde est un médecin instruit et d'une très-grande honorabilité.

En conséquence, votre commission a l'honneur de renvoyer ce travail au comité de publication, et d'inscrire M. Beni-Barde sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société de médecine de Paris.

RENOUVELLEMENT DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1874

Président (23 votants) : M. Peter, 22 voix, 1 bulletin blanc.

Vice-président (24 votants) : M. Gallard, 22 voix; M. Blondeau, 1 voix; 1 bulletin blanc.

Secrétaires annuels. M. Gillette : 23 voix ; M. Lolliot, 22.
Conseil d'administration. M. Lunier : 23 voix ; M. Blondeau, 22.
Comité de rédaction. M. de Saint-Germain : 22 voix ; M. A. Martin, 22.

ÉLECTION AU TITRE DE MEMBRE TITULAIRE

M. Dubuc est élu par 22 voix sur 22 votants. (*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Les Facultés de médecine en France (1).

La carte IV est encore plus facile à étudier sous ce rapport. Les nombres du tableau D y sont inscrits à chaque département. Elle montre que les trois départements fidèles à la faculté de Montpellier, sont l'Hérault (19 étudiants à Paris (2), 65 à Montpellier), Pyrénées-Orientales 2 à Paris, 12 à Montpellier), le Gard (17 à Paris, 29 à Montpellier); au-delà de ces départements, le courant se dirige en grande majorité sur Paris (Aveyron 29 contre 20 ; Tarn, 23 contre 6; Haute-Garonne, 52 contre 6; Ariége, 13 contre 5). L'Aude, même, limitrophe de l'Hérault, fait dans le partage de ses étudiants, un léger avantage à Paris (12 contre 10) (3).

Ce qui ressort de ces chiffres, c'est que les neuf dixièmes des étudiants français vont faire leur éducation à Paris, mais qu'une proportion assez forte revient chaque année recevoir de la faculté de Montpellier un grade dont l'origine est justement honorée dans les régions du Midi.

Considérant maintenant la distribution des étudiants non plus par faculté, mais par département, nous pouvons envisager soit le nombre absolu de ces étudiants, soit leur proportion relativement à la population.

Le nombre absolu présente cet intérêt, de nous permettre de faire quelques conjectures sur les ressources en élèves qui seraient offertes aux nouvelles facultés ; nous y reviendrons par conséquent plus tard. Signalons seulement ce fait : que cinq départements seulement possédaient en 1865 plus de 100 étudiants, à savoir : la Seine, 504 ; le Nord, 146 ; l'Hérault 119; l'Yonne, 116; la Dordogne, 114 ; le Bas-Rhin, 104.

Que si nous envisageons la proportion des étudiants en médecine par rapport à la population et si, pour faciliter l'étude de ces faits complexes, nous dressons une carte (carte V) semblable à celle qui représentait à la distribution géographique des docteurs en médecine, carte dans laquelle les teintes sont d'autant plus sombres que les proportions sont moindres, nous voyons du premier coup d'œil que ces deux cartes ont entre elles la plus grande analogie. C'est encore ici la Seine (1 étudiant sur 3,400 habitants), et l'Hérault (1 sur 3,400), qui tiennent la tête, et le Morbihan (1 sur 22,000), qui ferme la liste. On reconnaît sur les deux cartes les massifs en teinte très-foncée, de l'Auvergne, du Dauphiné, de la Bretagne, et l'on y voit une teinte sombre, régnant également sur les départements du Nord-Ouest et surtout du Nord.

Ainsi, pour répondre tout de suite à une question que nous nous étions posée plus haut, si les écoles secondaires du Nord reçoivent si peu d'étudiants en doctorat, ce n'est pas parce que ces étudiants se dirigeraient prématurément vers Paris, mais parce qu'il ne s'en produit pas dans ces régions. La raison de ceci se devine aisément, et nous en reparlerons plus tard.

Nous pouvons donc dire, d'une manière générale, que les pays pauvres en médecins fournissent peu d'étudiants, et réciproquement ; nous pouvons dire encore, en sens inverse, que les pays où il se formera peu d'étudiants en médecine seront des pays pauvres en médecins.

Il y a là, comme dans tant de phénomènes naturels et économiques, une double relation d'effet à cause et de cause à effet. Le désir de devenir médecin, d'entreprendre de longues, coûteuses et lointaines études, naît particulièrement chez les jeunes gens qui appartiennent aux familles mêmes des médecins ; et réciproquement, le jeune homme qui, sous une influence déterminante quelconque, s'est fait médecin, retourne dans son pays et y crée souche nouvelle de futurs médecins.

La statistique nous démontre donc ce que le bon sens faisait déjà pressentir, à savoir que les moyens par lesquels on tendra à faire apparaître dans une contrée de nouveaux étudiants en médecine, auront pour conséquence générale d'augmenter plus tard le nombre des médecins exerçant dans cette contrée ; c'est là un argument des plus puissants en faveur de la création de centres nouveaux pour l'enseignement médical.

Je ne saurais cependant quitter ce sujet sans indiquer certaines exceptions à cette règle générale que, sur place, le médecin fait naître l'étudiant, et que l'étudiant forme le médecin. Il est des pays où il se fait peu d'étudiants et où les docteurs abondent cependant ; tel est le département de Seine-et-Oise où les étudiants sont dans le faible rapport de 1 pour 7,315 habitants, tandis que les docteurs y sont dans la notable proportion de 1 pour 2,617 habitants ; tel le département des Bouches-du-Rhône, 1 étudiant sur 9,391 habitants, 1 docteur sur 1,988. Ces pays sont des pays riches. Dans d'autres contrées, au contraire, il apparaît des étudiants en médecine, mais lorsqu'ils sont munis du diplôme de docteur, ils ne reviennent pas dans leur pays ; je citerai les Hautes-Pyrénées, 1 étudiant sur 3,584 habitants, 1 docteur sur 3,245 ; et surtout la Creuse, 1 étudiant sur 5,095 habitants, 1 docteur sur 8,104. Ces pays d'essaimage sont des pays pauvres ; ils sont peu nombreux.

Quoi qu'il en soit de ces exceptions intéressantes et faciles à expliquer, il reste acquis que les faits relatifs aux étudiants en médecine concordent avec ceux qui sont relatifs aux médecins eux-mêmes, c'est-à-dire que, pour multiplier les médecins dans une région qui en manque, il faut tendre à multiplier les étudiants dans cette région même, car ils n'ont aucune tendance à se déplacer et à venir d'autres régions.

Or, quel meilleur moyen de multiplier les étudiants que de leur faciliter l'étude sans en abaisser le niveau ? Et quel plus sûr moyen de faciliter l'étude que d'établir des centres nouveaux dont la fréquentation n'exigera plus un lointain déplacement et le coûteux séjour d'une ville comme Paris ?

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir les numéros des 19, 21, 26, 28, 30 mai, 2 et 4 juin 1874.

(2) Je défalque ici du nombre des étudiants parisiens ceux qui avaient interrompu leurs études depuis un temps variant de deux à dix ans.

(3) J'ai indiqué plus haut le grand nombre d'étudiants qui, inscrits à la faculté de Paris, ont cessé leurs études depuis un temps qui varie depuis deux jusqu'à dix ans. J'ai cherché à savoir si, par rapport au nombre total des étudiants de chaque département, la proportion de ces étudiants nomades pouvait s'expliquer par quelque cause générale, comme la pauvreté des régions d'origine, l'éloignement de Paris, etc.; cette proportion oscille entre 0,333 et 0,857. Pour y arriver, j'ai dressé une carte dans laquelle les teintes sont d'autant plus foncées que la proportion des élèves absents est plus forte. Or l'irrégularité de la distribution des teintes montre que les causes de ces absences sont extrêmement complexes ; un seul fait s'en dégage : les régions voisines de Montpellier et de Strasbourg sont, sur la carte, très-foncées, ce qui signifie que les étudiants qui, abandonnant leur centre d'intruction médicale, viennent s'inscrire à Paris, le font sans dessein bien arrêté de travail et abandonnent aisément leur carrière. Le travail E donne le détail de tous ces faits. Or ces étudiants ne seraient pas partis, et, par suite, n'auraient pas abandonné leurs études s'ils avaient trouvé dans leur pays d'origine une faculté installée dans des conditions suffisamment développées.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 5 juin 1874, il est ouvert des concours pour vingt places d'agrégés stagiaires à répartir de la manière suivante entre les trois facultés de médecine.

FACULTÉ DE PARIS. — Section des sciences anatomiques et physiologiques, 2. — Section des sciences physiques, 2. — Section de médecine, 5. — Section de chirurgie et d'accouchements, 5.

FACULTÉ DE MONTPELLIER. — Section des sciences anatomiques et physiologiques, 1. — Section des sciences physiques, 1. — Section de médecine, 2. — Section de chirurgie et d'accouchements, 2.

FACULTÉ DE NANCY. — Section des sciences anatomiques et physiologiques, 2. — Section des sciences physiques, 2. — Section de médecine, 2. — Section de chirurgie et d'accouchements, 2.

Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir : le 5 décembre prochain, pour la section de médecine; le 14 mars 1875, pour la section de chirurgie et d'accouchements, le 14 novembre 1875, pour les sections anatomiques et des sciences physiques.

Les candidats s'inscriront, soit d'une manière spéciale pour l'une ou l'autre place, soit au concours dans chaque faculté. Ils peuvent s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places et pour plusieurs facultés.

— La Société nationale d'encouragement au bien, présidée par M. Élie de Beaumont, vient de décerner, dans sa séance solennelle, des médailles d'honneur aux médecins dont les noms suivent :

M. le docteur Bessières, médecin à Egreville. — Prodiges de charité. Quatre-vingts soldats français lui doivent de ne pas avoir été emmenés prisonniers en Prusse.

M. le docteur Bonnassies, médecin à Corbeil. — Cours publics et gratuits très-suivis. Science mise à la portée de tous.

M. le docteur Caron, médecin à Paris. — Quatre ouvrages sur les moyens d'améliorer le sort physique de l'enfance.

M. le docteur Cauvin, médecin à Saint-Barnabé. — Trente années de désintéressement et d'abnégation. S'est endetté pour soulager les pauvres.

M. de la Corne, chirurgien militaire. — Actes nombreux de dévouement et de courage.

M. le docteur Danis, médecin à Paris. — Auteur du livre : *Autour d'un berceau.*

M. le docteur Huges-Cléry, médecin à Marseille. — Actes de philanthropie.

M. le docteur Legrand du Saulle, médecin à Paris. — Services courageux et patriotiques pendant la Commune. Dévouement qui honore autant le citoyen que le savant.

M. le docteur Masson (d'Ardres), médecin à Paris. — Services dévoués et désintéressés depuis vingt ans dans les crèches et les salles d'asile. Fondateur d'une crèche-asile rue Blanche.

M. le docteur Monnot, médecin à Montsauche (Nièvre). — Ouvrages sur l'*Industrie des nourrices* et sur la *Mortalité des nourrissons.*

M. le docteur Riant, médecin à Paris. — Ouvrage sur l'*Hygiène des écoles.*

M. le docteur Siry, médecin à Paris. — Livre sur l'*Education physique, morale et intellectuelle de l'enfant.*

La Société a enfin décerné une couronne civique à M. le docteur Brochard, médecin à Lyon et rédacteur en chef du journal *la Jeune Mère*, pour ses publications dont le but est la reconstitution de la famille en France, et une autre couronne civique à la Société protectrice de l'enfance, à Paris.

— La commune de la Selle-sur-le-Bied, 1,100 habitants, arrondissement de Montargis (Loiret), chef-lieu de circonscription pour le service médical et les autres communes de cette circonscription demandent un médecin qui serait en même temps médecin cantonal rétribué par le département. — Pays fertile. — Résidence agréable. — S'adresser au maire.

— On désire un docteur pour l'établissement de filature de Saint-Vast (Manche), à vingt et un kilomètres de Cherbourg. — Population 1,300 habitants. — Cinq ou six communes environnantes peuvent être desservies. — Traitement fixe et maison. — S'adresser au bureau du journal.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse....	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0 900	0.672
— fer et mang.	0.0[illegible]6	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..........		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0. 44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..........		
Chlorure de sodium..........		
Matières organiques..........		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

VIN TONIQUE RECONSTITUANT
DU DOCTEUR FORESTIER
VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
à l'écorce d'oranges amères

Tous les organes de la presse médicale : *Gazette des Hôpitaux, Courrier médical, France médicale, etc.*, ont depuis dix ans, signalé l'excellence de cette préparation qui contient, dissous dans d'excellent vin de Malaga, les deux éléments formateurs des *os* et du *sang*, le *quinquina* et le *pyrophosphate de fer*.

La facilité avec laquelle l'économie s'assimile le vin de quinquina au pyrophosphate de fer, l'absence de toute saveur styptique, la double influence qu'en raison de ses deux éléments formateurs il semble devoir exercer, tant sur la composition du système osseux, que sur la reconstitution du sang, telles sont les qualités qui recommandent à priori cette nouvelle préparation ferrugineuse (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*).

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 41.

PILULES DE PEPSINE
Digestion difficile, dyspepsie, vomissements, etc.

PIL. DE PEPSINE au fer réduit dans toutes les maladies où le fer est nécessaire.

PIL. DE PEPSINE au proto-iodure de fer. Maladies scrofuleuses, syphilitiques, etc.

Chez **HOGG,** pharmacien-chimiste, 2, rue Castiglione, Paris. Pharmacies de province ; on envoie *franco* par la poste.

VIN ET SIROP DE CHENNEVIÈRE
au chlorhydro-phosphate de chaux
ANÉMIE, NÉVROSE, GASTRALGIE, CHLOROSE (2 fr. 50) av. Wagram, 50 (pr la vente en gros, phie centrale).

Granules arsenicaux de Challonneau
Chevalier de la Légion d'honneur.
Pharm., 143, ancien 229, rue St-Denis, à Paris

Exactement dosés à 1 milligr. et préparés avec les arséniates de **soude**, de **potasse**, de **fer**, **d'ammoniaque**, **d'antimoine**, et avec l'**acide arsénieux**. — *Exiger mon cachet et ma signature*

LEUCORRHÉE Guérison radicale par le **Vin tonique** de E. CAIGNIET, ph. de 1re classe. — Succès, même dans les cas où les autres traitements ont échoué. — *Dépôt à Chauny (Aisne)*, chez E. CAIGNIET, ph.; Paris chez MM. CLIN ET Ce, 14, rue Racine et dans toutes les pharmacies.

ÉPILEPSIE
HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

PRIME DE **16,600** FRANCS — MÉDAILLES D'**OR** A LAROCHE

QUINA LAROCHE

Extrait COMPLET **des 3 SORTES de quinquinas**

Triple ÉLIXIR *de* QUINQUINA *reconstituant, tonique et fébrifuge.* A base de vin d'Espagne et d'un goût agréable, ce produit participe du *vin* et du *sirop* de quinquina, mais leur est bien supérieur en efficacité.

Le procédé **Laroche** consiste à ÉPUISER, par une série de véhicules variés et un outillage spécial, la *totalité* des nombreux principes contenus dans les trois meilleures sortes de quinquinas (*jaune, rouge et gris*), principes essentiels qui se complètent l'un par l'autre, et qui manquent presque toujours dans les préparations ordinaires de quinquina.

Combiné au fer le *Quina Laroche* **FERRUGINEUX** offre une préparation aussi *complète* que possible, pour tous les cas où le *quinquina* et le **Fer** sont jugés utiles.

PARIS, 22 et 15, rue Drouot, et dans toutes les pharmacies françaises et étrangères du monde.

J. Laroche

PILULES DE LOUVARD
AU FER *PUR* INALTÉRABLE ET A L'ABSINTHE

A la dose de neuf par jour, en trois fois, une heure avant le repas, c'est la préparation ferrugineuse la plus efficace et celle dont l'action est la plus rapide dans la chlorose et l'anémie. Quels que soient les désordres de l'estomac, elle est toujours bien tolérée, et, sous son influence, les fonctions digestives sont rétablies en quelques jours.

Pharmacie **LOUVARD**, rue Royale, 60, à **Versailles.** — Vente au détail, pharm. GUINHABERT, 108, r. de Grenelle-Saint-Germain, Paris, et dans les principales pharmacies.






PEPSINE BOUDAULT
SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, SUCCESSEUR DE BOUDAULT, 24, RUE DES LOMBARDS, A PARIS.

PILULES HÉMATIQUES DUROY
(Extrait complet du sang frais de bœuf)

TOUS LES MATÉRIAUX DE L'ORGANISME. — RECONSTITUANT GÉNÉRAL.

Dose moyenne : 4 pilules par jour. — 4 francs le flacon de 100 pilules dragéifiées inaltérables.

J. L. P. DUROY, LAURÉAT DE L'INSTITUT, 10, rue du Faubourg-Montmartre, Paris.

PASTILLES DE DETHAN
AU SEL DE BERTHOLLET (CHLORATE DE POTASSE)

Contre les maladies de la gorge, de la voix et de la bouche

PHARMACIE **DETHAN**, Faubourg Saint-Denis, 90, à Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

N° 67. — JEUDI 11 JUIN 1874. 47e ANNEE. JEUDI 11 JUIN 1874. — N° 67.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une des vérités fondamentales en médecine, une de celles qu'il ne faut jamais perdre de vue, c'est que tout est dans la mesure : en forçant les doses, on s'expose souvent à produire un résultat contraire à celui qu'on cherche, au lieu d'assurer ce résultat.

Il en est ainsi lorsqu'il s'agit d'une action purement dynamique, de combattre une maladie, d'amener la résolution d'une lésion déterminée : nous avons déjà longuement insisté sur ce point, notamment à propos de la pneumonie; et, à l'occasion d'un nouveau fait très-remarquable, nous aurons encore à revenir prochainement sur cette question.

Il en est ainsi lorsqu'il s'agit d'une action *physico-chimique* : M. Mialhe l'a démontré devant l'Académie par des expériences concluantes, qu'il aurait pu varier encore plus qu'il ne l'a fait.

Rien n'est moins rare en chimie organique que de voir un précipité, un coagulum, obtenu par un réactif déterminé, se redissoudre dans un excès du même réactif; mais cela cause toujours un grand étonnement à ceux qui n'ont pas l'expérience des laboratoires.

M. Mialhe n'a pas négligé d'accentuer cette impression par le contraste. Prenant, d'une part, une solution de chloral et, d'une autre part, une solution de perchlorure de fer, il a fait agir successivement ces deux substances en proportions diverses sur une solution d'albumine. Le chloral se comportait bien comme des profanes en chimie l'eussent supposé tout d'abord, *à priori*. Il en fallait une quantité notable pour que la réaction eût lieu, et on l'accentuait d'autant plus qu'on augmentait la quantité du réactif. Mais, au contraire, avec le perchlorure de fer, le trouble apparaissait dès les premières gouttes; la coagulation était bientôt complète ; puis, si l'on continuait à ajouter encore du sel ferrique, le mélange reprenait bientôt toute sa fluidité première et la plus grande limpidité. Il en était absolument de même pour l'alun.

Évidemment les chirurgiens qui pratiquent des injections intra-vasculaires doivent connaître tous ces détails, car le sérum du sang contient de l'albumine en solution. Mais M. Mialhe nous a paru se faire illusion en croyant que le sang, dans ses éléments si complexes, était pleinement comparable à une solution d'albumine.

La chimie même, à elle-seule, aurait pu le désabuser sur ce point; puisqu'un des problèmes dont elle poursuit encore en ce moment l'étude est celui de déterminer, en les distinguant les uns des autres, toutes les espèces, séparées par des nuances, qui, d'après leur composition atomique, doivent être classées dans la famille des substances albuminoïdes.

Or les nuances qui les séparent portent justement, en grande partie, sur la manière dont ces substances, presque identiques quant à leurs éléments, se comportent quand on les met en présence des réactifs.

Au point de vue de la coagulation, la fibrine, la caséine ne sont nullement comparables à l'albumine; et, à côté de ces produits normaux, on commence à connaître des albumines modifiées et des fibrines modifiées, qui se produisent sous l'influence de certains états pathologiques chez l'être vivant.

Ainsi, la chimie elle-même ne permet pas d'assimiler l'homme à une éprouvette et de raisonner d'après celle-ci pour celui-là.

Elle est désormais assez avancée pour laisser entrevoir toute la complexité des réactions vitales et des produits vitaux.

Car l'être vivant produit sans cesse, de mille manières, à l'état de santé comme à l'état de maladie ; l'éprouvette, elle, ne produit rien.

On sait ce qu'elle renferme, puisqu'on l'y a placé : on ne sait jamais complétement ce que renferme l'économie humaine à un moment déterminé.

Quand les chimistes mettent leurs soins à fixer au passage chacune des apparences que peuvent prendre ces corps sans cesse transformés, ils sont dans leur rôle et élargissent les assises solides de la science médicale. Mais quand ils prétendent expliquer les causes de ces phénomènes, exclusivement par des réactions de laboratoire, ils n'arrivent jamais qu'à montrer une fois de plus combien sont bornées les horizons de la pensée humaine.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac

Syphilis gommeuse, précoce et réfractaire à l'iodure de potassium.

Au commencement de l'année 1870, M. le professeur Jules Béclard m'adressa un jeune homme, âgé de dix-neuf ans, qui était atteint depuis quelques jours d'un chancre infectant, compliqué de phimosis. Cet accident primitif était d'intensité moyenne, et semblable à ceux qu'on observe par cen-

taines à l'hôpital du Midi. Il ne présentait aucun caractère qui pût faire supposer une syphilis exceptionnelle dans ses manifestations, sa marche et sa résistance aux médications spécifiques.

J'ai soigné ce malade pendant quatre ans consécutifs; j'ai été témoin de toutes les poussées qui se sont succédé et ont subi fatalement leur évolution complète, malgré tous mes efforts pour les prévenir ou les arrêter. Je me suis convaincu qu'il était presque toujours impossible de porter un pronostic clinique sur les conséquences d'un chancre syphilitique, et que nos prévisions touchant le mode symptomatique, le processus, la forme, la durée, la curabilité des accidents de la maladie constitutionnelle, ne pouvant se déduire rigoureusement des circonstances pathologiques qui impriment telle ou telle physionomie aux premières phases, étaient fort aléatoires, puisqu'elles ne reposaient que sur un calcul de probabilités?

A l'appui de ce que j'avance, il me serait facile de citer un grand nombre de faits. Je choisis celui dont je vais raconter l'histoire en détail, parce qu'elle offre quelques particularités qu'on rencontre rarement et qui méritent d'autant plus d'être étudiées avec soin.

I

Chancre infectant de forme commune et d'intensité moyenne, survenu après vingt jours d'incubation. — Au bout de cinq semaines, début d'un état cachectique aigu, caractérisé par de l'anémie, de l'inappétence, une grande faiblesse musculaire, etc., n'ayant aucune autre cause que la syphilis. — Vers la même époque, roséole discrète.

C'est après six mois de continence que M. X... eut commerce, une seule fois, vers le commencement de février 1870, avec la femme qui l'infecta. Au bout de vingt-cinq jours, le chancre syphilitique était déclaré : il occupait une partie de la rainure et de la muqueuse préputiale, et ne tarda pas à se compliquer de phimosis. Il était accompagné de l'adénopathie inguinale caractéristique.

Cinq semaines après le début de ce chancre, qui ne présenta rien d'insolite et guérit facilement, je fis entrer le malade dans mon service, à l'hôpital du Midi, parce qu'il commençait à éprouver des troubles constitutionnels assez sérieux. Il avait perdu l'appétit, était devenu très-anémique et éprouvait un sentiment général de lassitude et de faiblesse.

La première poussée des accidents consécutifs consista en une roséole papuleuse peu confluence, qui fit son apparition vers la même époque. J'instituai un traitement tout à la fois tonique et hydrargyrique.

Malgré ce traitement suivi et surveillé avec le plus grand soin, l'état général devint de plus en plus mauvais, et le 20 avril (neuvième ou dixième semaine du chancre), il se produisit un accident tout à fait inattendu.

Avant d'aller plus loin, il importe de remarquer que ce jeune homme, qui avait presque toujours habité la campagne, était d'une très-belle constitution, d'une santé florissante, qu'il n'avait jamais eu aucune maladie vénérienne et qu'on ne trouvait ni chez lui, ni chez ses ascendants, ou ses collatéraux, aucune trace de scrofule ou de toute autre maladie constitutionnelle, héréditaire ou acquise.

II.

La seule manifestation syphilitique secondaire consista en cette roséole papuleuse qui disparut au bout de trois semaines. — Continuation de l'état cachectique.

Dix semaines après le début du chancre, développement d'une tumeur gommeuse sur la jambe droite. Elle est inutilement traitée par l'iodure de potassium et s'ulcère.

A partir de la dixième semaine, la syphilis du malade prit une forme qu'il est excessivement rare d'observer à une époque aussi rapprochée du début de l'accident primitif; elle devint gommeuse dans toutes ses manifestations ultérieures qui se succédèrent presque sans interruption pendant quatre ans.

Ainsi la phase des accidents dits secondaires fut remplacée, au bout de trois ou quatre semaines, par la phase des accidents tertiaires.

En effet, la roséole papuleuse était à peine en voie de résolution, lorsqu'il se montra, au-dessus de la cheville interne droite, une tumeur indolente, volumineuse, d'un rouge violet, ayant des racines profondes dans le tissu cellulaire sous-cutané et occupant toute l'épaisseur de la peau.

Cette tumeur ne tarda pas à se ramollir, puis elle s'ouvrit spontanément et se convertit en une vaste ulcération de 4 centimètres carrés, à bords déchiquetés, à fond inégal et fongueux, qui mit plus de trois mois à se cicatriser.

L'os sous-jacent à la tumeur ne paraissait pas atteint. Cependant, après la guérison, la surface du tibia à ce niveau était un peu déprimée.

Est-il possible d'élever le moindre doute sur la nature de cette tumeur? N'a-t-elle pas présenté tous les caractères de la gomme? N'a-t-elle pas évolué de la même façon qu'elle? Et ce qui m'étonne presque autant que sa singulière précocité, c'est sa tendance à la fonte, à l'ulcération, qui a été aussi prononcée que dans la syphilis tertiaire la plus cachectique. Et pourtant il n'y avait que deux mois et quelques jours que le chancre avait débuté, et dès l'apparition de cette tumeur j'avais administré de l'iodure de potassium à hautes doses. Si ce médicament devait produire tout son effet curatif, il me semble que c'était dans un cas semblable! Il resta inerte; la tumeur évolua comme si elle avait été abandonnée à elle-même. Il n'en fut pas autrement pour celles qui lui succédèrent.

III.

Aggravation de la cachexie aiguë des premières phases de la syphilis. Quatre mois après le début du chancre, deuxième tumeur gommeuse sur la cuisse droite : elle s'ouvre et guérit rapidement.

Au huitième mois de la syphilis, troisième tumeur gommeuse suppurée dans la région du coude droit.

— Malgré l'apparition de ces gommes, l'état général s'améliore rapidement, et la cachexie syphilitique disparaît après quatre ou cinq mois de durée.

L'état général du malade était de plus en plus mauvais. Il avait de l'inappétence, des digestions difficiles; son anémie tournait à la cachexie. Je le fis sortir de mon service avant la guérison complète des ulcères gommeux, et je l'envoyai à l'asile de Vincennes.

En mai 1870 (quinzième semaine de la syphilis), M. X... eut à la cuisse droite une autre tumeur, un peu moins volumineuse que la première, également indolente, qui s'ouvrit, suppura et guérit assez rapidement.

Plus tard, étant toujours à Vincennes, dans d'excellentes conditions hygiéniques, qui avaient amélioré sa santé, si fortement ébranlée par les premières poussées de la syphilis, il éprouva des douleurs dans les deux coudes. Elles se dissipèrent rapidement à gauche, mais elles persistèrent à droite, où il se

forma, dans le mois de septembre (huitième mois de la syphilis), un vaste abcès gommeux que je perçai au commencement d'octobre.

Je fis reprendre à hautes doses l'iodure de potassium, qui avait été interrompu. L'ulcération consécutive à la fonte de cette gomme mit plus d'un mois à se guérir.

J'ai dit que la santé générale s'était peu à peu remise de la première secousse que lui avait fait subir l'invasion de la maladie. Quand le malade sortit de l'asile de Vincennes, le 10 août 1870, il s'était admirablement rétabli. La convalescence présenta comme caractère particulier un appétit insatiable.

Depuis cette époque, il s'est toujours très-bien porté, et sa santé est revenue aussi bonne qu'auparavant, malgré tous les accidents qu'il a eu à subir pendant trois ou quatre ans.

Avant de raconter ces accidents, résumons la première période de la maladie : un chancre infectant survient chez un jeune homme de dix-neuf ans, très-bien portant. Au bout de cinq semaines, troubles graves de la santé générale, roséole papuleuse. Au bout de deux mois et demi, tumeurs gommeuses contre lesquelles l'iodure de potassium est impuissant. Cette sorte d'état cachectique du début de la syphilis s'améliore peu à peu et est complétement guéri au bout de sept mois. Mais les manifestations gommeuses de la maladie constitutionnelle n'en persistent pas moins à se montrer, et l'iodure de potassium ne peut ni les prévenir ni les guérir. Ajoutons que les accidents cutanés de la période dite secondaire ne se sont jamais reproduits, et que la syphilis, à partir de la neuvième semaine, *a été presque d'emblée et est restée exclusivement gommeuse.*

(*A suivre*). CHARLES MAURIAC.

LA MUE DE LA VOIX

PHYSIOLOGIE. — PATHOLOGIE (1).

Modifications survenues dans les agents moteurs des rubans vocaux. — L'examen laryngoscopique nous a permis de constater que la forme et les dimensions de la glotte ne sont pas étrangères aux altérations diverses de la voix pendant la mue, et comme l'état de la glotte dépend de l'état des parties qui la circonscrivent ou qui contribuent plus ou moins directement à sa formation, c'est dans ces parties que nous avons dû chercher la cause de ses modifications. Ces causes résident :

1° Dans l'accroissement subit des cartilages. A l'âge de douze à treize ans, la hauteur de l'angle médian des thyroïdes mesure de 12 à 13 centimètres. La moyenne de cette hauteur chez l'adulte est de 20 centimètres. Les lames tranversales du même cartilage mesurent d'avant en arrière 25 millimètres à treize ans, et à dix-huit ans elles ont en moyenne 35 millimètres. Les autres cartilages se développent dans la même proportion ;

2° Dans l'accroissement des parties qui constituent les rubans vocaux. Au moment de la mue les rubans vocaux mesurent en moyenne 13 à 14 millimètres, et à la fin, c'est-à-dire dans l'espace de six mois à deux ans, ils ont acquis 6 à 8 millimètres de plus ; car à dix-huit ans les rubans vocaux mesurent en moyenne 20 à 25 millimètres.

Il résulte de ces observations que, durant la période de la mue, les différentes parties du larynx ont pris un développement deux fois plus grand que celui qu'elles avaient acquis depuis la naissance jusqu'à la révolution génitale. Tels sont les faits qu'il s'agit d'interpréter.

(1) Suite. — Voir le numéro du 9 juin 1874.

Le développement des cartilages dans toutes leurs dimensions a pour effet d'augmenter tous les diamètres de la cavité laryngienne ; à cette augmentation correspond évidemment un développement proportionnel des rubans vocaux, mais ce développement n'est pas si exactement calculé sur celui des cartilages, qu'il s'ensuive nécessairement un ensemble parfaitement harmonique. Il existe, en effet, un certain désaccord entre l'accroissement des cartilages et celui des rubans vocaux et ce désaccord se manifeste par deux particularités essentielles dans l'image de la glotte. La caractéristique de la fente glottique chez l'enfant consiste dans la direction parfaitement rectiligne de cette fente pendant le rapprochement des rubans vocaux. Chez l'adulte elle est légèrement elliptique, et elle doit cette disposition à l'écartement trop considérable des lames du thyroïde. Cette disposition exige pour la production de sons de la voix une certaine contraction des muscles thyro-arythénoïdiens qui, en gonflant les rubans vocaux, les rapprochent l'un de l'autre en faisant disparaître la forme elliptique de la glotte. Chez l'enfant, cette contraction musculaire est peu prononcée et les lames du thyroïde, très-peu consistantes encore, sont rapprochées l'une de l'autre par le constricteur inférieur du larynx. Pendant la mue, on constate un état intermédiaire à ceux que nous venons de mentionner. Sous l'influence de l'écartement des lames du thyroïde, les rubans vocaux tendent à s'incurver en dedans et à donner à la glotte la forme elliptique ; mais l'écartement des lames est si grand que les rubans vocaux n'arriveraient jamais au contact l'un de l'autre si les muscles thyro-arythénoïdiens n'acquéraient pas en même temps un développement proportionnel capable d'effectuer ce rapprochement. L'occlusion de la glotte est effectué en avant par les muscles thyro-arythénoïdiens, en arrière par les crico-arythénoïdiens latéraux ; or ces puissances musculaires n'agissent pas dans toute leur plénitude durant la mue, et de leur action insuffisante, il résulte certains aspects de la glotte que nous avons retrouvés assez souvent dans nos observations. C'est ainsi que, très-fréquemment, la fente glottique décrit une ellipse très-allongée et étranglée vers le milieu de son étendue, plutôt à la partie antérieure qu'à la partie postérieure comme l'on peut le voir dans la figure 1. Cette disposition, qui est une des plus fréquentes, nous a paru tenir à l'action insuffisante du faisceau vertical des muscles thyro-arythénoïdiens.

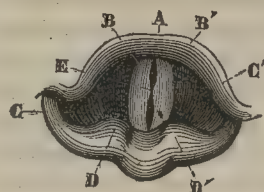


Fig. 1. — A épiglotte ; BB' rubans vocaux ; CC' ligaments thyro-arythénoïdiens supérieurs ; DD' cartilages arythénoïdes ; E étranglement dû à la mue.

Il est une autre disposition qui se présente non moins souvent, et qui constitue, avec la précédente, les dispositions de la fente glottique à l'époque de la mue. Cette disposition, que nous représentons dans la figure 2, tient au développement inégal du bord supérieur du cricoïde qui a pour effet de maintenir les arythénoïdes dans un degré d'écartement incompatible avec le rapprochement complet des rubans vocaux en arrière ; cet écartement est encore entretenu par la faiblesse des muscles crico-arythénoïdiens latéraux. Il résulte de cette impuissance musculaire et de l'accroissement inégal précité que les rubans vocaux ne se rapprochent pas suffisamment en arrière et que la glotte présente la forme d'un V allongé.

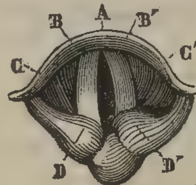


Fig. 2. — A épiglotte ; B rubans vocaux ; CC' ventricule du larynx ; DD' cartilage arythénoïdien.

Marche de la mue. — Les phénomènes que nous venons de signaler ne suivent pas, dans leur développement, une marche très-régulière. En général la voix ne baisse pas tout d'un coup; elle se voile, quelquefois même elle est enrouée : cet enrouement persiste alors tout le temps de la mue et la voix ne recouvre son timbre pur qu'au bout de six mois à un an. Après un temps variable, selon les individus, le jeune pubère a perdu sa voix d'enfant, mais celle qu'il possède n'a pas encore la force, l'énergie, le timbre, le diapason qui doivent la caractériser plus tard; elle oscille entre ce qu'elle a été et ce qu'elle sera. Cette hésitation vient de ce que le larynx n'a pas atteint tout son développement; l'accroissement de cet organe se fait peu à peu et ne se termine qu'à l'âge de dix-huit à vingt ans. On peut donc dire que, chez l'homme, la mue s'effectue dans une période de deux à quatre ans. La femme suivant en cela la loi générale à laquelle elle est soumise, finit de muer un peu plus tôt, c'est-à-dire vers l'âge de dix-sept à dix-huit ans.

Causes de la mue. — Les physiologistes n'ont pas manqué de constater la coïncidence qui existe entre le changement de la voix et le développement des organes génitaux, et d'établir une relation de cause à effet entre ces deux phénomènes. On peut dire que cette coïncidence existe parce que la nature l'a voulu ainsi; mais il est permis de pénétrer plus avant dans les mystères de la création et de rechercher les liens sympathiques qui unissent ces phénomènes.

Tous les animaux terrestres, même ceux qui dans les temps ordinaires n'ont pas de voix, produisent un son particulier à l'époque de leur rapprochement. Le grand acte de la reproduction semble ne pas pouvoir s'accomplir sans que l'animal exprime d'une manière sonore son désir et sa satisfaction. La caille chante avant le combat, le rossignol ne cesse de chanter, et le coq fait retentir les airs du cri de sa victoire. Le verrat, le bouc, le sanglier ont dans ces moments un langage sonore particulier; il n'est pas jusqu'à l'animal le plus immonde qui n'ait, lui aussi, son cri. Le crapaud appelle, en croassant, sa femelle; on le voit tendre sa lèvre supérieure à fleur d'eau; cette tension rend ses lèvres transparentes et elles brillent comme des lumières. Enfin les poissons qui, on le sait, n'ayant ni poumons ni trachée, sauf quelques exceptions, sont privés d'organe vocal, font entendre néanmoins un son. Aristote, à qui nous empruntons ces détails, parle du grognement de la lyre, du sifflement du chromis et du poisson appelé chalcis qu'on trouve dans le fleuve Achéloüs; il en est de même du coucou, ainsi appelé à cause du son qu'il produit. Parmi ces poissons, les uns produisent le son par le frottement de leurs branchies qu'ils ont garnies d'arêtes; les autres par le moyen de certaines parties intérieures voisines du ventricule et qui contiennent de l'air ainsi que les bronches : c'est cet air dont l'agitation et le frottement produisent le son.

Il est donc présumable qu'il entrait dans les vues du Créateur que le grand acte de la reproduction fut accompagné d'un phénomène sonore.

Dr Édouard FOURNIÉ.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 juin 1874. — Présidence de M. DEVERGIE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. Le Roy de Méricourt, comme membre associé libre de l'Académie.

Sur l'invitation de M. le président, M. Le Roy de Méricourt prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1873, dans les départements d'Indre-et-Loire et de la Haute-Saône (commission des épidémies); 2° le rapport de M. Motet, médecin inspecteur des eaux minérales de Castera-Verduzon (Gers), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1872 (comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Dechaud, médecin à Montluçon, qui sollicite le titre de membre correspondant; 2° une lettre de M. le docteur Désormaux, qui se porte comme candidat à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale; 3° un pli cacheté relatif à un instrument obstétrical pouvant remplacer le forceps, déposé par M. le docteur Poullet, médecin à Lyon (accepté); 5° un mémoire de M. Nativelle sur *l'extraction de la digitaline cristallisée*; 6° un travail de M. le docteur Pigeon, de la Nièvre, sur *l'étiologie du choléra épidémique.*

PRÉSENTATIONS

M. GOSSELIN présente, de la part de M. Goldenstein, chirurgien dentiste, une brochure intitulée : *Un fait de destruction d'une partie de la face; quatre faits de division de la voûte palatine et du voile du palais; moyen d'y remédier.*

M. LARREY présente, de la part de M. le docteur Moncoq, un volume intitulé : *Transfusion instantanée du sang, solution théorique et pratique de la transfusion du sang chez l'homme et chez les animaux.*

M. HÉRARD présente, de la part de M. le docteur Huchard, un mémoire intitulé : *De la fièvre et des bains froids ou du traitement de la fièvre par la méthode des réfrigérants.*

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente, de la part de M. le docteur Lunier, un volume intitulé : *De l'influence des grandes commotions politiques ou sociales sur le développement des maladies mentales.*

M. WURTZ présente, de la part de M. Nativelle, pharmacien à Paris, plusieurs échantillons très-remarquables de digitaline cristallisée obtenue par un nouveau procédé (comm. : MM. Mialhe, Bucquet et Devergie).

COMMUNICATION

M. MIALHE. Je viens rappeler à l'Académie les résultats déjà publiés, mais généralement mal connus ou mal compris, de mes recherches sur les substances qui coagulent le sérum du sang, et sur le degré de concentration nécessaire pour produire cette coagulation. La plupart des substances médicamenteuses agissent sur l'organisme en modifiant la composition du sang, les unes en le coagulant, les autres en le fluidifiant. Cette coagulation ou cette fluidification se font dans les mêmes conditions que lorsqu'il s'agit de l'albumine; aussi ai-je depuis longtemps institué des expériences sur l'albumine; et, pour en montrer tout l'intérêt pratique, je vais aujourd'hui mettre sous les yeux de l'Académie les résultats que l'on obtient en traitant l'albumine par des solutions diversement concentrées de chloral et de perchlorure de fer.

Si l'on verse dans une dissolution albumineuse une solution étendue de chloral hydraté, l'albumine n'est pas coagulé; mais si l'on se sert d'une solution plus concentrée, on obtient un coagulum; on doit naturellement en conclure que l'on peut injecter sans danger, soit dans les veines, soit dans le tissu cellulaire, une solution suffisamment étendue de chloral; cependant, j'avoue que, comme praticien, si j'étais mis en demeure de le faire sur l'homme, je m'y refuserais, car en général je n'aime pas cette manière d'agir. J'ai la défiance la plus grande contre la méthode des injections intra-veineuses.

Si maintenant nous passons à une autre réactif, le perchlorure de fer, nous voyons que cette substance en solution concentrée au trentième, par exemple, ne coagule pas l'albumine, tandis que la même solution étendue de dix, quinze, ou vingt fois son poids d'eau,

détermine un coagulum très-considérable. C'est pourquoi, lorsqu'il s'agit d'arrêter une hémorrhagie, un épistaxis, par exemple, à l'aide du perchlorure de fer, il ne faut pas se servir d'une solution concentrée, qui augmenterait l'écoulement du sang, mais il vaut mieux employer une solution très-étendue.

M. COLIN. Les choses ne se passent pas toujours dans l'économie vivante comme dans les éprouvettes de M. Mialhe. Lorsqu'on injecte des substances médicamenteuses dans les veines, on détermine la formation de petits caogula sanguins qui peuvent s'arrêter dans les vaisseaux capillaires; c'est ainsi que sur les animaux, sur lesquels j'ai étudié expérimentalement les injections intra-veineuses de diverses substances, j'ai observé souvent des lésions pulmonaires, qu'il faut attribuer à des embolies capillaires. L'examen au microscope des résultats des expériences de M. Mialhe serait donc nécessaire pour voir s'il ne se forme pas dans ces expériences des coagula microscopiques.

M. BLOT. Je ne suis pas du tout rassuré par les démonstrations de M. Mialhe et par ses expériences de laboratoire de chimie; parce que le chloral hydraté à solution étendue ne coagule pas l'albumine dans une éprouvette, il ne s'ensuit pas qu'il ne puisse pas produire, injecté dans les veines, des accidents toxiques.

M. VULPIAN. Je ne crois pas non plus que les expériences de M. Mialhe soient démonstratives à l'égard des résultats des injections de chloral dans les veines. Ces injections peuvent être suivies des plus graves accidents, même avec des solutions relativement étendues, par exemple avec des solutions au cinquième. Outre les accidents d'hématurie que j'ai déjà signalés dans la dernière séance, sept à huit fois, sur un nombre de 70 chiens environ soumis à des injections intra-veineuses de chloral, j'ai été témoin d'accidents très-rapidement mortels. Tout à coup, pendant que l'injection était pratiquée, les animaux ont cessé de respirer et sont restés frappés de mort définitive, malgré tous les moyens employés pour les rappeler à la vie, tels que la respiration artificielle ou l'application des courants galvaniques. D'autres fois, ces mêmes moyens les ont rappelés à la vie, mais dans des cas relativement plus rares que les premiers. Les chirurgiens doivent avoir ces faits présents à la mémoire lorsqu'il s'agit de faire chez l'homme des injections intra-veineuses de chloral.

M. GIRALDÈS. Je déclare avoir observé des faits qui sont en contradiction avec les résultats des expériences de M. Mialhe. Ainsi, au début de mes essais sur l'administration du chloral chez l'homme, je ne me servais que de chloral très-dilué, et cela pour une bonne raison, c'est que j'avais entre les mains une très-minime quantité de chloral, une trentaine de grammes, que j'avais reçue de Berlin et que je ménageais, ne pouvant, pour le moment, m'en procurer d'autre. Quant au perchlorure de fer, autrefois j'ai fait à Alfort, avec M. Goubaux, des expériences dans lesquelles nous nous sommes servis successivement de solutions à 45, à 30, à 20 et à 15 degrés de l'aréomètre de Baumé, que nous avons injecté dans l'artère carotide de chevaux; et, après avoir sacrifié ces animaux, nous avons constaté qu'il n'y avait presque pas eu de coagulum sanguin avec les solutions au quinzième et au vingtième, tandis que les coagula étaient considérables avec les solutions concentrées, surtout avec la solution à 45 degrés.

M. MIALHE. Je maintiens formellement ce que j'ai dit déjà, que le coagulum albumineux est plus marqué avec une solution étendue de perchlorure de fer qu'avec une solution concentrée.

M. COLIN. Je demanderai à M. Vulpian quel était le titre de la solution de chloral dont il s'est servi dans ses expériences sur les chiens.

M. VULPIAN. C'était une solution au cinquième.

M. COLIN. Eh bien, une solution à ce titre est encore trop concentrée. Pour ma part, je me suis servi dans diverses expériences de solutions au dixième ou au douzième, et je n'ai pas eu le moindre accident. Tout récemment j'ai injecté à deux chiens du poids de 25 livres, 2 grammes de chloral dilué au dixième et au douzième, et je n'ai vu survenir ni phlegmon ni escarre. J'ai injecté également sur un lapin 5 décigrammes d'une solution semblable de chloral, et il n'y a pas eu non plus d'accident. Comme je l'ai déjà dit, du reste, j'ai constaté que les injections sous-cutanées de solutions diluées de substances médicamenteuses étaient absorbées avec une rapidité merveilleuse.

M. BOUILLAUD. Je crois devoir rappeler de nouveau que les expériences de M. Oré sur les animaux et ses essais chez l'homme relatifs à la production de l'anesthésie chirurgicale au moyen du chloral, n'ont été, entre les mains de M. Oré, suivis d'aucun accident. Tout récemment encore, à l'étranger, une opération d'extirpation de cancer du rectum a été pratiquée sur un malade anesthésié par les injections intra-veineuses de chloral, et jusqu'à ce jour il n'est survenu aucune suite fâcheuse.

DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

M. HERVIEUX commence un discours qu'une indisposition subite l'oblige bientôt d'interrompre.

Dans ce discours il se proposait : 1° de défendre la doctrine de l'importation cholérique et, par suite, de la contagion du choléra, contre les attaques de M. Guérin ; 2° de répondre aux critiques qui lui avaient été adressées personnellement.

Aucun orateur inscrit ne répondant à l'appel de son nom, la suite de la discussion sur le choléra est remise à une autre séance.

LECTURES

M. GIRAUD-TEULON, candidat pour la section de physique et de chimie médicale, lit une note intitulée : *De la substitution du mètre au pied dans la mesure de la réfraction.* (Comm. : MM. Gavarrel, Regnault, Devergie.)

M. le docteur DE LA BORDETTE, chirurgien de l'hôpital de Lizieux, donne lecture d'un travail intitulé :

Note sur la contracture musculaire dans les cas de mort apparente. — Dans le Mémoire que j'ai présenté à l'Académie des sciences sur le traitement de l'asphyxie, j'ai établi, par de nombreuses expériences, que la contracture des mâchoires était un signe de vie. La durée de cette contracture est assez difficile à fixer, néanmoins, on peut affirmer, jusqu'à plus ample certitude, qu'elle ne peut persister longtemps, ce que l'on peut dire, certainement, c'est qu'elle cesse avec la vie, jusqu'au moment où elle reparaît, et est alors due à la rigidité cadavérique.

C'est dans la transition qu'il y a, entre ces deux roideurs si différentes, que je crois avoir trouvé la solution d'un problème qui préoccupe depuis si longtemps. Je veux parler de la certitude de la mort, et de la preuve à en donner d'une façon je dirai presque facile pour tous.

Le speculum laryngien, après avoir triomphé de la contracture des mâchoires, aide au rappel à la vie. En l'appliquant toutes les fois que j'en ai eu l'occasion, j'ai pu constater que, jusqu'au retour à la vie, le resserrement des mâchoires se faisait si l'on retirait l'instrument; tandis que si on le maintient introduit, la force élastique, due au trismus des mâchoires, ainsi que l'a signalé M. Voisin, se trouve neutralisée, et les obstacles à l'introduction de l'air étant ainsi vaincus, le sujet finit par respirer et vivre.

Si, au contraire, vous introduisez le speculum laryngien dans la bouche d'un cadavre, il se passe un fait très-remarquable, c'est que, une fois introduit profondément, l'instrument n'est plus serré; vous pouvez le retirer et la bouche reste ouverte. L'absence de tonicité musculaire, c'est la mort. Cette non-rétraction des mâchoires coïncide avec celle des membres. Voici donc deux moyens certains qui peuvent être simultanément mis en usage : plier un membre et introduire le speculum dans la bouche.

Le dernier moyen a le double avantage de prouver la mort si la bouche reste ouverte, et si elle se referme, de permettre de rappeler le sujet à la vie.

Tout le monde peut introduire le speculum laryngien et, par conséquent, s'assurer de la réalité de la mort.

Il est sûr que si l'expérience est faite sur un sujet décédé depuis douze heures, où l'on trouvera la rigidité cadavérique, jamais l'expérience ne manquera.

M. le docteur PRAT lit un travail intitulé : *Hygiène du temps qui précède l'inhumation.* (Comm. : MM. Guéraud, Bergeron, Delpech.)

PRÉSENTATION DE MALADE

M. le docteur ABEILLE présente une jeune malade à laquelle il a pratiqué avec succès l'opération de l'empyème, et donne lecture de l'observation suivie de quelques considérations générales sur cette opération.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Les Facultés de médecine en France (1).

Nous en arrivons donc encore, par l'analyse minutieuse des faits et des chiffres, à une conclusion tellement claire que son énoncé semble pécher par un excès d'évidence.

Ainsi nous avons répondu affirmativement à la première question qui nous était posée tout d'abord. Oui, les plaintes sur le faible nombre de médecins dont se sont faits les interprètes ceux de nos honorables collègues qui nous ont présenté les six propositions de lois sont fondées. Oui, la cause de cette insuffisance du corps médical en quantité comme en qualité, doit être trouvée dans le petit nombre de centres d'instruction complète qui s'offrent aux étudiants, centres d'instruction ainsi placés, pour comble, que l'immense majorité des élèves se concentre sur un seul d'entre eux, sur Paris.

Résultats fâcheux à tous les points de vue, qui engendre des plaintes d'un autre ordre, non moins générales, non moins graves, non moins justifiées.

Tout d'abord, Paris ne peut suffire à cet excès de prospérité. Pour employer en ce sujet d'ordre médical une expression médicale, on peut dire que la faculté de Paris, étouffe de pléthore.

Sans doute, ses ressources pour l'enseignement médical sont immenses, supérieures à celles que présenteraient toutes les grandes villes de France réunies. Sans doute, les 29 professeurs de sa faculté de médecine, les 9 professeurs de son école supérieure de pharmacie, les innombrables professeurs libres qui, dans les amphithéâtres de son école pratique, à l'institut de Clamart ou dans ses riches services hospitaliers, groupent autour d'eux la jeunesse studieuse, offrent à celle-ci d'incomparables moyens de s'instruire. Sans doute, ses 26 hôpitaux et hospices, avec leurs 20,000 lits et leurs 100,000 malades annuels, que plus de 100 chefs de service, assistés de 250 internes, nommés comme leurs maîtres au concours (voir tableau F), constituent un vaste champ d'études où d'innombrables élèves pourraient trouver simultanément la matière du travail.

Et cependant qui donc oserait dire aujourd'hui que les milliers d'étudiants inscrits à sa faculté ou à son école supérieure de pharmacie reçoivent de celles-ci les moyens d'études qu'ils sont en droit de réclamer ? Où sont et que sont les laboratoires de physique, de chimie, de physiologie, d'histoire naturelle, qui devraient s'ouvrir à tous les étudiants ? Combien d'entre ceux-ci peuvent travailler ? L'école de pharmacie ? Les bâtiments s'écroulent. La faculté de médecine ? Le rapport récent de son éminent doyen (2) en fait un tableau désolant. Il constate que les élèves n'y peuvent trouver place dans les amphithéâtres, les pavillons de dissection, les laboratoires ; et cependant ils affluent de plus en plus nombreux.

Encombrement funeste, car ne pouvant recevoir une instruction pratique et sérieuse, ces jeunes gens s'habituent à se contenter de notions superficielles, puisées dans quelques manuels ou aux conférences de quelques répétiteurs, notions qu'ils conservent dans l'esprit, juste assez de temps pour subir chacun de leurs examens successifs. Non qu'ils puissent tromper la sagacité de leurs examinateurs, mais comment exiger d'un élève la solidité d'une instruction qu'on n'a pu lui fournir ?

Encombrement funeste à d'autres points de vue encore ; et ici, l'isolement des étudiants et des professeurs, isolement sur lequel nous avons déjà insisté, vient joindre ses effets fâcheux à celui du trop grand nombre d'élèves et du manque de moyens d'étude. Ce n'est pas, en effet, sans une vive et légitime préoccupation que les familles envoient dans la grande ville pour y demeurer, abandonnés à eux-mêmes, ces jeunes gens que l'internat du collége n'a point préparés à la liberté complète. Nous avons plus haut signalé ces dangers ; leur gravité sera d'autant plus grande que la condensation des étudiants à Paris sera plus considérable.

Sans doute, l'installation si défectueuse des établissements dont nous nous occupons pourrait être améliorée et le sera bientôt, nous en avons la ferme espérance. Mais d'abord, pour fournir aux 4 ou 5,000 étudiants qui, cette année, encombrent amphithéâtres, laboratoires et services hospitaliers ; pour fournir, dis-je, à cette armée d'étudiants tout ce qu'ils ont le droit d'exiger de l'enseignement, puisque l'examen l'exige d'eux, il faudrait couvrir de laboratoires le quartier latin tout entier.

Le ferait-on qu'on ne résoudrait pas la difficulté tout entière. Quelque amélioration qu'on puisse apporter dans l'installation matérielle et même dans l'organisation de l'enseignement, on ne peut espérer pouvoir diriger d'une manière satisfaisante une aussi nombreuse population scolaire, et toujours se dresseraient les mêmes inconvénients au point de vue intellectuel comme au point de vue moral. Nous ne voyons d'autres moyens d'y parer efficacement que de créer des centres nouveaux d'enseignement complet, de les placer dans des conditions qui puissent attirer et retenir la jeunesse studieuse. Là pourront s'établir des rapports fructueux pour tous entre les maîtres et les élèves, et ceux-ci, à portée, sous les yeux de leurs familles, feront dans des conditions moins périlleuses l'essai de la liberté et l'apprentissage de la vie.

Nous croyons avoir montré, il y a un instant, qu'ils seraient en outre plus nombreux en somme totale, et aux raisons que nous avons données s'ajoute très-certainement celle-ci, que les familles éprouveraient moins de scrupule à faire embrasser à leurs enfants la carrière médicale lorsque celle-ci entraînera non-seulement moins de frais, mais moins de risques lointains.

Mais l'augmentation du nombre des médecins n'est qu'une des faces de l'importante question dont nous a saisis l'Assemblée. Il importe de la voir de plus haut et de rechercher si l'institution de facultés nouvelles présente des avantages ou des inconvénients au point de vue de l'élévation des études médicales elles-mêmes, et au point de vue plus général encore de l'intérêt de notre enseignement supérieur, intérêt qui tient le premier rang dans toutes les questions d'instruction publique.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir les numéros des 19, 21, 26, 28, 30 mai, 2, 4 et 9 juin 1874.
(2) Wurtz. — Rapport à M. le ministre de l'instruction publique sur l'état des bâtiments et de services matériels de la faculté de médecine, 1872.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

103. Peyssonnié. Essai sur la grenouillette.
104. Perrot. Du traitement de l'hydarthrose.

105. Menu. De la périostite dans le cours du rhumatisme articulaire aigu.
106. Maze. Des névralgies au point de vue de leur étiologie et de leur traitement.
107. Violet. Étude pratique sur la syphilis infantile.
108. Héral. Considérations générales sur la trachéotomie et sur la galvanocaustique thermique appliquée à cette opération.
109. Defontaine. Essai sur la pathologie des reins mobiles.
110. Vervraest. Quelques considérations sur les miasmes et sur la désinfection de l'air et des plaies.
111. Danlos. Étude sur la menstruation au point de vue de son influence sur les maladies cutanées.
112. Gasser. Des parasites des organes génitaux de la femme.
113. Courrèges. Étude sur la pelade.
114. Sockeel. De la contracture douloureuse du col de la vessie.
115. Blanchetière. Étude sur le croup des enfants.
116. Azmi. Des hémorrhagies dans la cirrhose.
117. Fouilhoux. Essai sur les variations de l'urée.
118. Ritti. Théorie physiologique de l'hallucination.
119. Lelong. De quelques accidents consécutifs aux fractures du rocher.
120. Raoult. Des hémorrhagies intestinales dans le cours de la fièvre typhoïde.
121. Llenas. Contribution à l'histoire des maladies de Saint-Domingue.
122. Leques. Des tumeurs de l'extrémité supérieure du tibia, de leur diagnostic, de leur traitement.
123. Bougey. Du traitement des factures simples du corps du fémur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 1er juin 1874, M. Cauvet (Philippe-Emilion-Luc-Désiré), docteur en médecine, docteur ès sciences naturelles et agrégé, pharmacien de première classe, est nommé professeur d'histoire naturelle à l'École supérieure de pharmacie de Nancy.

— Par décret en date du 3 juin 1874, M. Léon Monsel, pharmacieu-major de 1re classe, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Le *Journal officiel* publie la note suivante :

Dans l'arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 5 juin courant, le nombre des emplois d'agrégé près les facultés de médecine a été porté par erreur au chiffre de vingt. Le nombre des emplois à donner est de vingt-huit, ainsi que l'indique le tableau annexé audit arrêté.

Faculté de médecine de Paris. — M. Laborde (Jean-Baptiste-Vincent), docteur en médecine, est nommé préparateur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Muron, décédé.

— *Hôpitaux de Paris. Concours de médecine.* — La lecture de la composition écrite sur : *La diphthérie en général*, est terminée. Les candidats sont dans l'ordre suivant :

Gerin-Roze, 84; Dieulafoy, 81 1/2; d'Heilly, 79; Lépine, 79; Rathery, 78; Grancher, 77; Liouville, 75; Gouguenheim, 73 1/2; Hallopeau, 73 1/2; Desplats, 73.

— M. Édouard Marbeau, auditeur au conseil d'État, est nommé secrétaire adjoint du Conseil supérieur de l'instruction publique, en remplacement de M. Chauffard, appelé à d'autres fonctions.

— Par arrêté préfectoral, en date du 1er mai 1874, M. le docteur Peyron, ancien interne de l'asile public d'aliénés de Marseille, a été nommé directeur de la maison de santé de Saint-Remy de Provence.

— *Corps de santé militaire.* — Par décret, en date du 30 mai 1874, sont promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe : MM. Besançon, Armieux, Frison et Molard.

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Morand, Chevassu, Vézien et Michel.

Au grade de médecin major de 1re classe : MM. Fargues, François, Combes, Durant, Bonnaud, de la Porte, Vizerie, Paoli, Waeterloot, Chabert, Judée, Thomas, Frilley et Vincent-Genod.

— *Distinctions honorifiques,* — MM. les docteurs Forget, Mauriac et Harmant, médecin de la marine, sont nommés officiers d'académie.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 13 juin 1874, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance. — 2° Vote sur la candidature de M. le docteur de Beauvais, au titre de membre titulaire. — 3° Lecture du rapport de M. Leudet. — 4° Communication de M. le docteur Gillebert d'Hercourt sur la topographie et le climat d'Enghien-les-Bains.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. — Toutes ces thèses se trouvent chez M. Coccoz, libraire-éditeur, 30, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

L'érythème noueux et l'érythème papuleux.

L'érythème papuleux et l'érythème noueux sont-ils deux espèces distinctes ? Faut-il les séparer nosologiquement comme a voulu le faire Trousseau ?

Trousseau était un de ces maîtres que les praticiens de la bonne école abordent toujours avec respect. Il avait l'art et le coup d'œil qui dominent tout en clinique. Il savait observer, et il savait apprendre à observer. Beaucoup de ses élèves se distinguent encore par une allure personnelle, originale, indépendante, qui les conduit parfois loin des sentiers battus. Ils peuvent s'égarer sans doute, mais au moins ce n'est pas dans la commune ornière.

Le maître aussi a pu s'égarer quelquefois ; il avait d'ailleurs les défauts de ses qualités remarquables. Peintre admirable, il excellait à rendre la physionomie d'une maladie, il savait en accentuer énergiquement les traits saillants. Or c'est là ce qui constitue l'air de famille, ce qui permet de reconnaître un même type dans la variété infinie des cas individuels. C'est la base même de l'enseignement théorique de nos écoles. La détermination des espèces morbides se fait toujours à l'aide de ces points de repère. Sans eux il n'y aurait pas de nosographie possible ; et c'est ce qu'on nomme la science, alors qu'on prétend opposer la science à l'art. En effet, pour donner un nom à ce qu'on observe, il faut appliquer cette science ; et cela suffit dans un examen ou dans un concours. Mais, pour soigner utilement un malade, il faut autre chose : il faut une exacte appréciation de l'individu pathologique, en son entier, en lui-même, et non point dans tel ou tel rapport avec tel ou tel type schématique arrêté d'avance. Le *particularisme* étroit qui, pour le praticien, remplace forcément les données générales, c'est bien de l'*art*, car il y faut le sentiment de la mesure et une certaine *intuition*, pour ne pas dire *inspiration*, dans l'imprévu.

Or cet art, le plus grand mérite du médecin, est un péril pour le nosographe. En effet, quand on est trop vivement frappé des caractères propres qui individualisent chaque cas en particulier, on a une certaine tendance à faire des groupements d'après ces caractères : et rien n'est plus artificiel qu'un tel genre de groupements. On se perd dans des ressemblances et des différences purement fortuites. On fait paraître, au premier plan, des traits secondaires, accidentels, qui dérobent à la vue les grands traits de famille ; et l'on en arrive à tracer des cadres aux contours trop mal définis pour servir en rien à l'élève.

Tel est le cas, nous paraît-il, en ce qui touche les érythèmes noueux et papuleux, dans le premier volume de la Clinique de Trousseau.

Il en fait deux familles absolument distinctes, pour ainsi dire deux *entités;* et pourtant, quand on cherche à se rendre bien compte des observations même qu'il invoque à l'appui de cette thèse, on est déjà surpris de ne pas bien saisir les différences fondamentales qui sépareraient ces familles.

« L'érythème papuleux, dit-il, en guise de résumé, dans le titre même du chapitre, diffère de l'érythème noueux par le siége et la forme de l'éruption, par la gravité, par les accidents concomitants. »

Or si nous entrons dans le détail, nous trouvons d'abord que la forme a été simultanément noueuse et papuleuse chez les trois malades que Trousseau présente comme types de l'érythème papuleux. Tous trois eurent des nodosités sur quelques points des membres inférieurs, tandis qu'ils présentaient des plaques papuleuses sur les avant-bras et les mains. Il est vrai que Trousseau dit bien : « *Quelquefois* vous trouverez de véritables nouûres dans l'érythème papuleux » ; mais il nous semble qu'il faudrait aller plus loin dans cette concession, et se rapprocher davantage de la formule parallèle très-juste en ce qui touche l'érythème noueux : « Vous n'observerez jamais d'érythème noueux sans papules assez nombreuses. »

Ainsi, des deux parts, simultanéité de nouûres et de papules. La forme n'a donc absolument rien de caractéristique.

Quant à la gravité, elle a été grande, il est vrai, dans les trois cas d'érythème papuleux mentionnés d'abord. Chez ces trois malades, des complications pulmonaires se sont vite manifestées. Mais déjà rien de tel ne s'était présenté chez une quatrième malade, dont Trousseau parle en quelques mots. Chez elle, l'affection s'est montrée des plus bénignes et s'est même distinguée par cette bénignité extrême des érythèmes noueux vulgaires.

Il n'y a pas même eu de fièvre, pas de douleurs articulaires, pas de trouble gastrique ou autre. Notons ici que, justement chez cette femme, par exception, l'érythème s'est passé sans la moindre nouûre. Ce serait donc un type idéal de la forme exclusivement papuleuse.

Aucun accident concomitant n'est pourtant venu cette fois se joindre au tableau.

Que reste-t-il donc comme caractère différentiel?

Serait-ce le siége? En effet, les mains et les avant-bras étaient également le siége de papules dans les trois premières observations, celles où l'érythème fut grave, et dans la quatrième, où il fut très-bénin. Mais ce n'en était pas toujours le siége exclusif; et, d'ailleurs, la question de siége devient de bien petit intérêt quand elle est isolée de toute autre question.

Autant sont vagues les différences, autant sont, au contraire, frappantes les ressemblances entre les érythèmes noueux et papuleux.

De part et d'autre, en général, on rencontre d'abord un appareil fébrile et, chez les adultes, des douleurs articulaires, qui parfois simulent à s'y méprendre une arthrite rhumatismale.

De part et d'autre, il peut se produire une endocardite; Trousseau l'a reconnu expressément lui-même.

« Mais, pour moi, dit-il, ces phénomènes communs n'expliquent pas l'identité de la maladie. »

Je doute fort qu'il eût raison.

Ces réflexions me sont inspirées par un fait récent qui s'est présenté dans le service de M. Damaschino.

Il s'agit d'une femme âgée de trente-trois ans, entrée le 6 juin, salle Saint-François, n° 17, à l'hôpital temporaire de la rue de Sèvres.

Elle était souffrante depuis six jours. Jusque-là sa santé avait été très-bonne, sauf qu'elle avait eu une atteinte de rhumatisme aigu, sept ans auparavant. Soignée à l'Hôtel-Dieu, elle y avait été guérie en six semaines, sans conserver aucune trace de cette affection du côté du cœur.

Le samedi, 2 juin, elle venait d'avoir ses règles, lorsqu'elle fut prise de douleurs sourdes dans le bas-ventre, accompagnées d'un léger écoulement leucorrhéique. En même temps, elle perdit l'appétit et commença à se sentir très-abattue. Dès lors, elle se mit à transpirer la nuit, ce qui ne lui arrivait pas d'ordinaire. Le mardi suivant, il y eut un peu de diarrhée; la lassitude générale, les douleurs vagues dans tous les membres, l'accablement s'accrurent dans une grande proportion. Cependant la malade ne cessait point encore de travailler; elle dormait la nuit.

Le jeudi matin, elle se sentit plus mal à l'aise, et s'aperçut qu'une tumeur se dessinait au côté externe de la cuisse droite.

Cette tumeur, d'abord complétement blanche, grossit rapidement, et elle acquit bientôt le volume d'un œuf; puis elle commença à rougir, et devint le siége d'une démangeaison assez intense. La moindre pression à ce niveau était très-douloureuse.

D'autres tumeurs semblables, mais beaucoup plus petites, apparurent au niveau des tubérosités antérieures des deux tibias; puis d'autres se disséminèrent sur la face antérieure des jambes.

Vers le soir, des plaques assez larges, d'un rouge vif, extrêmement sensibles à la pression, se produisirent au-dessus des rotules. En même temps, les genoux devenaient douloureux, surtout le droit; la face dorsale des mains et des avant-bras se couvrit d'une éruption papuleuse très-nette à plaques assez confluentes.

Un peu au-dessous de l'épaule gauche parut une plaque analogue; et cette épaule devint le siége d'une douleur assez marquée que le mouvement exaspérait.

Lorsque le lendemain on examina cette malade, on ne trouva absolument aucun souffle au cœur. Il n'y avait pas de palpitations ni d'oppression. Il paraît que le genou droit renfermait un peu de liquide. On trouva quelques craquements dans le genou gauche et dans l'épaule gauche, quand on voulut remuer ces articulations. Ces mouvements étaient, du reste, très-pénibles pour la malade et lui causaient une douleur assez vive. La tumeur de la cuisse droite, située un peu en dessous de la saillie trochantérienne, était évidemment très-profonde: on aurait facilement pu la confondre avec un phlegmon de la cuisse, vu son étendue, si on l'avait examinée isolément. Aucune nouvelle éruption de nodosités ni de papules ne s'était faite depuis la veille. Il n'y avait pas de fièvre à proprement parler, bien que la cuisse fût un peu chaude. Il y avait eu de la transpiration la nuit.

Ainsi l'histoire de cette malade pouvait jusqu'alors se résumer en ceci:

L'érythème avait apparu, d'abord exclusivement sous la forme noueuse, après quatre jours de malaise.

La première nodosité s'était faite profondément sur la cuisse. Pâle au début, elle n'était devenue rouge que par son extension graduelle de dedans en dehors, au bout de quelques heures.

Les autres nouûres, qui avaient suivi, sur la face antérieure des jambes, étant beaucoup plus superficielles, avaient rougi beaucoup plus tôt.

Enfin l'éruption papuleuse des membres supérieurs était survenue tard, dans la soirée: en même temps que les douleurs articulaires.

Ces dernières douleurs pouvaient être déterminées par le voisinage de plaques érythémateuses. Pourtant il semblait qu'on trouvait aussi des traces d'une irritation subaiguë dans les articulations atteintes, bien qu'elles ne fussent ni rouges ni très-chaudes.

Rien absolument du côté de la cavité thoracique.

Le lendemain matin, samedi 8, nous constatâmes quelque chose de nouveau. Il existait vers la pointe du cœur un léger bruit de souffle au premier temps. C'était le début d'une endocardite qui se dessine de plus en plus. Aujourd'hui le souffle est très-intense, la malade très-oppressée. Cette complication s'était produite en même temps que se faisaient de nouvelles poussées érythémateuses, aux jambes, à l'épaule, à la nuque, et que les anciennes tendaient à s'effacer. La tumeur de la cuisse a presque entièrement disparu; celles des jambes sont beaucoup moins saillantes, et elles revêtent un aspect plus papuleux.

Le 9, les douleurs articulaires ont à peu près complétement cessé; les plaques papuleuses des mains ont beaucoup diminué. Des nouûres se sont faites depuis la veille sur le maxillaire inférieur du côté droit, sur la jambe droite et le côté externe de la cuisse gauche. Il est à noter que la nouûre du maxillaire, par exemple, paraît profonde et comme périostique; elle est pour ainsi dire collée sur l'os, faisant une saillie semi-globuleuse; elle est très-sensible à la pression; mais à ce niveau la peau n'est ni chaude ni rouge.

Aujourd'hui l'état est resté à peu près le même: tantôt il s'est fait quelque noyau d'érythème *noueux*, à proprement parler, tantôt, au contraire, quelques plaques d'érythème papuleux. Souvent des papules ont apparu au niveau d'anciennes nouûres qui s'effaçaient.

La malade continue à se sentir très-faible, elle croit avoir la fièvre, ne peut dormir, dit-elle, et transpire beaucoup durant la nuit. Pendant le jour, le pouls est à peu près normal. Les articulations sont devenues très-libres, et aucun mouvement ne cause plus de douleur. En revanche, l'endocardite suit son cours et s'aggrave.

Jusqu'à présent il ne s'est fait aucune de ces complications pleuro-pneumoniques auxquelles Trousseau avait attribué tant

d'importance dans son tableau différentiel de l'érythème papuleux.

Nous aurons soin de compléter cette observation instructive.

Insolation. — Excès de diverses natures.

Un des diagnostics différentiels les plus délicats à poser est celui de la vraie nature des vertiges dont se plaint un malade, couché salle Saint-Joseph, nº 15, service de M. Martineau.

Ce malade a fait autrefois des excès de toute nature. Il buvait l'absinthe par litres, et il pratiquait le coït jusqu'à six ou sept fois par nuit.

Il continua ce genre de vie, tant en Afrique que depuis son retour en France, jusqu'à la guerre avec la Prusse ou à peu près.

A cette époque il perdit toute sa fortune, devint veuf et se fit ouvrier ébéniste. Il but depuis lors beaucoup moins et pendant quelque temps ne pensa plus aux femmes.

Sa santé s'était maintenue excellente malgré tout.

Il n'avait jamais eu aucune maladie, sauf une syphilis pour laquelle il reçut les soins de M. Puech.

Il semblait que rien ne pût entamer ce tempérament de fer. Agé de cinquante-huit ans, il en paraît certainement beaucoup moins. Breton d'origine, grand, fortement charpenté, il n'a ni tremblement des mains ni rien qui puisse faire penser à l'alcoolisme.

Depuis quelque temps, *il s'est senti*, dit-il, *aussi jeune* et aussi ardent que jamais : il a des rapports assez fréquents avec les femmes.

C'est dans de telles circonstances que vers la fin du mois dernier, par un jour d'extrême chaleur, il travailla, contre son habitude, dans un atelier couvert de vitrages.

Le soir il se coucha vers neuf heures et demie. Il n'avait commis aucun excès ce jour-là. Vers dix heures, il se sentit pris d'un étourdissement, perdit connaissance; et quand vers quatre heures du matin il revint à lui, il se trouva entouré de voisins, qui lui avaient placé de la glace sur la tête, d'après l'avis d'un médecin appelé par eux en toute hâte.

Il ne peut pas dire s'il avait crié, ou pour quelle cause ses voisins étaient ainsi venus s'apercevoir de son évanouissement.

Il ne s'était pas mordu la langue ; il n'avait rien eu qui ressemblât à l'épilepsie, et jamais antérieurement il n'avait perdu connaissance.

Le lendemain matin, on lui administra de l'huile de ricin, qui le fit vomir à plusieurs reprises. Depuis lors, il ne cessa plus de ressentir une douleur vers l'appendice xyphoïde, douleur que les mouvements du tronc exagèrent. Il n'a cependant aucun point rachialgique, aucun point de névralgie intercostale. Il a bon appétit, mais il ne peut manger beaucoup sans que cette douleur augmente.

C'est là ce dont il se plaint le plus ; mais, en même temps, il accuse des vertiges assez fréquents, avec diverses hallucinations de la vue et de l'ouïe. Ces vertiges viennent par accès, qui durent de dix minutes à une demi-heure. Le malade ne tombe pas, il ne perd pas complétement connaissance, mais il éprouve alors des bourdonnements d'oreille assez pénibles, et il lui semble qu'il entend des voix qui lui parlent.

Dans l'intervalle de ces crises, les hallucinations cessent entièrement ; mais il reste la sensation d'un cercle de fer étreignant la tête.

Aucun trouble, du reste, du système nerveux locomoteur ou sensitif, l'intelligence est des plus nettes et tous les mouvements faciles.

Quelle part faut-il faire aux excès vénériens et autres, quelle part à l'insolation dans ce fait complexe ?

Dr Victor REVILLOUT.

LA MUE DE LA VOIX

PHYSIOLOGIE. — PATHOLOGIE (1).

Tout en reconnaissant qu'il existe entre l'homme et les autres êtres de la création un immense abîme que notre intelligence seule peut franchir, nous ne pouvons pas ne pas voir, dans tout ce qui concerne la vie animale, un plan général d'après lequel les mêmes fonctions dans la série des êtres créés, ont une destination analogue. L'organe sonore n'est pas spécialement attaché, il est vrai, au service de la reproduction de l'espèce; mais c'est un des serviteurs les plus intelligents de cette fonction, et nous devons lui trouver dans l'homme un rôle analogue à celui qu'il joue chez les animaux. Chez les animaux, la voix devient l'interprète de l'instinct qui les pousse fatalement à reproduire leur espèce. L'homme et la femme subissent la même influence; ils ressentent la même impulsion; mais ici la raison humaine intervient avec ses plus nobles prérogatives. L'homme peut résister aux plus douces impulsions; il est libre, et, pour tout dire, c'est bien cette liberté qui donne un charme inestimable aux circonstances de la reproduction.

Il serait inutile et superflu de chercher pourquoi, à une époque de la vie, toujours la même, les organes de la reproduction qui, jusque-là, étaient restés dans le silence, se développent et jettent, par le seul fait de leur développement, un flot de vitalité nouvelle dans l'organisme. La raison de cette marche particulière ne nous est pas plus connue que celle qui préside à l'évolution de tous les êtres. Ce sont les secrets de la nature, et nous avons toutes sortes de motifs de croire que ce qu'elle a fait est bien fait. Mais s'il ne nous est pas permis d'atteindre aux causes premières, nous pouvons du moins étudier la marche des phénomènes qui tombent sous nos sens, et en constatant les liens sympathiques qui les unissent, établir les lois de leur développement.

On peut considérer chaque point de notre organisme comme un centre d'impression, d'où partent les mouvements variés qui alimentent les organes centraux de l'innervation, et à la suite desquels ces derniers réagissent pour provoquer à leur tour vers la périphérie les mouvements physiologiques qui constituent la vie.

Les petits centres impressionneurs, disséminés dans l'organisme, sont analogues aux centres nerveux qui réveillent les sensations spéciales, telles que la vue, le toucher, etc.; mais ils diffèrent essentiellement de ces derniers en ce que les impressions qu'ils transmettent sont inconscientes dans l'état physiologique; le cerveau les reçoit, il réagit, mais le moi n'en sait rien. C'est là ce que Magendie et d'autres ont appelé sensibilité sans conscience, sans se rendre compte que l'association de ces deux mots *sensibilité sans conscience* introduisait dans le langage scientifique une confusion des plus regrettables. D'après cela, rien ne se passe dans l'organisme sans que les organes centraux de l'innervation ne soient impressionnés, et sans qu'ils ne renvoient, sous une forme ou sous une autre, le résultat de leur impression vers la périphérie. Cette réaction cérébro-spinale a nécessairement une direction spéciale, selon l'impression reçue.

Ces considérations sont basées sur des expériences tellement

(1) Suite. — Voir les numéros des 9 et 11 juin 1874.

frappantes qu'on ne saurait les révoquer en doute, et nous pouvons en tirer cette conséquence que si, à un moment donné de la vie, il se développe dans l'organisme une fonction nouvelle, les organes de cette fonction seront le point de départ d'une foule d'impressions, qui, allant affecter d'une manière toute particulière le système nerveux central, provoqueront dans celui-ci une réaction qui portera son influence dans certaines directions déterminées; c'est ce qui arrive à l'époque de la puberté. L'activité organique extraordinaire qui survient en ce moment dans les organes de la génération et la sécrétion du liquide séminal sont la source d'impressions nombreuses qui déterminent une réaction spéciale de la part des centres nerveux. Cette réaction s'effectue principalement dans la direction des nerfs pneumo-gastriques et va influencer toutes les parties dans lesquelles ce nerf se distribue, c'est-à-dire le larynx, les poumons, le cœur, l'estomac, le tube intestinal. Le larynx reçoit la sensibilité et le mouvement du nerf pneumo-gastrique; par conséquent, l'exagération vitale dont il est le siége pendant la mue ne peut lui être communiquée que par ce nerf. Le développement des poumons, l'amplitude et la profondeur de la respiration tiennent à la même cause. C'est sous la même influence que le cœur devient plus gros et ses battements moins fréquents. Cette diminution des battements qui, au premier abord, paraît contradictoire avec les phénomènes d'excitation que provoque dans l'organisme l'âge de la puberté, s'accorde au contraire avec les expériences que nous connaissons touchant les effets du pneumo-gastrique sur l'action du cœur. La section de ce nerf a pour résultat d'augmenter les mouvements cardiaques; mais si l'on vient à exciter les bouts périphériques par l'électricité, les mouvements se ralentissent et finissent même par disparaître. L'excitation génésique produit les mêmes effets; elle ralentit les mouvements du cœur par son action sur le pneumo-gastrique.

L'influence du même nerf sur la sécrétion du suc gastrique, sur l'action glycogénique du foie, sur les mouvements intestinaux nous explique l'augmentation de vitalité qu'on remarque dans le tube digestif et ses annexes.

D'après ce que nous venons de dire, la révolution génésique semble retentir principalement dans les parties animées par le pneumo-gastrique. Il est probable que la réaction du système cérébro-spinal ne se borne pas à cette branche nerveuse; mais la stimulation, dont cette dernière est l'objet, suffit à elle seule pour expliquer les modifications que nous avons mentionnées. En effet, les organes dont la vitalité se trouve augmentée par le nerf pneumo-gastrique exercent par eux-mêmes une grande influence sur le reste de l'économie, et c'est ainsi que s'expliquent non-seulement tous les phénomènes physiologiques de la puberté, mais encore tous les phénomènes pathologiques qui, plus tard, surtout chez la femme, reconnaissent pour cause une souffrance quelconque de l'appareil génital.

Il nous reste à déterminer le point du système nerveux sur lequel l'influence génésique va s'exercer pour déterminer ensuite le mouvement réflexe dont nous venons de parler. Nous arrivons ici à un des problèmes les plus ardus de la physiologie du système nerveux.

Dans toutes nos publications, nous nous sommes élevé contre la localisation des facultés intellectuelles instinctives et affectives dans certaines parties du cerveau. Aux observations pathologiques qui semblent donner un démenti formel à cette prétention localisatrice, telle du moins qu'elle est formulée par les sectateurs de Gall, nous ajouterons l'observation suivante : il est incontestable que la lecture de certains livres, la vue de certaines gravures, la concentration de la pensée sur certains objets, réveillent le sentiment érotique avec toutes ses manifestations physiques. Or, à moins qu'on ne prétende que le siége des manifestations intellectuelles réside dans la moëlle, ce qui, jusqu'à présent, est tout à fait contraire aux notions acquises, on est bien obligé d'admettre que dans l'encéphale se trouve un point spécial capable de transmettre à la moëlle et aux nerfs de l'appareil génital les impressions reçues par les yeux, les oreilles et les excitations de la pensée elle-même. Ce point correspond évidemment aux différents centres de perception, et non pas à un organe circonscrit, délimité, et qui serait chargé de recevoir les impressions ou d'exciter les mouvements qui se rattachent à l'appareil génital.

Nous terminerons ces appréciations sur la mue par l'indication de certaines précautions à prendre durant cette période de la vie.

Dès que les premiers signes de la mue apparaissent, il n'est pas nécessaire que les jeunes pubères interrompent le chant; nous croyons, au contraire, qu'il est utile d'exercer les organes de la voix par un travail modéré. Mais s'il arrive un peu d'enrouement, il faut suspendre tout exercice, éviter les cris, les grands éclats de voix, tout ce qui pourrait enfin augmenter l'irritation de la membrane vocale.

D'un autre côté, il ne faut pas oublier que la mue se trouve sous la dépendance d'une fonction importante, et qu'elle doit, par conséquent, se ressentir de la manière plus ou moins facile et régulière avec laquelle cette fonction s'établit. Il est donc nécessaire de veiller à ce que rien ne vienne troubler la marche naturelle des choses : « Les changements de la voix s'accélèrent, dit Aristote, dans ceux qui s'efforcent d'anticiper le temps des jouissances. Leur voix acquiert plus tôt la consistance de celle d'un homme fait. La retenue ralentit au contraire ce changement; on peut, si l'on se contraint et si l'on prend certaines précautions dont usent quelques musiciens, conserver longtemps la même voix et en rendre le changement presque insensible.

« Ce temps est celui où les filles demandent le plus d'attention; le moment où il commence est celui où leurs sens éprouvent l'irritation la plus vive. Si cette révolution s'est achevée sans que la pudeur ait souffert d'atteinte, et sans qu'elles se soient rien permis qui ajoutât à l'opération de la nature, c'est ordinairement une assurance de leur sagesse pour l'âge à venir. Mais si le libertinage a commencé dès l'enfance, il n'est guère possible de lui mettre un frein. Il en est de même des garçons, quand on ne les surveille pas assez, soit entre eux, soit avec des personnes d'autre sexe. Les conduits s'élargissant, les liqueurs s'y rendent avec plus d'abondance; le souvenir des sensations que l'on a éprouvées se réveille et anime les passions. »

Dr Édouard FOURNIÉ.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 mai 1874. — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine.

Le Bulletin de la société de médecine légale, 1er fasc., t. III; *De l'influence de l'altitude*, par le docteur Blandet.

MM. KRISHABER et CH. PÉRIER et TH. ANGER, prient la société de les comprendre au nombre des candidats au titre de membre titulaire.

M. DARIN adresse un travail imprimé intitulé : *Recherches en otologie*. (Commission : MM. Dubrueil, Lannelongue, Duplay).

M. LARREY offre à la société une collection de thèses de chirurgie.

COMMUNICATIONS

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une communication de M. Spillmann, membre correspondant :

Resection du genou de cause traumatique. — Une courte discussion s'est engagée dernièrement, à la Société de chirurgie, au sujet de la resection du genou de cause traumatique.

Plusieurs membres de la société, M. Desprès surtout, se sont montrés peu favorables à cette opération, se fondant sur ce qu'elle donne des résultats moins heureux que l'amputation de la cuisse au tiers inférieur.

Ces conclusions me semblent inattaquables, mais seulement en ce qui concerne la chirurgie d'armée :

Dès 1867, m'appuyant sur les idées émises par MM. Legouest et Larrey, devant la Société de chirurgie (séances des 4 et 11 mai 1864), m'appuyant surtout sur les résultats acquis pendant les guerres des duchés et de la sécession, j'écrivais dans les *Archives générales de médecine* (numéro de juin 1867) : « Toutes les illusions doivent tomber devant une pareille expérience, la resection du genou ne peut s'appliquer à la chirurgie d'armée, si ce n'est dans des conditions très-exceptionnelles ».

Dans le même mémoire, j'ai eu soin d'ajouter que cette proscription ne devait s'étendre qu'à la chirurgie d'armée.

En effet, ce n'est pas l'opération en elle-même qui est mauvaise; ce sont les circonstances au milieu desquelles se trouvent placés les blessés, ce sont la gravité et l'étendue des dégâts qui la rendent presque fatalement mortelle.

Lorsqu'un lourd projectile, comme celui que lancent les armes actuelles, atteint le fémur ou le tibia, très-souvent il les brise en plusieurs morceaux, très-souvent des félures s'étendent au loin sur la diaphyse, et ces félures sont loin d'être faciles à reconnaître dans l'exploration qui précède l'opération, lors même que les os ont été mis à nu par l'incision des parties molles ; il résulte de là qu'en pratiquant la resection, le chirurgien est exposé à ne pas enlever toutes les parties lésées.

Dans tous les cas, indépendamment de ces félures, un os résistant comme le fémur ressent, lorsqu'il est frappé par un lourd projectile, un ébranlement considérable qui, se communiquant de proche en proche, détermine tous les effets d'une contusion interne qui doit singulièrement favoriser la production d'une ostéomyélite aiguë, affection dont les symptômes ont de nombreux points de ressemblance avec ceux de l'infection purulente.

Mais, quand les conditions générales de la vie des camps n'existent plus, quand des causes traumatiques plus légères, telles que des plombs, des balles de petit calibre, des corps contondants ordinaires, des instruments tranchants ou piquants ont provoqué une arthrite, suivie d'accidents exigeant impérieusement une opération, la resection, croyons-nous, peut être avantageusement substituée à l'amputation.

Les observations de resection du genou, faites dans ces dernières circonstances, appuyent cette manière de voir, ainsi que je l'ai fait remarquer dans les *Archives générales de médecine;* pratiquée treize fois par divers chirurgiens, entre autres par M. Verneuil, cette opération n'a causé que trois fois la mort. De plus, ces observations permettent de supposer que la resection opérée en période inflammatoire, c'est-à-dire à une époque où l'amputation est presque fatalement suivie de mort, présente de grandes chances relatives de succès.

Je résumerai cette longue lettre par les trois propositions suivantes :

1° La resection du genou, en chirurgie d'armée, donne des résultats déplorables ;

2° La résection du genou, opposée aux traumatismes plus légers, que l'on rencontre habituellement dans la vie civile, est une excellente opération;

3° Opposée à cette dernière classe de traumatismes, la resection médiate offre de nombreuses chances de succès, tandis que l'amputation médiate est presque toujours suivie de mort.

Je vous ferai remarquer, en terminant, que cette dernière conclusion, surtout si elle était confirmée par des faits plus nombreux, aurait une importance des plus considérables. Elle permettrait, en effet, une certaine temporisation dans ces cas douteux, si fréquents en pratique, où le chirurgien hésite entre l'amputation et la conservation.

DISCUSSION

M. LE FORT. Je ne puis accepter les conclusions de M. Spillmann. Il m'est en effet impossible d'admettre en principe qu'on ne puisse pratiquer certaines opérations parceque les circonstances ne peuvent concorder avec certains moyens thérapeutiques. Il faudrait au moins spécifier très-exactement de quelle nature sont ces *impedimenta.*

M. LARREY. C'est précisément sur quoi M. Spillmann établit les bases de ses indications et contre-indications. Il surgit en effet, à la guerre, une foule d'incidents absolument inattendus, qui rendent impossible l'application de telle ou telle méthode très-praticable dans les conditions normales.

M. PERRIN. L'opinion de M. Spillmann est fondée, non-seulement sur le système établi dans l'armée française, mais encore sur celui de l'armée allemande, et sur les statistiques des différentes guerres européennes; elle repose du reste bien moins sur les conditions intrinsèques de la guerre que sur la gravité même des blessures nécessitant la resection.

M. VERNEUIL. Il serait cependant bon de s'entendre au sujet du mot: chirurgie de guerre. Le siége de Paris peut être, je crois, rangé dans la catégorie des faits de guerre; or j'ai pu, à cette époque, reséquer le genou d'un blessé qui avait reçu à l'Hay une balle dans cette articulation. Il me semble qu'en employant des appareils convenables, la ouate par exemple, on pourrait transporter les blessés et agir de même. Aussi, tout en admettant une partie des observations de M. Spillmann, ne pensé-je pas qu'il faille condamner absolument la resection du genou pour blessures de guerre. C'est en un mot sur le mot chirurgie de guerre que porte mon objection.

M. LE FORT. Il ne faut pas oublier que Langenbeck a, dans un mémoire très-étendu, loué l'opération en question.

M. LARREY. Je ne puis m'empêcher de trouver fort sages les restrictions de M. Spillmann. Les conditions de la guerre sont, je le répète, si souvent défavorables, que la resection ne peut que bien difficilement être suivie de succès.

M. DESPRÈS. Il est quelque chose qui prime tout: c'est une statistique récente qui donne les résultats suivants :

Sur 69 resections partielles . . . . 5 guérisons. — 64 morts.
Sur 37 resections totales . . . . . 3 guérisons. — 34 morts.

Cette statistique, résumant les résultats d'opérations pratiquées par les plus habiles chirurgiens, démontre péremptoirement que la resection du genou est une mauvaise opération pour les blessures de guerre.

LECTURE

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit l'observation suivante de M. Azéma, membre correspondant :

Anévrysme faux consécutif de l'artère pédieuse gauche, sans blessure de la peau; anomalie artérielle; ligature; guérison. — OBS. — M. J..., âgé de soixante-dix ans, d'un appareil musculaire peu prononcé, ayant eu de fréquents érysipèles aux jambes, fit, dans les premiers jours d'avril 1852, un faux pas qui déjeta fortement son pied gauche en dehors. Neuf jours après cet accident, il se manifesta autour de l'articulation tibio-torsienne un gonflement assez intense, une vive douleur s'y fit sentir. Le malade s'en inquiéta d'abord peu; mais le gonflement augmentant, la douleur persistant, il réclama mes soins.

Outre le gonflement, j'observai sur le trajet de la pédieuse, immédiatement au-dessous du ligament dorsal du tarse, une tumeur de la grosseur d'une noisette, molle, élastique et offrant des pulsations isochrones à celles du pouls. Je fis appliquer des sangsues dans le voisinage des malléoles, des cataplasmes, et plus tard des compresses

imbibées d'eau de Goulard. Trois jours après, le gonflement a disparu, mais la tumeur prend du développement. Application d'un bandage serré en huit de chiffres, arrosé d'eau de Goulard.

Vers la fin de juin, la tumeur a atteint le volume d'un œuf de poule. Toute la jambe est en proie à du fourmillement et à des douleurs. Les mouvements de l'articulation sont rendus difficiles et douloureux. On entend dans la tumeur un bruit de souffle systolique des mieux caractérisés. La compression de la fémorale au pli inguinal fait disparaître les battements et le bruit.

Il ne me resta aucun doute sur le diagnostic : j'avais affaire à une tumeur anévrysmale. D'ailleurs elle s'accroît et devient pointue ; la peau s'amincit et prend une teinte violacée ; les douleurs augmentent au point d'empêcher le sommeil.

En présence d'une rupture imminente et malgré l'âge du malade, je me décidai à faire la ligature de la tibiale antérieure au-dessus du quart inférieur de la jambe. Assisté des docteurs Sainte-Colombe et Dauvin, je fis, le 10 juillet, une incision de 12 centimètres suivant le procédé ordinaire. Arrivés dans l'interstice musculaire qui sépare le jambier antérieur de l'extenseur propre du gros orteil, nous trouvons le nerf tibial, deux veines peu volumineuses et aucune trace d'artère.

Pensant alors qu'une anomalie artérielle pourrait exister, et que la pédieuse pourrait bien être fournie, comme on le voit quelquefois, par la péronière ou une de ses branches terminales, nous suivons, de bas en haut à partir de la tumeur, une artère que nous reconnaissons à ses pulsations ; parvenus à la partie moyenne du quart inférieur de la jambe et sur le milieu de l'espace compris entre le tibia et le péroné, nous exerçons la compression, et nous voyons les battements et le bruit disparaître dans la tumeur. Je fis alors, sur le quart inférieur de la jambe, une incision de 4 centimètres environ, parallèle à la direction du péroné et sur le milieu de l'espace compris entre les deux os ; une aponévrose assez résistante fut divisée ; l'artère isolée et liée.

Le 10 au soir. — L'opéré va bien : les pulsations et le bruit ont disparu dans la tumeur.

Le 11. — La chaleur du pied, qui avait diminué après la ligature, reparaît normalement. La douleur et le fourmillement ont disparu.

Le 13. — Des deux incisions, la supérieure commence à se réunir, l'inférieure dénote nn travail de suppuration. La tumeur a beaucoup diminué, elle se durcit et n'offre plus cette mollesse élastique que nous avions observée avant l'opération. Vers le soir, léger mouvement fébrile et céphalalgie.

Le 19. — L'incision supérieure est réunie dans ses deux tiers extrêmes ; au centre seulement il y a une notable suppuration. L'inférieure suppure faiblement.

Le 25. — La plaie supérieure est à peu près fermée.

Le 13 août. — La ligature tombe ; la plaie supérieure est fermée. — Fièvre, céphalalgie, vomissements, rachialgie, dus très-probablement à une invasion variolique, une épidémie de variole sévissant dans le moment à Saint-Denis, de la Réunion (1).

Le 15. — Varioloïde légère. — Les deux plaies sont fermées ; la tumeur n'est plus constituée que par un noyau dur et très-petit.

Guérison.

Cette observation montre un cas d'anévrysme digne à plus d'un titre d'être noté. Il est remarquable : 1° par son siége. L'anévrysme de l'artère pédieuse a été rarement observé. Boyer, dans son immortel ouvrage, dit n'en connaître aucun exemple. Pelletan, Scarpa, Dupuytren ne l'ont jamais rencontré. Bérard (*Dictionnaire en 30 vol.*) n'en cite que deux cas : l'un de Guallani, l'autre de Champion ; 2° par son mode de formation. Il n'y eut, en effet, aucune blessure à la peau. Un mouvement brusque, qui a porté l'extension de l'artère au-delà de ses limites naturelles, a amené la rupture des tuniques moyenne et interne, la celluleuse seule a résisté à cause de sa plus grande extensibilité et a formé le sac anévrysmal ; 3° par l'origine de la pédieuse, qui n'était pas fournie par la tibiale antérieure, mais bien par la perforante péronière (péronière antérieure de quelques anatomistes), une des branches terminales de la péronière et qui présentait dans ce cas un calibre égal à celui de la tibiale antérieure.

Trois ans après, j'ai revu M. J. H. jouissant d'une santé parfaite et supportant allégrement ses soixante-treize ans. En examinant le pied à l'endroit où siégeait la tumeur anévrysmale, il était impossible d'un retrouver aucune trace. Les deux incisions faites sur la jambe n'ont laissé qu'une cicatrice linéaire.

(1) Épidémie dont j'ai donné la relation dans les *Archives générales de médecine*, numéros d'avril et suivants, 1863.

DISCUSSION

M. PAULET. Je demande à dire quelques mots relatifs à cette observation. Un fait anatomique m'a frappé. C'est le cas d'un chirurgien trouvant deux veines et point d'artère. C'est absolument exceptionnel. Quand il n'y a point d'artère, il n'y a point de veine non plus. Aussi demanderai-je à être édifié sur cette singulière anomalie.

M. DESPRÈS. Je donnerai à cet égard le renseignement suivant. Un candidat au bureau central a trouvé, une fois, sous mes yeux, dans des circonstances analogues, une veine et point d'artère.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Notta (de Lisieux) assiste à la séance.

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

124. Lenoir. De la diarrhée chronique de Cochinchine.
125. Dulery. Étude sur les lésions produites par l'impaludisme chronique.
126. Gaillard-Lacombe. Études sur les accidents hépatiques de la syphilis chez l'adulte.
127. Macey. De la folie communiquée ou du délire à deux ou plusieurs personnes.
128. Huguin. Contribution à l'étude de l'intoxication par le sulfure de carbone chez les ouvriers en caoutchouc soufflé.
129. Chagnaud. Des causes de l'alcoolisme. — Étude d'hygiène publique.
130. Ferry. Contribution à l'étude de la bande en caoutchouc.
131. Sibille. Considérations sur l'évidement et la resection souspériostée.
132. Delagarde. Des luxations traumatiques de la phalangette du pouce.
133. Poché. Quelques considérations sur les amyotrophies d'origine spinale.
134. Cervelle. Considérations sur une variété d'orchite aiguë compliquant certaines fièvres graves.
135. Hirtzmann. Contribution à l'étude de la môle hydatiforme.
136. Bouley. Pathologie comparée, — de l'ostéomalacie chez l'homme et les animaux domestiques.
137. Beau-Verdeney. Étude critique de l'endocardite dans la diphthérie.
138. Bouteloup. Considérations cliniques sur un cas de rétrécissement traumatique de l'urèthre.
139. Ganzin. Du traitement de l'hydrocèle.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La *Feuille médicale hebdomadaire* de Vienne annonce que la conférence sanitaire internationale se réunira le 15 juin dans cette ville, sous la présidence du conseiller aulique M. le baron de Gagern. La France y enverra comme délégué M. le docteur Fauvel ; l'Allemagne, M. le docteur Max Pettemkafer et M. le docteur Hirsch ; la Russie, le docteur Lunz ; l'Italie, le docteur Luciani ; la Grèce, le professeur Orfanidès ; la Perse, le docteur Pollask ; la Belgique, le docteur Henrard ; la Suède et Norvége, les docteurs Kierulff et Berlin. Les représentants de l'Angleterre, de l'Amérique, de la Hollande

et de la Turquie ne sont pas encore désignés. L'Autriche n'a choisi jusqu'à présent que le docteur Drasche, tandis que la Hongrie a nommé le professeur de Sigmund, le docteur Gross et le docteur Cattanei.

Le programme établi par la commission provisoire, sous forme de questionnaire, traite notamment de deux points, à savoir des mesures de quarantaine à prendre, conformément aux progrès de la science et aux expériences acquises jusqu'ici, et de l'institution d'une commission internationale, qui aurait pour tâche de faire étudier les épidémies (en quelque lieu qu'elles se produisent) par des délégués spéciaux, et de constater dans les cas où une épidémie se déclarerait ou viendrait à s'éteindre, soit l'existence réelle, soit la fin de l'épidémie.

Les frais résultant de l'institution de cette commission seraient répartis sur les différentes nations qui prendront part à la conférence.

— *Corps de santé militaire.* — Par décret, en date du 30 mai 1874, MM. Bedoin, Bidalot; Bourgois, Breton, Cuq, Cznernicki, du Cazal, Florance, Foulquier, Gass, Le Cadre, Letellier, Moret, Rapp, Ribes et Vincens, sont promus au grade de médecin-major de deuxième classe.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, lauréat de l'Institut, médecin de Bicêtre et du dépôt de la Préfecture. — Un fort vol. gr. in-8° de 1278 pages. — L'ouvrage est aujourd'hui complet. — 1874. — Paris, A. Delahaye, éditeur, pl. de l'École-de-médecine.

Documents pour servir à l'histoire médicale des possédées de Loudun, par le docteur LÉGUÉ. — In-8°.— 2 fr. 50.— Paris, Adrien Delahaye.

Compte rendu des principales maladies qui ont été traitées, en 1872, à l'Institut hydrothérapique de Saint-Dizier, par le docteur MAIGROT. — In-8°. — 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

Clinique ophthalmologique du docteur Wecker, relevé statistique par le docteur MASSELON, chef de clinique des opérations pratiquées pendant l'année 1873.— In-8° avec 8 figures.— 1 fr.50. Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.






N° 69. — MARDI 16 JUIN 1874. 47e ANNÉE. MARDI 16 JUIN 1874. — N° 69.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL COCHIN. — M. Desprès.

Leçon clinique sur une variété d'abcès de la fosse iliaque. — Adénite iliaque suppurée.

Les abcès de la fosse iliaque, qui ont été décrits avec le plus grand soin par Grisolles, semblent une des questions les mieux étudiées de la médecine et de la chirurgie, et l'on pourrait presque dire qu'il n'y a rien à y ajouter. Toutefois, l'anatomie pathologique de ces abcès n'est point entièrement connue. Il y a une des origines des phlegmons et abcès de la fosse iliaque que l'on pouvait concevoir *a priori*, et dont la démonstration peut être faite.

L'inflammation périutérine, suite de couches, le psoitis, l'inflammation ou la perforation du cœcum à droite, les lésions de l'S iliaque et du rectum à gauche, sont les causes les plus communes des abcès de la fosse iliaque.

Chez l'homme, les abcès, plus fréquents que chez la femme, ont été attribués à l'inflammation du tissu cellulaire péricœcal, à ce que l'on appelle aujourd'hui la pérityphlite, et l'on a remarqué, depuis Dance et Grisolles, que les phlegmons de la fosse iliaque étaient le privilége de l'âge moyen de la vie. Les faits ont démontré la vérité de cette proposition; mais on a toujours involontairement songé que les lésions du cœcum dans la fièvre typhoïde, si capables de provoquer la pérityphlite, n'étaient cependant jamais suivies de phlegmons de la fosse iliaque. Cette obscurité du début du phlegmon iliaque, et les contradictions réelles entre les désordres graves des phlegmons iliaques dans les cas où le cœcum est trouvé sain, et ceux où il y a des lésions du cœcum, sans abcès péricœcal, ont depuis longtemps frappé l'esprit des chirurgiens.

Deux faits, dont l'un est sous vos yeux, et l'autre a été observé l'an dernier dans cet hôpital, permettent de jeter un certain jour sur l'étiologie des abcès de la fosse iliaque.

Obs. I. (Recueillie par M. Richerand, interne du service.) — G... (Charles), âgé de soixante et un ans, typographe, entre à l'hôpital le 16 mars 1874, présentant pour la quatrième fois un abcès de la région iliaque droite. La collection purulente forme une tumeur du volume d'un œuf, située au-dessous et en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure couchée sur la partie externe de l'arcade de Fallope.

La peau est rouge et amincie en un point, où une incision est pratiquée le 17 mars. Il s'écoule environ un verre de pus bien lié, verdâtre, fortement albumineux et ayant une viscosité marquée.

Cet abcès est survenu spontanément, en huit jours, se manifestant seulement par une douleur de la région, douleur sourde qu'exaspéraient l'exercice et la station debout. Un peu de malaise et d'anorexie ; pas de frissons.

Deux abcès tout semblables s'étaient montrés, l'un en août 1871, l'autre en juillet 1872 ; mêmes siége et volume, mêmes marche et durée, mêmes caractères du pus. Ils avaient seulement été précédés, pendant quelques jours, d'une douleur assez vive au niveau du genou. Tous deux ont été incisés, et l'on fit, pendant huit jours, des injections dans le foyer. Guérison parfaite ; il n'est resté ni douleur, ni trace d'inflammation.

Le troisième abcès (juillet 1873) n'a différé des autres que par sa terminaison. Le malade fut, cette fois, traité dans le service de M. Desprès. Des badigeonnages à la teinture d'iode, continués pendant trois mois, déterminèrent la résolution de la tumeur.

Voici quelle a été la terminaison de l'état actuel :

Le 17 mars, incision ; un tube à drainage est placé dans le foyer purulent ; cataplasmes.

Pendant trois jours seulement, il coule du pus par l'incision et par le tube.

Le 24 mars, on supprime le drain. Le doigt, enfoncé dans la cavité de l'abcès, ne rencontre pas d'os dénudé. Pansement simple.

Le 10 avril, la cicatrisation est parfaite ; il ne reste ni induration, ni douleur.

Le 12, le malade part pour Vincennes.

Cet homme est de bonne constitution, n'a jamais fait aucune maladie, et n'a pas d'antécédents scrofuleux (pas d'engorgement ganglionnaire ni de cicatrice ; pas de tubercules pulmonaires); il a deux enfants bien portants. Aucun symptôme ne permet d'admettre une lésion osseuse ; il n'y a pas de douleurs lombaires à la pression.

On ne trouve dans les antécédents que le fait suivant : en septembre 1870, le malade eut, à la partie antérieure de la jambe droite, sur la crête du tibia, une petite plaie contuse allant jusqu'à l'os, qui mit trois semaines à se fermer et laissa une cicatrice grande comme une pièce de 1 franc; il n'y eut à ce moment ni érysipèle, ni lymphangite apparente ; le médecin examina les ganglions de l'aine et ne les trouva pas engorgés. Actuellement, l'engorgement ganglionnaire n'existait pas davantage.

Cette observation offre, pour caractère, un abcès développé rapidement, cicatrisé dans l'espace de huit ou quinze jours, et qui se reproduisit au-dessous de la cicatrisation prématurée de l'ouverture. Le pus des abcès avait le caractère du pus qui sort des abcès ganglionnaires à marche lente, nous l'avons constaté au moment de l'ouverture, qui a été pratiquée ces derniers jours. Mais il y a aussi, dans les antécédents du malade, un fait positif : le malade a eu sur la jambe, du côté correspondant à l'abcès, une plaie profonde onze mois aupa-

ravant, et la plaie avait mis, dit le malade, trois semaines à guérir; il n'y avait eu, à ce moment, ni érysipèle, ni lymphangite constatée.

Obs. II. — L'année dernière, nous avons eu à soigner un nommé L..., âgé de vingt-six ans, cocher, qui, depuis huit jours, souffrait dans l'aine droite. Plusieurs semaines auparavant, il avait un ulcère de la jambe, d'origine traumatique, du même côté. Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, le 25 mai, l'ulcère était en voie de cicatrisation, mais les douleurs dans la fosse iliaque avait crû de jour en jour. Le malade s'était toujours bien porté antérieurement; il n'avait eu aucune maladie de la vessie ni du rectum.

Il existait, dans la fosse iliaque, une tumeur dure profonde, située exactement au-dessus du ligament de Fallope et en dedans des vaisseaux fémoraux ; la tumeur était allongée, immobile sur les parties profondes, et la peau était un peu œdématiée. La palpation était douloureuse, et il n'y avait pas de fluctuation.

L'apparition rapide des accidents, un léger état fébrile et de petits frissons, et surtout l'existence antérieure d'une lésion profonde du membre inférieur du côté malade me firent penser à une adénite inguinale profonde, ou plutôt à une adénite iliaque.

Un vésicatoire fut appliqué sur la tumeur. Le 27 mai, c'est-à-dire le dixième jour après le début des accidents, la tumeur avait augmenté de volume, le malade avait des sueurs le soir, et la fluctuation apparaissait. Je crus devoir hâter le moment de l'ouverture, à cause du siége de l'adénite, et, comme le dixième jour après le début des adénites, il y a du pus formé dans le ganglion, nous ne risquions rien et nous évitions le danger de la péritonite. Une incision de 5 centimètres à la peau fut faite, et les couches aponévrotiques furent incisées, couche par couche, sans que le péritoine eût été découvert. Il sortit du pus albumineux, environ un demi-verre. Un drain fut placé en guise de mèche.

Le 1er juin, le malade, qui était couché dans les baraques de l'hôpital Cochin, prit un refroidissement; il eut un frisson et une rougeur érysipélateuse autour de son ulcère. Le 5 juin, une pneumonie franche à droite, avec crachats rouillés et râle crépitant, apparut. L'érysipèle ne dura que vingt-quatre heures. La pneumonie dura huit jours, et, le troisième jour, elle fut compliquée d'un petit abcès souscutané sur le dos du pied, toujours du côté droit. Un vésicatoire volant appliqué sur la poitrine, une tisane délayante et un ipéca, ont été les remèdes employés. Pendant ce temps, le phlegmon iliaque continuait à suppurer, et, le 20 juin, cinq jours après la guérison de la pneumonie, le drain ayant été enlevé depuis trois jours, l'abcès était cicatrisé, et le malade partit en convalescence.

Ce deuxième fait est encore plus caractéristique que le premier, car nous avons vu le début du mal. Chez ce garçon, il n'y avait eu aucune maladie antérieure, nuls troubles digestifs, le mal avait paru assez vite après un ulcère de la jambe, le début avait été celui d'une adénite; le pus évacué avait le même caractère que dans l'observation précédente ; et, si l'abcès a été définitivement guéri, c'est parce qu'un drain avait été placé, et que nous avons empêché cette cicatrisation prématurée de l'ouverture de l'abcès, qui est assez commune à la suite des abcès ganglionnaires des glandes superficielles de l'aine.

La marche de ces deux abcès, leur caractère inflammatoire, franc dès le début, et leur développement rapide sans retentissement profond sur la santé générale, à part quelques frissons erratiques dès que le pus est formé, est tout à fait caractéristique. Reste à établir la relation entre l'adénite et une irritation originelle. Pour cela, il faut constater d'abord qu'il y a eu irritation ou inflammation et chercher si les irritations existent dans une région dont les lymphatiques se rendent dans les ganglions iliaques.

Chez nos deux malades, il existait une lésion de la jambe. Chez l'un, une ancienne plaie contuse occupait la face antérieure de la jambe ; chez l'autre, il y avait un ulcère en voie de réparation sur la face externe et antérieure de jambe. Dans le premier cas, la lésion avait existé onze mois auparavant ; dans le second cas, la lésion existait encore. Chez les deux malades, la lésion avait dépassé les limites de la peau. Ce n'était point une simple érosion du tégument, et, dans les deux cas, il y avait eu, à un moment donné, de la rougeur.

Sans doute, vous prouvez vous demander pourquoi, chez le premier malade, l'adénite n'est survenue que onze mois après la blessure. Mais il ne faudrait pas s'y tromper, les adénites lymphatiques suppurées ne suivent pas toujours immédiatement les lésions traumatiques ou inflammatoires, il y a toujours auparavant une période d'induration du ganglion, qui est susceptible de résolution et qui passe à la suppuration seulement dans les cas où les malades ne prennent aucun soin ou se livrent à des travaux pénibles.

Velpeau a bien établi ce fait pour les adénites axillaires, qu'il n'hésitait pas à rattacher à une écorchure des mains, quoiqu'il n'en trouvât pas de traces. Il est donc facile d'expliquer ce retard apparent de la suppuration.

Le ganglion lymphatique s'engorge pendant les périodes inflammatoires de la plaie, puis la plaie guérit, mais l'engorgement des ganglions lymphatiques est plus long à disparaître, et si, avant que le ganglion ait repris son état naturel, les malades font des efforts, se refroidissent, le ganglion s'inflamme, et il n'est personne qui, dans ce cas, ne songerait à rapporter cette inflammation nouvelle à l'engorgement antérieur du ganglion.

L'anatomie nous fournit aussi une preuve de la réalité des adénites iliaques suppurées. Les vaisseaux lymphatiques péroniers et poplités, ainsi que les vaisseaux lymphatiques profonds de la jambe et de la cuisse, dont l'étude est si difficile, ont été néanmoins observés. M. Sappey a vu que ces vaisseaux, après avoir traversé ou cotoyé le ganglion lymphatique tibial, et les ganglions poplités, suivent les artères profondes et viennent se perdre dans les trois ganglions iliaques externes, qui sont situés autour de l'artère du même nom, en arrière de l'arcade de Fallope.

Vous le voyez donc, la marche de certains abcès de la fosse iliaque, la nature de leur pus, leur caractère inflammatoire franc, l'existence de ganglions iliaques auxquels se rendent presque directement des lymphatiques des membres inférieurs, tout permet de conclure que, pour la fosse iliaque comme pour l'aine, l'aisselle et le cou, les adénites suppurées doivent compter parmi les abcès les plus fréquents de la fosse iliaque.

Je ne voudrais pas m'avancer trop loin, n'ayant jusqu'ici que deux faits à invoquer, mais je crois que les adénites iliaques suppurées sont assez fréquentes. Vous le penserez aussi lorsque vous considérerez que les abcès reconnaissent pour cause une adénite dans les quatre cinquièmes des cas au moins, toutes les fois qu'il n'y a pas un traumatisme compliqué ou non de la présence d'un corps étranger. Ainsi, au cou et à l'aisselle, les neuf dixièmes des abcès qu'on y observe sont des adénites suppurées.

Les adénites iliaques suppurées ont un caractère tranché qui les distingue du psoitis suppuré, de l'abcès, suite de couche chez la femme, et de la pérityphlite. L'adénite apparaît subitement, sans les troubles antérieurs habituels dans le psoitis; ils apparaissent sans provoquer ce frisson si caractéristique de l'abcès de la fosse iliaque suite de couches; ils ne sont précédés d'aucuns troubles digestifs, comme les pérityphlites ; ce sont des abcès à marche inflammatoire franche, qui ne causent au début que de la douleur, un peu de fièvre et quelques sueurs

le soir, c'est-à-dire cet état fébrile que l'on a désigné autrefois sous le nom de fièvre rémittente.

Comme dans les adénites en général, le pus est formé du dixième au douzième jour, on sent une fluctuation obscure, mais évidente, et la douleur à la pression, et un léger œdème du tégument au-dessus de l'arcade de Fallope indiquent le lieu où l'on doit faire l'incision.

L'incision avec le bistouri est excellente, expéditive et sûre. On incise la peau d'abord, et l'on coupe les différentes couches celluleuses et musculaires comme si l'on faisait une ligature d'artère. On arrive ainsi sur le foyer. Un drain, c'est-à-dire une mèche faite avec un drain, est placé de la manière suivante : on plie en deux un bout de drain, de façon que l'un des bouts soit plus court, et l'on introduit ce drain ainsi disposé avec le porte-mèche, le bout le plus court du drain entre en entier dans le foyer, et l'autre dépasse l'orifice de l'abcès. La partie du drain enfermé dans l'abcès le maintient suffisamment.

Les adénites iliaques suppurées, ouvertes, tendent à se refermer parce que l'ouverture est dans le pli inguinal, et que la position du malade favorise la cicatrisation prématurée de l'ouverture de l'abcès, et cette considération impose l'usage de la mèche.

La durée de la cicatrisation, lorsqu'elle est conduite d'après ces préceptes, ne dépasse pas vingt jours. C'est à peu près la même moyenne de temps qui est nécessaire pour la guérison des adénites aiguës suppurées du cou et de l'aine, lorsqu'elles sont ouvertes au moment propice, du dixième au douzième jour après le début précis de l'inflammation.

HOTEL-DIEU DE NANTES. — M. Alfred HEURTAUX.

Kyste dermoïde situé au niveau de la fontanelle antérieure.

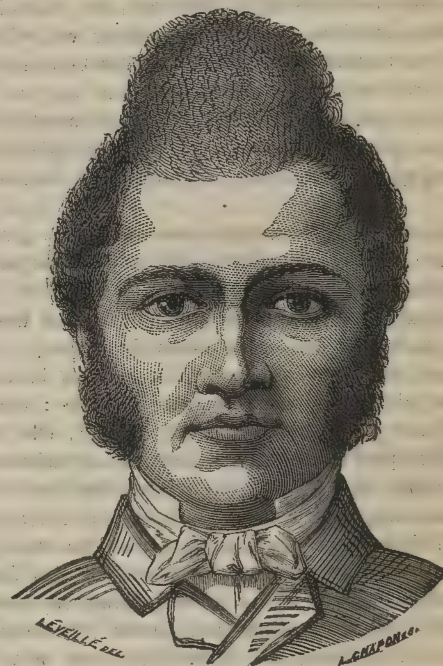
Cl..., René, âgé de trente ans, cultivateur, est entré à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 9 février 1870, pour une tumeur de la partie supéro-antérieure de la tête. Voici ce que ce malade, très-intelligent du reste, nous apprend sur l'évolution de sa tumeur, et ces renseignements sont confirmés par le père du sujet.

Très-peu de jours après sa naissance, on s'est aperçu qu'il portait une petite tumeur à la partie antérieure et supérieure de la tête. Cette production, à laquelle on n'attacha d'abord aucune importance, s'accrut graduellement au point que vers l'âge de quinze à vingt ans elle égalait à peu près le volume d'un œuf d'oie. Depuis lors, la tumeur a toujours fait des progrès; mais depuis l'âge de vingt-cinq ans son accroissement, qui jusque-là avait été très-lent, devint beaucoup plus rapide; et enfin, depuis deux ou trois mois, le malade prétend qu'elle a bien augmenté d'un tiers de son volume actuel. Cette augmentation rapide dans les derniers mois semble avoir coïncidé avec quelques douleurs peu vives, qui ont cessé depuis quinze jours et qui étaient survenues sans aucune cause appréciable. Antérieurement il n'avait jamais existé aucune espèce de douleur.

Le sujet est fort, très-bien constitué. Aucune trace d'affaiblissement des mouvements et de la sensibilité en aucune région; jamais d'accidents nerveux. La tumeur a été nécessairement quelquefois exposée à éprouver des chocs et des froissements, mais le sujet n'en souffrait pas plus que si une autre région quelconque était heurtée, et ces chocs n'ont jamais occasionné aucun phénomène nerveux, tels que vertiges, assoupissement, perte de connaissance, etc.

État actuel. — Au moment où il se découvre, Cl... présente un aspect étrange : une grosse tumeur s'élève verticalement à la partie antérieure du cuir chevelu, sur la ligne médiane, à peu près au niveau du siége occupé chez le fœtus par la fontanelle antérieure. (Voir la figure ci-dessous.) Toute sa surface est garnie de cheveux nombreux et très-développés.

Cette tumeur a une forme exactement ronde, une surface uniforme et lisse. A la palpation, on la trouve modérément molle et parfaitement fluctuante dans toute son étendue. Saisie d'un côté à l'autre, elle paraît intimement adhérente à la voûte cranienne.



Au niveau de son insertion au crâne, elle est circonscrite par un bord dur qui cependant ne paraît pas offrir la consistance osseuse et qui forme un cercle complet autour de sa base.

Les mesures prises avec exactitude donnent 33 centimètres de circonférence à la base et au milieu de la hauteur, et 8 centimètres et demi de dimension verticale.

En appliquant avec soin la main sur la tumeur, on ne sent aucun soulèvement, ni pendant la systole ventriculaire, ni pendant l'expiration, ni enfin dans les secousses de toux. Enfin, en comprimant la tumeur à pleines mains, même avec force, on ne diminue point son volume et l'on ne détermine aucun trouble nerveux.

Le diagnostic reste incertain : on hésite entre un kyste dermoïde et une hydro-méningocèle ayant cessé de communiquer avec la cavité crânienne; la ponction exploratrice seule permettra de résoudre ce problème.

Le 10 février, veille du jour fixé pour l'opération, je fais à la partie antérieure et moyenne de la tumeur, une ponction exploratrice avec un trocart capillaire. Au moment où la tige du trocart est retirée, il ne s'écoule rien, et sur les petites facettes qui terminent la pointe de l'instrument, je remarque un peu de matière blanchâtre pultacée qui fait reconnaître la nature dermoïde de la tumeur. En changeant un peu la canule de place et relevant son extrémité profonde, il s'écoule une certaine quantité de pus épais, dont on favorise la sortie en pressant sur les parois de la tumeur. On obtient encore cent grammes de ce liquide, puis tout écoulement cesse. Je retire alors la canule du trocart, et ayant pratiqué au même niveau une ponction avec la lancette, je fais sortir par pression une grande quantité d'une matière molle et pâteuse comme du fromage mou, gris jaunâtre, semblable à celle que contiennent les kystes dermoïdes, et qui est expulsée par l'incision, comme à travers une filière, sous forme d'un ruban aplati. Dans cette matière on remarque une quantité prodigieuse de poils ressemblant à des cheveux, dont les plus longs ont 7 centimètres de longueur. Ces cheveux sont blonds, tandis que le sujet est très-brun.

Le lendemain 11 février, pendant le sommeil chloroformique, j'enlève à l'aide de deux incisions semi-elliptiques, à la partie moyenne de la tumeur, un lambeau de parties molles qui permet de voir lar-

gement la cavité kystique. Je reconnais alors que la membrane du kyste, qui dans la plus grande partie de son étendue a conservé son caractère dermoïde, a pris en certains points une apparence tomenteuse et comme fongueuse, due à une inflammation suppurative. Cette modification s'est produite dans toute la partie qui répond au sommet de la tumeur, mais elle s'étend aussi sur les côtés et surtout en arrière jusqu'à la base de la tumeur, dont la demi-circonférence postérieure offre cette altération. Dans tous ces points la membrane est boursouflée, mollasse, friable, l'épiderme est évidemment détruit; et ce que nous a raconté le malade des douleurs survenues il y a deux ou trois mois et accompagnées d'une augmentation rapide du volume de la tumeur, doit faire admettre que cette altération du kyste remonte à la même époque. C'est cette inflammation qui a produit le pus qu'on a fait sentir au moment de la ponction exploratrice.

Dans la cavité kystique existe encore une grande quantité de matière pultacée grisâtre, semblable à celle qu'on a vu sortir la veille par la piqûre de la lancette.

Une fois le kyste largement ouvert, je saisis sa membrane avec une pince à dents de souris, et à l'aide du bistouri je la dissèque successivement des deux côtés jusqu'à la base de la tumeur. Cette dissection est loin d'être partout également facile : dans les points où la membrane a conservé son aspect normal, elle n'adhère aux parties voisines que par un tissu conjonctif assez lâche qui se dissocie avec facilité; mais dans les parties où cette membrane a été modifiée par l'inflammation, elle adhère intimement aux autres couches, de sorte qu'il faut la sculpter dans les parois. En trois points elle a même été perforée par un travail ulcératif et des fongosités ont gagné les parties voisines : deux de ces points se trouvent sur les côtés, le troisième est en arrière et à gauche, vers le pourtour de la base, et il y a là un diverticule assez long pour qu'on soit obligé d'inciser le lambeau afin d'enlever avec les tissus fongueux qui s'y trouvent une certaine épaisseur de parties molles.

Arrivé à la base de la tumeur, sur la calotte crânienne, on trouve la membrane dermoïde intimement adhérente au périoste, de telle sorte que ces deux membranes ne forment plus, dans toute la partie moyenne de la base, qu'une seule couche très-mince, et que je me trouve contraint de mettre à nu le tissu osseux. A mesure qu'on se rapproche du centre, cette membrane s'amincit de plus en plus, et les os se dépriment également d'une façon graduelle. Au centre même, dans une étendue circulaire ayant 2 centimètres de diamètre, les os manquent complétement, et l'on sent avec le doigt que l'on est sur la dure-mère. A ce niveau, ce qui représente la membrane du kyste et le périoste réunis, n'a plus qu'une minceur extrême, comparable à celle d'une feuille de papier. Je tâche de détacher cette membrane par de douces tractions; mais, comme comme elle est extrêmement friable, cette tentative est inutile, il faut absolument se servir jusqu'au bout de l'instrument tranchant. Fort heureusement, le tissu qui fixe la membrane à la dure-mère est lâche et délicat, filamenteux, de sorte que la dissection n'offre point de réelles difficultés.

La partie du crâne privée de son périoste représente une surface circulaire ayant 6 centimètres et demi de diamètre, au centre de laquelle se trouve la dure-mère dépourvue de toute protection osseuse. Ce dernier point correspond exactement au siége occupé par la fontanelle antérieure, et il est à remarquer qu'il n'existe aucune trace des sutures sagittale et fronto-pariétales, la soudure des os est complète. Sur les limites de la perforation osseuse, l'os commence par un bord très-mince à contour un peu inégal.

Il ne restait plus après cela qu'à recouvrir la vaste surface cruentée. Bien qu'un lambeau de parties molles eût été enlevé dès le commencement de l'opération, j'avais à dessein conservé plus de téguments qu'il n'était nécessaire pour recouvrir la plaie, afin de placer la suture dans la position la plus favorable. Je jugeai opportun de faire celle-ci vers l'un des côtés, afin de protéger plus efficacement le point où la dure-mère était à nu. Pour cela, laissant toute sa longueur à l'un de mes lambeaux, je coupai l'autre près de sa base; je dus retrancher en outre à la partie postérieure du lambeau conservé, une portion triangulaire qui devenait exubérante, et je pus alors recouvrir complétement la plaie avec une sorte d'opercule qui en avait exactement la forme et qui fut fixée par douze épingles à l'aide de la suture entortillée. Cette suture a la forme d'une L ayant une branche antero-postérieure située à droite et une branche transversale en arrière. Les deux extrémités de la suture ne sont pas réunies afin de permettre le libre écoulement des liquides, et une compression méthodique faite avec de la charpie applique exactement le lambeau sur les couches profondes, afin d'éviter la formation de clapiers. La plupart des artères divisées ne donnèrent que peu de sang; deux seulement durent être liées.

Le pansement de la plaie fut d'abord renouvelé matin et soir; les épingles furent toutes retirées le troisième jour, il avait réunion immédiate des bords de la plaie. Sous le lambeau, il y eut en quelques points une suppuration modérée; et, malgré un érysipèle qui survint le sixième jour, mais qui fut sans gravité, la suppuration était complétement tarie et les extrémités de la suture réunies le 14 mars (un mois après l'opération).

Examen de la pièce. — Le contenu du kyste est composé, ainsi qu'on en jugeait à l'œil nu, d'éléments épidermiques, de matières grasses et de poils nombreux. Les éléments épidermiques sont pour la plupart vésiculeux, avec ou sans noyau apparent. La graisse est à l'état amorphe, sous forme de gouttelettes huileuses. Les poils sont complétement identiques aux cheveux et aux poils follets.

La membrane du kyste est épaisse, fibreuse, analogue au derme cutané, excepté dans la partie correspondant à la base de la tumeur, où elle offre une minceur et une friabilité beaucoup plus grandes. Presque dans toute son étendue, elle est pourvue de cheveux et de poils semblables à ceux qui ont été signalés dans le contenu du kyste, et dont quelques-uns ont jusqu'à 7 centimètres et demi de longueur. Sur des coupes minces de la membrane kystique, on remarque un nombre prodigieux de glandes sébacées volumineuses. On n'y a point trouvé de glandes sudoripares.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 décembre 1873 (1). — Présidence de M. LUNIER

DISCUSSION

M. DUROZIEZ a donné des soins à une dame atteinte de goître exophthalmique ayant présenté cette particularité, à savoir que ses cheveux ont blanchi dans un très-court laps de temps. Elle a succombé à Tarbes, rapidement aux suites d'une bronchite. M. Duroziez avait autrefois cru saisir par l'auscultation des yeux des exophthalmiques des bruits vasculaires; mais il s'est convaincu qu'ils existaient dans les yeux normaux et devaient être attribués aux mouvements rotatoires des paupières.

M. PETER a observé à la clinique de M. Trousseau une malade qui a succombé plus tard à l'Hôtel-Dieu, et dont l'autopsie a été pratiquée par MM. Fournier et Olivier. L'examen histologique n'a révélé que des altérations vasculaires. Les battements du cœur, les bondissements des artères doivent être attribués à des troubles du grand sympathique.

Dans ce cas, la chaleur périphérique était considérable; au mois de janvier, la malade ne pouvait supporter d'être couverte que par sa chemise. L'hydrothérapie lui procura quelque amélioration. Elle fut examinée dans un concours pour le bureau central par un candidat qui crut à une rougeur scarlatineuse. Dans les derniers temps, la malade présenta des gangrènes partielles des extrémités.

MM. Fournier et Olivier en cherchèrent vainement la cause dans les vaisseaux; les résultats furent négatifs. De même qu'il y a une dilatation des vaisseaux résultant d'un trouble de l'innervation, ne pourrait-il y avoir un phénomène opposé, c'est-à-dire une contraction? Ce serait quelque chose d'analogue à la gangrène symétrique des extrémités, décrite par M. Raynaud.

M. BOINET. Il ne faut pas croire que tous les malades succombent.

(1) Fin. — Voir les numéros des 2 et 9 juin 1874.

Je connais un fermier âgé de trente-huit ans, qui est atteint de cette maladie depuis vingt ans. Il est pléthorique, gros mangeur. Il a de fortes palpitations, surtout sous l'influence des émotions.

M. GILLEBERT-D'HERCOURT. Tous les malades atteints de cette affection ne succombent pas. Sur quinze malades auxquels j'ai donné des soins, deux ont succombé : l'un, longtemps après le début de son mal, est mort phthisique; un autre est mort accidentellement dans une chute, en faisant une excursion sur une montagne. Les autres ou ont guéri ou vivent avec leur mal.

M. DUROZIEZ demande à M. Boinet comment il a reconnu que son malade était pléthorique et non chlorotique. Les apparences ne suffisent pas pour distinguer ces états.

M. BOINET. Il s'agit d'un homme très-vigoureux, et dont il n'est pas besoin d'analyser le sang pour affirmer qu'il n'est pas chlorotique.

M. PETER n'a pas dit que tous les malades succombassent; mais il en a vu deux mourir dans un état cachectique et dans le cas de la malade de MM. Fournier et Ollivier, la gangrène ne peut être expliquée par la seule cachexie.

M. BLONDEAU a observé une malade chez laquelle les palpitations n'étaient par le symptôme prédominant, mais qui a présenté des hématemèses considérables.

M. GILLEBERT-D'HERCOURT. L'hydrothérapie et la digitale sont les principaux moyens thérapeutiques; l'iode est généralement considéré comme nuisible, et cela est quelquefois vrai; parfois il n'a aucune action. L'hydrothérapie demande des précautions particulières pour que les malades n'aient pas d'accès de suffocation sous la douche. Ainsi l'on recouvre la partie supérieure du corps et l'on n'agit que sur les membres inférieurs. Aran avait conseillé l'application de la glace sur le goître et sur le cœur. Mais quelques malades ne supportent même pas une compresse mouillée. Les règles sont toujours irrégulières; l'amélioration de la maladie s'accompagne généralement d'un retour dans la régularité de la menstruation.

M. PETER. L'hydrothérapie est le meilleur moyen thérapeutique; cependant elle peut échouer. Elle n'a produit aucun résultat chez une dame de vingt ans, atteinte d'un goître à marche presque aiguë, venue de la Nouvelle-Orléans à Paris, pour se faire traiter. Elle était dans l'établissement de M. Leroy-Dupré. La digitale n'a pas donné de meilleur résultat.

M. MERCIER demande si la boulimie, qui est un symptôme de cette maladie, précède ou suit les autres symptômes.

M. GILLEBERT-D'HERCOURT l'a vue apparaître conjointement avec les autres symptômes. Le premier symptôme est un trouble de la calorification; les malades redoutent la chaleur extérieure. Les fonctions digestives se dérangent; les palpitations se manifestent; puis surviennent le goître et l'exophthalmie.

La séance est levée à 6 heures.

Le secrétaire annuel, Dr BLUMENTHAL.

Séance du 27 décembre 1873. — Présidence de M. LUNIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Une lettre de M. le docteur Dubuc, qui remercie la société de sa nomination comme membre titulaire;

Une lettre de M. Gillebert-D'hercourt fils, demandant un tour de lecture à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire.

ÉLECTION

On vote sur la candidature de M. le docteur Beni-Barde au titre de membre titulaire. M. Beni-Barde est nommé, à l'unanimité des membres présents, membre titulaire de la Société de médecine de Paris.

LECTURE

M. AIMÉ MARTIN lit, au nom de M. Ramos, un travail relatif à la fièvre jaune.

Le travail de M. Ramos est renvoyé à une commission composée de MM. Aimé Martin, Gillette et Dubuc, rapporteur.

RAPPORT

M. PERRIN, trésorier, au nom du conseil d'administration, lit un rapport sur certaines mesures financières à prendre et qui se termine ainsi :

« Considérant que la nouvelle situation faite à la Société de médecine de Paris lui impose aujourd'hui des frais auxquels ses ressources actuelles ne permettent plus de faire face intégralement, son conseil d'administration entendu, la société arrête :

« A partir de 1874, chaque membre titulaire sera tenu de payer une cotisation annuelle de 41 fr.

« 27 décembre 1873. »

Les conclusions de ce rapport, après une discussion fort courte, sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité des membres présents.

LECTURE

M. GALLARD lit un rapport sur un travail de M. Boissarie, intitulé : *Notes et réflexions sur quelques cas de phlegmon peri-utérin.*

DISCUSSION

M. MERCIER rappelle, à ce sujet, un petit travail publié par lui en 1838, dans la *Gazette médicale*, et se rapportant à la péritonite circonscrite du petit bassin envisagée comme cause de stérilité par suite d'oblitération des trompes. J'appelle surtout l'attention, dit-il, sur la blennorrhagie de la femme qui, par transmission, peut développer une péritonite localisée à l'extrémité des trompes, amener l'oblitération de ces conduits et empêcher la conception d'avoir lieu. Tout récemment, la *Gazette des Hôpitaux* a publié un cas provenant du service de M. Lorain à la Pitié, et dans lequel une blennorrhagie s'était propagée aux organes génitaux internes et terminée par la mort à la suite de péritonite du petit bassin.

J'ai rencontré dans Morgagni plusieurs faits à l'appui de ce que j'avance, et cet observateur signale des exemples d'oblitération des trompes de Fallope, constatés à l'ouverture de cadavres de prostituées. Depuis, de nombreux auteurs se sont occupés et s'occupent de cette importante question, et l'on me permettra de m'étonner de ne jamais être cité par eux.

M. GALLARD remercie M. Mercier des faits intéressants qu'il vient de rappeler; mais, pour sa part, bien qu'admettant que l'inflammation du péritoine pelvien soit une des causes les plus fréquentes de la stérilité, il pense que ces abcès du petit bassin proviennent plutôt du tissu cellulaire que la séreuse.

M. MERCIER a vu la confirmation de ce qu'il croit être l'expression de la vérité dans un fait qu'il a observé en 1838, lorsqu'il était interne à la Charité. Une jeune fille, dans le cours d'une fièvre typhoïde, s'était plainte d'une blennorrhagie à laquelle on n'avait pas fait attention : elle mourut, et, à l'autopsie, on constata des désordres du côté de l'utérus et des trompes, organes qui furent présentés à la Société anatomique.

M. PETER. Le travail de M. Gallard renferme diverses questions d'un haut intérêt, dont les unes sont en partie résolues, dont les autres sont encore à l'étude.

L'existence du phlegmon péri-utérin ne me semble plus faire aucun doute; mais une autre question, que M. le rapporteur a abordée et qui, selon moi, mériterait d'être l'objet d'une discussion toute spéciale, est celle de la *paraplégie dite réflexe*, à laquelle je ne crois que bien médiocrement. En tout cas, celle qu'on attribue à la compression est invraisemblable, car c'est plutôt par transmission du processus inflammatoire aux filets nerveux, puis à la moelle, qu'elle doit se produire. Les altérations du centre nerveux rachidien, du reste, sont là pour donner plus ou moins raison à cette manière de voir.

M. GALLARD fait remarquer que, cependant, chez une des malades de M. Boissarie, qui avait présenté de la paraplégie et de l'œdème des membres inférieurs, l'abcès rétro-utérin s'étant porté en avant, la paraplégie avait disparu.

M. PETER. C'est là une question assez importante pour en renvoyer la discussion à une autre séance.

M. LUNIER trouve que M. Gallard a un peu trop insisté sur l'influence des adhérences péritonéales, eu égard à la conception. Il n'est pas rare, en pareil cas, d'observer la grossesse, et ces adhérences doivent être plutôt considérées comme une gêne que comme un obstacle proprement dit. Il croit aussi qu'au point de vue de la gravité, il y a une distinction capitale à établir entre l'inflammation péritonéale et celle du tissu conjonctif du petit bassin : dans le premier cas, en effet, l'action inflammatoire a une grande tendance à se généraliser, tandis que, dans le second, l'inflammation reste isolée et est bien limitée.

M. GALLARD. Je crois avoir donné, dans mon rapport, satisfaction à M. Lunier, puisque j'ai dit que dans deux des cas il y avait eu inflammation plutôt du tissu cellulaire que du péritoine. Quant à l'influence des adhérences sur la conception, je n'ai pas été aussi absolu qu'il veut bien le dire, puisque j'ai fait remarquer que, dans un exemple, la grossesse s'était produite et, de plus, j'ai ajouté qu'elle n'avait apporté aucune modification heureuse dans l'état antérieur des organes génitaux internes.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr G. GILLETTE.

VARIÉTÉS

Traité d'hygiène militaire,

par G. MORACHE, médecin-major de première classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce (1).

Les événements de la dernière guerre ont donné un attrait particulier aux questions militaires, et le public médical s'intéresse de plus en plus à un ordre d'idées pour lequel, avant 1870, il ne manifestait que de l'indifférence.

Les médecins civils, habitués à voir les soldats entre les mains de leurs confrères de l'armée ne prêtaient qu'une médiocre attention aux travaux purement spéciaux des médecins militaires.

La dernière campagne, qui a utilisé la plupart de nos confrères, soit dans les régiments de marche, soit dans les hôpitaux, les récentes lois militaires qui enrégimentent tout Français, et (pourquoi ne pas le dire, puisque ce sentiment se trouve au fond du cœur de chacun) les événements futurs, bien éloignés il est vrai, ont fait comprendre la nécessité de certaines études.

Un traité d'hygiène militaire manquait à notre littérature médicale, et il faut savoir gré à M. Morache, connu déjà par ses nombreuses et remarquables publications (2), d'avoir pris l'initiative d'une pareille œuvre.

L'absence d'un livre si important a dû frapper évidemment beaucoup d'esprits. Le dix-huitième siècle montre des hygiénistes militaires de premier ordre : Colombier, Jourdan, le Cointe, Revolat. A notre époque, au contraire, les médecins militaires : Baudens, Bégin, Boudin, Jacquot, Michel Lévy, pour ne citer que ceux qui ne sont plus, quittent toute spécialité et fournissent d'imposants matériaux à l'hygiène générale.

Tout cela s'explique quand on connaît exactement le rôle du médecin militaire français et la situation qui lui est faite. Écouté rarement par le commandement, tenu toujours en tutelle par l'intendance, le corps de santé militaire, sans initiative et sans autorité suffisante, ne voit pas suivre les conseils qu'il donne.

Une situation bien différente est faite aux médecins de l'armée dans les autres pays; aussi nous y voyons naître des publications importantes sur l'hygiène militaire : il suffit de citer les travaux de Parkes, Gordon, Longmore en Angleterre; de Hammond en Amérique, de Kirchner, de Roth et de Lex en Allemagne, travaux justement mis en lumière par M. Morache dans le cours de son ouvrage.

Les idées que nous venons d'émettre ont dû se présenter aux méditations de l'auteur, car elles semblent lui avoir dicté l'esprit et le plan qui ont présidé à la confection de son œuvre.

Il ne recherche pas quelle direction il faudrait imprimer aux institutions existantes pour conserver aux troupes la meilleure santé, et quels moyens on devrait employer pour mettre le soldat ou une armée dans des conditions d'hygiène parfaite. M. Morache prend l'armée française telle que l'a faite la dernière législation, Il montre le rôle qu'est appelé à jouer le médecin militaire, et il lui indique ce qu'il a à faire.

A ce point de vue, M. Morache a nettement montré la situation; le médecin a rarement de l'autorité, il est parfois écouté, il devrait être plus souvent consulté. Le commandement, en toutes circonstances, a initiative et autorité. Il ordonne et doit être obéi. S'il a tous les honneurs, il a aussi toute la responsabilité.

L'ouvrage de M. Morache facilitera les rapports de l'autorité avec le médecin, dont le rôle sera mieux connu et nécessairement plus recherché. De tout cela ne peut naître, en définitive, qu'une amélioration dans le bien-être et dans la santé du soldat.

Le plan de l'hygiène militaire est forcément plus militaire que médical.

Le citoyen sort des rangs de la société pour entrer dans l'armée. Quelles conditions doit-il présenter pour y être *admis?* Une fois admis, il doit *rejoindre*. Arrivé à l'armée, il faudra le *loger*, l'*habiller*, l'*équiper*, le *nourrir*. Dès lors, le nouveau soldat sera dans un milieu spécial, il sera soumis à la *vie militaire*. Voilà les questions posées, et que l'auteur développe en autant de chapitres distincts.

Le livre Ier, *De l'organisation et du recrutement des armées*, est remarquablement traité. Il contient les dernières lois militaires sur le recrutement (27 juillet 1872), sur l'organisation de l'armée (24 juillet 1873), l'instruction du 3 avril 1873, pour servir de guide aux médecins militaires, avec la nomenclature, *in extenso*, des maladies, infirmités ou difformités qui rendent impropre au service actif ou au service auxiliaire. C'est là ce que doit savoir le médecin appelé devant le conseil de révision. Pour lui servir de guide en cette circonstance, lors de l'incorporation ou des réformes, il trouvera quelques conditions spéciales sur certaines infirmités, leur importance et leur simulation. Tout cela, accompagné de tableaux statistiques, de cartes et de figures, qui rendent très-attrayante la lecture de ce chapitre. L'étendue de ce livre, 247 pages consacrées à l'entrée au service, fait que l'auteur a dû traiter brièvement la sortie du service, les réformes, pensions......

(1) Paris. — J.-B. Baillière et fils, éditeurs. — 1874, un vol. in-8° de 1050 pages avec 175 figures.

(2) *Pékin et ses habitants* (Baillière, 1869). — *Trains sanitaires pour les blessés* (Dumaine, 1872). — *Étude sur l'aptitude militaire physique de la population parisienne;* — *De l'équipement du soldat* (*Journal des sciences médicales*). Conférences à la réunion des officiers. — Art. Chine, Service de santé militaire, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Le livre II comprend à peu près le tiers de l'ouvrage, il traite des *habitations du soldat*. Les casernes et autres logements destinés à la troupe dans les villes ou places de guerre sont étudiés, puis le soldat est suivi dans les différentes situations qu'il est exposé à rencontrer lorsqu'il est appelé à prendre la campagne, soit pour prendre part aux manœuvres qui complètent son instruction, soit pour marcher à l'ennemi.

Dans les villes ou places de guerre, les habitations du soldat sont *permanentes* ou *passagères*.

Les habitations permanentes sont les casernes.

M. Morache montre comment il faut choisir leur emplacement, quelle est la disposition générale à donner aux bâtiments, et, à ce propos, il expose et compare des plans d'ensemble de casernes : la caserne Vauban, la caserne Saint-Charles à Marseille, de Schützen à Dresde, et les casernes anglaises modernes.

L'aménagement intérieur, c'est-à-dire la dimension, la ventilation, le chauffage, l'éclairage, les différents objets mobiliers, soit des casernes, soit des locaux accessoires (cours, cuisines, lavoirs, magasins, corps de garde, infirmeries, écuries, locaux disciplinaires.....) sont ensuite passés en revue.

M. Morache se prononce pour le système moderne adopté en Angleterre, qui n'est pour ainsi dire qu'un camp rendu permanent, et dont les constructions ont pris un caractère définitif. Si l'on a de l'espace et du terrain, il n'y a pas à hésiter, il faut adopter le plan des pavillons isolés, à un étage au plus, séparés par de grands intervalles où l'air et la lumière peuvent circuler. Si le terrain est resserré, il faut construire la caserne pour un effectif restreint. Ces constructions peuvent être plus coûteuses, c'est vrai, mais elles sont plus saines.

Dans un problème social, la question économique n'intervient pas seule, il y rentre aussi un élément important, c'est la santé du soldat. M. Morache le démontre avec vicacité et chaleur (page 278) : « La société réclame de chacun de ses enfants le service obligatoire et personnel, elle entretient d'une façon permanente 450,000 hommes, l'élite de sa population, pour constituer le noyau de son armée et former un cadre suffisant à l'instruction militaire de la nation, mais elle n'a pas le droit de placer ses soldats dans des conditions permanentes telles, que leur santé et leur vie soient compromises..... Au point de vue des habitations, la science démontre les dangers de l'agglomération, l'influence qu'elle exerce sur la mortalité du soldat; il est donc indispensable de la combattre avec résolution; l'armée ne marchande jamais devant ses devoirs, ne lui marchandons pas la santé. »

Lorsque les troupes se mettent en marche, le système du cantonnement ou du logement chez l'habitant, n'est pas toujours applicable et alors les troupes doivent *camper*, c'est-à-dire prendre comme base de leur habitation les *champs* eux-mêmes, en dehors des villes ou lieux habités.

M. Morache étudie d'abord l'assiette d'un camp, le choix d'un emplacement d'après la région et la saison, puis les abris des troupes dans les camps : les tentes ou les baraques dans l'armée française ou dans les armées étrangères. Des réflexions judicieuses montrent l'influence des camps sur la santé et le moral des troupes. M. Morache n'est pas pour les camps permanents, et il justifie cette opinion, que nous partageons entièrement. Pendant l'hiver, les travaux théoriques, les instructions dans les chambres, pendant la belle saison, on vide les casernes, et l'armée va dans les camps ou sur les terrains de manœuvre. C'est simple et logique. F. PONCET,

professeur agrégé à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce.

(*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Recueil des travaux du comité consultatif d'hygiène publique de France et des actes officiels de l'administration sanitaire, publié par ordre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce. — Tome I[er], 1872. — 1 vol. in-8° de 452 p. — Prix : 8 francs. — Tome II, 1873, 1 vol. in-8° de 450 p. avec 2 cartes. — Prix : 8 francs.

Ce *Recueil* a le caractère d'archives dans lesquelles on peut suivre la marche et les progrès de l'hygiène publique et administrative ; il contient des rapports et des mémoires sur toutes les questions afférentes à : 1° services sanitaires extérieurs ; 2° conseils d'hygiène et de salubrité des départements ; 3° épidémies et endémies ; 4° salubrité, police sanitaire ; 5° hygiène industrielle et professionnelle : 6° denrées alimentaires et boissons ; 7° exercice de la médecine et de la pharmacie ; 8° eaux minérales ; 9° art vétérinaire, épizooties.

Ce *Recueil* contient en outre les documents officiels, lois, décrets, arrêts, instructions, circulaires, préparés pour la plupart par les études et les délibérations du comité, et émanant encore de lui d'une façon indirecte.

Tome II, 2° partie (enquête sur le goître et le crétinisme par Baillarger), 1873. — In-8° avec 3 cartes géographiques. — 7 francs.

Tome III, 1874, in-8°. — 8 francs. — Paris. J. B. Baillère et fils.

Le Directeur : D[r] E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 70. — JEUDI 18 JUIN 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 18 JUIN 1874. — N° 70.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous nous sommes efforcé de rendre autant que possible la physionomie de la séance dans le compte rendu que nous en avons donné.

On y verra jusqu'à quel point la plupart des membres de l'Académie sont contraires à la méthode des injections intraveineuses, et dans quelles limites M. Bouillaud lui-même entend soutenir M. Oré : il ne s'en fait pas le patron, le panégyriste; il ne juge pas; il raconte en qualité de simple *reporter*, suivant un terme anglais.

Ce qui ressort de tout ceci, c'est une impression générale de répugnance pour une opération qui paraît au moins hasardeuse.

On n'aime pas à voir ouvrir sans nécessité le cercle fermé de l'appareil circulatoire. Sait-on bien ce qui va pouvoir s'introduire par cette porte? S'il faut en croire M. Pasteur, l'atmosphère est remplie de germes, dont quelques-uns peuvent changer dans sa composition toute la masse du sang. Ces germes se mêlent à l'eau en contact avec l'atmosphère; ils s'attachent aux instruments : n'est-il pas à craindre qu'ils pénètrent en même temps que l'injection?

C'est là une des inconnues, sur laquelle on n'a pas cette fois insisté, parce qu'on se sentait préoccupé surtout d'autres dangers plus immédiats sans doute et beaucoup plus incontestables.

On avait vu des animaux foudroyés, ou tués en un temps assez court, par des injections intraveineuses de substances fort peu toxiques quand on les emploie autrement.

M. Colin a raconté plusieurs faits de ce genre; d'autres, très-analogues, avaient servi de base à certaines théories physiologico-médicales que les praticiens jusqu'ici sont peu disposés à admettre. Mais enfin ils ont étonné.

On ne connaît pas le mécanisme de ces accidents formidables : et l'on s'en effraye d'autant plus. Les opérateurs, ne découvrant rien à l'autopsie, demandent aux chimistes la raison de la mort, et ceux-ci, quand ils sont prudents, se gardent bien de leur répondre.

La science commence à être assez faite pour qu'on devienne moins facile à satisfaire par des banalités. On commence à comprendre mieux les difficultés des problèmes; on entrevoit plus nettement la profondeur de l'inconnu; et quand il est plein de menaces, comme en pareil cas, l'inconnu est ce qui doit peut-être le plus épouvanter le praticien.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC

Syphilis gommeuse, précoce et réfractaire à l'iodure de potassium (1).

IV.

Au neuvième mois de la syphilis, quatrième tumeur gommeuse développée dans l'épaisseur de la joue droite. — Cinquième tumeur gommeuse, vers le même temps, dans la région du poignet gauche; ses alternatives d'augmentation et de diminution; elle s'ulcère au quatre-vingtième jour de sa durée. État général parfait. — Inefficacité de l'iodure de potassium donné à la dose de 8 grammes.

Pendant que se développait, dans la région du coude, la gomme dont il a été question plus haut, une tumeur se montra dans l'épaisseur de la joue droite, vers les premiers jours d'octobre (neuvième mois de la syphilis). Cependant le malade prenait depuis longtemps, chaque jour, 4 grammes d'iodure de potassium et du proto-iodure d'hydrargyre. Cette tumeur, qui était ronde, indolente, augmenta progressivement de volume, se ramollit peu à peu du centre à la périphérie, et, après être restée longtemps indépendante de la peau qui la recouvrait, finit par lui adhérer. Son volume égalait celui d'une noix. Elle était située au-dessous de l'os de la pommette et proéminait à la fois sur la joue et dans l'intérieur de la bouche.

Pendant qu'elle parcourait les phases de son évolution, malgré le traitement, l'extrémité inférieure du cubitus gauche devint douloureuse et augmenta très-rapidement de volume. Cette lésion avait débuté le 31 octobre; cinq jours après toute l'extrémité inférieure du cubitus, dans une hauteur de 5 centimètres, était trois fois plus grosse qu'à l'état normal, mais sans changement de couleur et sans fluctuation.

Cette tumeur, du reste, contrairement aux autres, se dissipa avec une merveilleuse rapidité et comme à vue d'œil, et voici ce que je constatai le 10 novembre (dixième jour de la tumeur du cubitus, dixième mois de la syphilis). L'empâtement des tissus au niveau de la tumeur osseuse a diminué et laisse sentir

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 juin.

facilement l'os, qui est tuméfié dans toute son épaisseur sur une hauteur de 3 centimètres environ. La tumeur, qui était douloureuse au début, est maintenant indolente; elle semble formée par l'os plutôt que par le périoste.

Je me demandais pourquoi, parmi toutes ces tumeurs, qui jusqu'alors n'avaient présenté aucune tendance à la résolution, qui, au contraire, s'étaient assez rapidement ramollies et ulcérées, cette dernière avait fait exception? J'espérais qu'elle n'aurait pas le même sort que les autres; mais je présumais trop des vertus curatives de l'iodure de potassium ou de la force réactive du malade.

En effet, vers le dix-neuvième jour de sa durée, cette tumeur du cubitus, après avoir diminué, augmenta de volume et devint le siége d'une recrudescence inflammatoire avec douleur et empâtements périosseux. Les jours suivants, elle offrit plusieurs alternatives de mieux et de plus mal, et enfin, le 20 janvier 1871 (quatre-vingtième jour de sa durée), elle s'ouvrit spontanément et se convertit en une ulcération taillée à pic, large comme une pièce de 2 francs en argent. L'os sous-jacent offrait une épaisseur beaucoup plus considérable qu'à l'état normal. Le malade, dont la santé était excellente, prenait chaque fois 8 grammes d'iodure de potassium.

V.

Description de la tumeur gommeuse de la joue. — Au cinquante-cinquième jour de sa durée, elle s'ouvre à l'extérieur et s'ulcère. — Son état stationnaire, malgré l'iodure de potassium et l'hydrargyre. — Sa cicatrisation au bout de cent quatre-vingt jours.

Productions gommeuses diffuses et non suppurées autour des malléoles.

Au quatorzième mois de la syphilis, guérison de tous les accidents syphylitiques. — Le malade avait pris environ 1320 gr. d'iodure de potassium.

Revenons à la tumeur de la joue. Vers le trente-cinquième jour de sa durée, elle était du volume d'une grosse noix, et proéminait en dedans de la joue autant qu'en dehors. Elle était devenue douloureuse en dehors et en bas sur un point de la peau qui lui adhérait, et avait pris une teinte violacée. Elle donnait au toucher la sensation d'une tumeur charnue en voie de ramollissement, mais la fluctuation y était encore très-incertaine.

Dix jours après, elle était vaguement fluctuante. Au cinquante-cinquième jour, elle s'ouvrit à l'extérieur, et il en résulta une vaste ulcération irrégulière, peu profonde, entourée d'un tissu induré et rougeâtre, sécrétant un liquide gommeux, rougeâtre et un peu purulent. Sa saillie dans la bouche avait diminué; elle n'adhérait pas à l'os molaire.

Cette gomme ulcérée de la joue resta longtemps stationnaire, bien que le malade prit toujours 8 grammes d'iodure de potassium et un peu d'hydrargyre, et qu'on appliquât sur elle tous les topiques indiqués en pareille circonstance.

A la fin de mars (cent quatre-vingtième jour de sa durée), elle était à peu près complétement cicatrisée, et, à sa place, il existait une dépression profonde de la joue.

Pendant que la gomme de la joue parcourait ainsi fatalement toutes ses phases, d'autres manifestations de même nature, mais moins graves, se produisaient sur d'autres parties du corps — Nous avons parlé de la périostose du cubitus. Dans les derniers jours de décembre 1870, l'extrémité inférieure du péroné gauche se tuméfia légèrement, et il se fit un peu d'épanchement dans l'articulation du pied; mais tout cela fut très-fugace. Puis la malléole interne du même côté devint aussi le siége d'un gonflement diffus qui paraissait occuper les parties molles plutôt que les tissus, et qui se dissipa au bout de quelques jours.

L'ulcère résultant de la tumeur du coude s'était cicatrisé après avoir duré trois mois.

Au commencement de mai 1871 (quatorzième mois de la syphilis), toutes les productions gommeuses qui n'avaient cessé de pousser sur diverses parties du corps étaient guéries. Le malade avait pris, sans en souffrir, de 6 à 8 grammes d'iodure de potassium; j'y avais ajouté, de temps en temps, quelques préparations hydrargyriques. Je le soutenais avec des toniques, et il faisait usage d'huile de foie de morue à la dose de 5 à 6 cuillerées par jour. Sa santé générale, qui n'avait pas périclité un seul instant depuis qu'il était sorti de l'état cachectique du début de la syphilis, continuait être à excellente, et il y avait lieu de croire que la diathèse était guérie ou éteinte.

VI.

Au quinzième mois de la syphilis, sixième tumeur gommeuse occupant le plancher buccal: elle s'ouvre au bout d'un mois; évacuation intermittente de son contenu. — Lenteur de sa guérison. Elle ne se cicatrise qu'au bout de cinq mois.

Au seizième mois de la syphilis, septième gomme diffuse ulcérée du poignet gauche; guérison en deux mois.

Santé générale toujours excellente. — 8 grammes par jour d'iodure de potassium.

Malheureusement, vers le temps que se guérissaient ces manifestations syphilitiques d'une si longue durée, il en survenait de nouvelles poussées. Ainsi, dans les derniers jours du mois de mai, une petite tumeur sous-cutanée, dure et circonscrite, se développa au-dessous du plancher buccal, en arrière du menton. La peau, indemne d'abord, fut bientôt comprise dans le mouvement pathologique; puis la gomme se ramollit, devint fluctuante et s'ouvrit spontanément, en juin 1871, au bout d'un mois de durée. Il s'en échappait, tous les huit jours environ, une quantité considérable d'humeur très-claire et gommeuse.

Deux mois après son ouverture (huitième mois de la syphilis), je constatai l'état suivant: la tumeur, située à quelques centimètres en arrière du menton, sur la ligne médiane, était d'un rouge foncé, marbrée de taches blanchâtres qui semblaient occuper l'épaisseur du derme; aplatie, mobile sur l'aponévrose, elle adhérait à la peau et laissait échapper par plusieurs pertuis, et toujours à des intervalles irrégulièrement intermittents, un liquide gommeux caractéristique.

Cette tumeur différa des précédentes en ce sens qu'elle ne se convertit pas d'emblée, comme elles, en une vaste ulcération. Elle se creusa en une cavité qui s'emplissait et se désemplissait alternativement. Elle fut très-longue à se guérir, et ce n'est que vers le milieu du mois d'octobre (cinq mois et demi après son apparition) qu'elle se convertit définitivement en une cicatrice linéaire transversalement, blanchâtre et entourée de tissu rougeâtre. Elle occupait toute l'épaisseur de la peau et glissait sur les tissus sous-jacents.

Sur la face dorsale du poignet gauche, dans cette région où s'étaient déjà développées deux tumeurs gommeuses, il survint, vers le mois de juillet (seizième mois de la syphilis), une tuméfaction diffuse, rouge, douloureuse, un peu mobile sur les parties profondes, avec empâtement de tous les tissus périphériques qui s'ulcéra au bout d'un mois et donna lieu à une perte de substance taillée à pic, à fond vermoulu et à sécrétion jaunâtre et visqueuse. Cette ulcération mit trois ou quatre

semaines à guérir, de sorte que la guérison fut de deux mois.

La santé générale du malade restait toujours inaltérable. Il suivait très-scrupuleusement mes prescriptions et prenait, chaque jour, 7 à 8 grammes d'iodure de potassium et six cuillerées d'huile de foie de morue.

VII.

Au vingt-deuxième mois de la syphilis, hémoptysie survenue sans cause appréciable. — Suspension du traitement. Conséquences de la gomme de la joue : formation d'une fistule salivaire au centre de la cicatrice située sur le trajet du canal de Sténon. — Guérison de cette fistule à la suite d'une seule cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent.

Vers le commencement d'octobre 1871, le malade ayant eu, sans cause appréciable, un vomissement de sang très-abondant, suivi de palpitations de cœur et d'une grande faiblesse générale, cessa toute médication spécifique.

Le 11 du même mois (vingt-deuxième mois de la syphilis), il revint me consulter pour un accident tout à fait inattendu. Depuis quelques jours, la cicatrice de la joue droite consécutive à la tumeur gommeuse de cette région, se couvrait de petites squames ou croûtes dont l'ablation donnait lieu à l'écoulement de quelques gouttes d'un liquide parfaitement clair.

Dans la matinée du 11, il se forma tout à coup un petit pertuis rond, au centre déprimé de cette cicatrice, et alors l'écoulement du liquide eut lieu en plus grande abondance.

Comme la fistule était juste sur le trajet du canal de Sténon, je ne doutai pas que ce liquide fût de la salive parotidienne ; et, ce qui me confirmait dans cette idée, c'est que les gouttes se succédaient avec beaucoup plus de rapidité pendant la mastication. Elles étaient incolores, ne laissaient aucune tache sur le linge et ne décoloraient pas le papier Joseph.

J'adressai le malade à M. Jules Béclard. Ce savant physiologite recueillit sur cette fistule une quantité notable de salive parotidienne pure.

Trois jours après, je cautérisai le trajet fistuleux avec un crayon de nitrate d'argent, et je prescrivis des pansements avec un petit tampon de charpie, imbibé de teinture d'iode mêlée à deux tiers d'eau. Il en résulta une légère vésication de la plaie.

L'écoulement cessa complétement du 18 au 19 (huitième jour de la fistule). Malgré mes craintes, cette fistule ne se reproduisit pas, et il suffit, pour la guérir, du traitement que je viens d'indiquer.

(*A suivre.*) CHARLES MAURIAC.

REVUE DE LA PRESSE

Recherches expérimentales sur les mouvements de l'utérus. — Dans une analyse des travaux allemands, M. le docteur Puech fait connaître les conclusions principales des travaux d'Oser et de Schlesinger, ayant trait à l'influence de la suppression de la respiration et de l'arrêt de la circulation sur les mouvements de l'utérus et au rôle du système nerveux dans ces phénomènes.

Ces auteurs ont pratiqué des expériences sur de jeunes lapines n'ayant pas encore porté, mais en ayant toutes les aptitudes.

Chez ces animaux, l'utérus est immobile quand ils respirent régulièrement, tandis qu'il est sujet à des inerties et à des mouvements spontanées chez les lapines ayant déjà porté.

Voici ce qui résultede ces expériences :

1° La suspension de la respiration provoque, après dix ou trente secondes, des contractions générales de l'utérus. Rétablit-on la respiration, tout rendre dans l'ordre. 2° La compression de l'aorte provoque, au bout de quatre-vingts ou cent vingt secondes, une contraction générale de l'utérus. La compression de l'aorte dans les hémorrhagies post-puerpérales est donc parfaitement justifiée. 3° Les contractions de l'utérus qui surviennent quelques secondes après la suspension de la respiration, ne peuvent pas être considérées comme la conséquence d'une irritation périphérique de l'organe produite par l'action spéciale du sang veineux. En effet, si l'on associe la compression de l'aorte à la suspension de la respiration, les contractions surviennent au bout de dix ou trente secondes, et non tardivement, comme après la compression simple de l'aorte. Partout ces phénomènes sont sous l'influence des troubles provoqués sur les centres nerveux. 4° Des hémorrhagies copieuses déterminent également, au bout de quelques secondes, des contractions généralisées de la matrice, seulement explicables par l'irritation des centres nerveux. Pour prévenir l'objection que l'anémie pourrait être la cause de ces contractions, on comprima l'aorte et la veine cave de manière à soustraire l'organe aux effets de l'hémorrhagie, ce qui n'empêcha pas que quinze secondes après la section des carotides, l'utérus s'était fortement contracté. 5° L'oblitération des quatre artères cérébrales provoque également, au bout de quelques secondes, des contractions utérines généralisées. Les ligatures, faites de manière à perdre le moins de sang possible, eurent un résultat identique à celui produit par la suspension de la respiration. 6° Après la section de la moelle cervicale, les contractions de la matrice ne surviennent pas plus rapidement en suspendant la respiration qu'en comprimant l'aorte; l'hémorrhagie et l'occlusion des artères cérébrales restent sans effet sur la matrice. Ceci découle nécessairement de ce qui précède ; si, en effet, c'est le trouble profond de la circulation cérébrale qui est cause de la contraction utérine, l'absence de communication entre l'utérus et le cerveau doit supprimer les contractions. De même aussi toute hémorrhagie, quelque considérable qu'elle puisse être, doit être sans effet sur la contraction utérine. (*Gaz. de Joulin.*)

Traitement de l'alcoolisme. — M. Luton (de Reims), dans un récent travail, avait déjà fait connaître les bons effets de la noix vomique dans le traitement de l'alcoolisme, mais il avait exclu les formes essentiellement aiguës, telles que l'ivresse et le *delirium tremens ;* aujourd'hui il déclare être resté en deçà de la vérité et publie plusieurs observations de *délirium tremens* avec embarras gastrique, très-promptement guéri par la teinture de noix vomique.

(*Mouv. médic.*)

Influence des maladies du cœur sur la grossesse. — Dans une de nos dernières Revues, nous résumions une observation, publiée par M. Budin, de maladie du cœur, cause de plusieurs avortements successifs.

M. G. Sée, d'autre part, dans une de ses leçons cliniques, a recherché l'influence que la grossesse exerce sur les maladies du cœur, et celles qu'exercent les lésions cardiaques sur la marche de la grossesse et la vie de l'enfant. Le professeur de la Charité a été conduit à ces recherches par la présence dans les salles d'une jeune malade de vingt-cinq ans, enceinte depuis cinq mois et atteinte d'une affection cardiaque depuis l'âge de huit ans. Elle avait toujours eu, depuis cette époque, de la dyspnée et de l'orthopnée, et avait déjà eu de l'œdème des extrémités inférieures. Cet œdème reparaît vers le sixième mois de sa grossesse ; l'auscultation du cœur révèle l'existence d'une double affection mitrale. La dyspnée augmente, la malade se cyanose, elle accouche au sixième mois sans que l'œdème diminue après l'accouchement, et meurt trois jours après.

A l'autopsie, le cadavre est infiltré ; les extrémités inférieures sont très-œdématiées ; des plaques de gangrène blanche siégent à la face interne de la cuisse droite ; le ventre contient une assez grande quantité de sérosité. Le cœur est hypertrophié; la valvule mitrale présente des altérations qui rétrécissent l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et rendent la valvule insuffisante. Ces altérations sont anciennes ; sur sa face supérieure se trouvent de petites végétations molles récentes.

Quant à la mort du fœtus, M. G. Sée l'explique de la façon sui-

vante : Dans les derniers temps de la maladie, la dyspnée avait amené une cyanose considérable, c'est-à-dire un état de veinosité du sang qui ne s'artérialisait plus suffisamment. L'hémoglobine se combinait avec l'acide carbonique au lieu de se combiner avec l'oxygène, et c'est là, suivant M. Sée, ce qui a amené la mort du fœtus. (*Union méd.*)

Enfin M. Polaillon, remplaçant M. Tarnier à la Maternité, rapporte une nouvelle observation démontrant aussi l'influence fâcheuse d'une maladie du cœur sur la grossesse.

Il s'agit d'une femme de trente-trois ans, enceinte pour la cinquième fois, ayant accouché à terme trois fois, la quatrième fois ayant avorté à trois mois et demi, et cette fois accouchant encore à quatre mois. L'examen du cœur et de la poitrine permit de constater chez cette malade l'existence d'un rétrécissement de l'aorte compliqué d'œdème pulmonaire. (*France méd.*)

Du ralentissement du pouls. — M. le docteur de Cerenville, à l'occasion d'une communication de M. le docteur de la Harpe à la Société vaudoise, sur le ralentissement du pouls radial par suite de la compression de la carotide, a fait, sur ce sujet, de nouvelles recherches, qui l'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° Le ralentissement est ordinairement nul chez l'homme sain ; 2° il s'obtient souvent chez les convalescents de fièvres graves, les sujets amaigris ; 3° il est ordinaire chez les athéromateux ; 4° il est constant chez les malades qui offrent des symptômes de foyers apoplectiques ou emboliques du cerveau.

« Il est probable, ajoute M. de Cerenville, que cet effet résulte de la compression du nerf pneumogastrique » et, à l'appui de cette opinion, il présente des tracés sphygmographiques qui montrent l'analogie des courbes obtenues avec celles que l'on obtient par l'excitation électrique du nerf pneumogastrique chez l'animal.

M. Duboux fait observer qu'indépendamment de la pression sur le pneumogastrique, il faut tenir compte de la modification produite directement dans la circulation cérébrale par la pression sur la carotide. Telle n'est pas l'opinion de M. de la Harpe, qui pense que la compression seule du pneumogastrique suffit pour produire ce ralentissement. (*Bull. de la Soc. méd. de la Suisse romande.*)

Dosage de l'urée. — M. Musculus, pharmacien en chef de l'hôpital civil de Strasbourg, emploie, pour doser l'urée, le procédé suivant :

Il prend du papier filtre, le fait traverser par une quantité donnée d'urine arrivée en pleine fermentation alcaline, et fixe par ce mécanisme, dans ses pores, les globules du ferment. La filtration terminée, il lave à l'eau distillée jusqu'à disparition complète de réaction alcaline, sèche à une douce chaleur et enfin colore ce papier avec une teinture alcoolique de curcuma.

Le papier ainsi obtenu constitue un réactif très-sensible de l'urée. Il suffit, en effet (et M. Musculus le prouve, en répétant les expériences devant la Société), de le tremper dans une dissolution même très-étendue de ce corps, au centième ou au millième, par exemple, pour qu'au bout de dix à quinze minutes la liqueur, se chargeant de carbonate d'ammoniaque, le papier jaune se colore en brun clair d'abord, et un peu plus tard en brun foncé.

Un papier de curcuma ordinaire, c'est-à-dire ne contenant pas de ferment, plongé dans le même liquide, conserve invariablement la couleur jaune. Quand on veut rechercher l'urée dans un liquide, il faut d'abord le neutraliser. S'il renferme des carbonates alcalins, on devra ajouter suffisamment d'acide pour décomposer les carbonates, car ces sels colorent aussi le papier de curcuma en brun et pourraient induire en erreur.

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juin 1874. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE

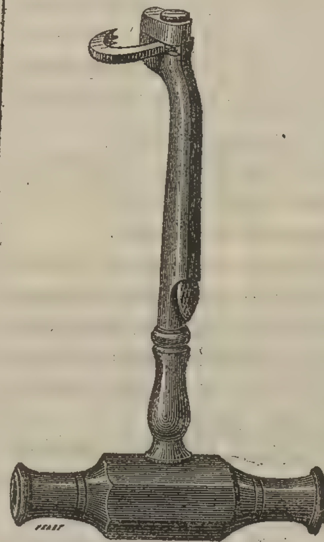
La correspondance non officielle comprend :

1° Une observation sur l'action du chloral chez un cheval tétanique, par M. Meguin, vétérinaire au 12e d'artillerie. L'auteur conclut de cette observation : 1° que la muqueuse rectale du cheval reçoit sans inconvénient et absorbe rapidement de hautes doses de chloral, en solution au 10e ; 2° que le chloral hydraté, à la dose de 80 grammes par jour, répétée pendant huit jours, n'a eu qu'une faible action résolutive sur les muscles contractés d'un cheval tétanique ; que, cependant, la demi-résolution ainsi obtenue a permis au cheval de manger et de se reposer pendant le temps qu'elle a duré, c'est-à-dire pendant deux heures environ ; 3° que la muqueuse bronchique est une des voies d'élimination les plus actives pour le chloral (comme pour le chloroforme); que cette élimination, lorsqu'elle est surexcitée par suite des grandes quantités de chloral absorbées, peut agir sur les fonctions de la muqueuse au point de déterminer une congestion grave de celle-ci et une bronchorrée tellement abondante que l'asphyxie du sujet peut s'ensuivre ;

2° Une lettre de M. le docteur Levieux, de Bordeaux, accompagnant l'envoi d'un volume intitulé : *Études de médecine et d'hygiène publique*, dont il fait hommage à l'Académie ;

3° Une note de M. le docteur Glaesel, médecin major, contenant la relation d'une épidémie de rougeole qui a régné à Montlignon (Seine-et-Oise) ;

4° Une note de M. Deschand, chirurgien-dentiste, sur une nouvelle modification de la clef de Garengeot.



« J'ai l'honneur de soumettre à l'examen de l'Académie de médecine un instrument spécial que je crois appelé à rendre de grands services au médecin obligé de pratiquer l'exérèse dentaire.

« La clef de Garengeot présente un inconvénient grave. En effet, lorsque la dent est serrée entre le panneton et le crochet, il faut, avant d'imprimer le mouvement au levier, s'assurer que le crochet étreint toujours la dent. Or dans la clef de Garengeot, le crochet glisse puisque son articulation avec le panneton est essentiellement mobile.

« Il fallait donc réaliser un mécanisme qui, tout en conservant au crochet sa mobilité, permît, une fois la dent saisie, de l'immobiliser dans cette dernière position ; ce mécanisme, je l'ai réalisé.

« J'ai construit un levier mobile qu'on peut abaisser à volonté sur les dents d'une roue située sur l'articulation du crochet, de façon à l'empêcher de tourner en arrière. Tel est l'instrument que j'ai l'honneur de soumettre à la bienveillante appréciation de l'Académie. »

M. Larrey offre en hommage, au nom de M. le docteur Sédillot, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, un ouvrage intitulé : *Du relèvement de la France.*

M. Bussy dépose sur le bureau une brochure intitulée : *Climatologie de la ville de Fécamp*, par M. Eugène Marchand, pharmacien.

M. Briquet présente, de la part de M. Audouaud, professeur de chimie et de pharmacie, de Nantes, un volume intitulé : *Nouveaux Éléments de pharmacie.*

M. Béclard dépose, de la part de M. le docteur Prat, une brochure intitulée : *Documents relatifs au service des pompes funèbres de la ville de Paris pendant l'année* 1873.

M. le Secrétaire perpétuel annonce à l'Académie que M. le ministre de l'instruction publique vient de nommer une commission pour étudier la question d'un local qui convienne à ce corps savant. Cette commission, présidée par M. Desjardins, sous-secrétaire d'État au ministère de l'instruction, compte parmi ses membres : MM. Devergie, président de l'Académie ; Béclard, secrétaire perpétuel ; de Nervaux, directeur de l'Assistance publique, etc.

M. le Président donne quelques détails sur les démarches qu'il avait faites à ce sujet, et sur ce qui reste encore à faire pour arriver à une solution.

COMMUNICATION

M. MIALHE. Je viens répéter aujourd'hui avec plus de précision, devant l'Académie, une expérience que j'avais déjà faite : j'ai voulu savoir à quel degré le perchlorure de fer devait être pour coaguler complétement l'albumine, et vous voyez qu'il faut l'étendre de quarante fois son poids d'eau, pour produire ainsi une coagulation complète.

M. COLIN. Il ne faut pas croire que les choses se passent avec le sang comme avec l'albumine de l'œuf. Déjà le sérum lui-même, isolé, ne se comporte pas, en présence des réactifs, complétement comme le ferait une solution de blanc d'œuf : et c'est bien autre chose encore quand il s'agit du sang défibriné, dans tous ses éléments. La différence entre le sérum pur et le sang défibriné est très-marquée pour diverses substances. Par exemple, voici une solution faible de sublimé corrosif: si j'en verse une ou deux gouttes dans du sérum sanguin, je produirai d'abord un précipité; mais ce précipité se redissoudra bientôt, en moins d'une minute, dans le liquide albumineux en excès. Si, d'une autre part, je viens à verser une quantité aussi minime du même réactif dans du sang défibriné, le précipité que j'obtiendrai par ce moyen ne se redissoudra pas. C'est une différence fondamentale au point de vue de l'injection intraveineuse, car ce qu'on rencontre dans les veines, ce n'est pas seulement du sérum, c'est du sang complet.

J'ai fait de nombreuses expériences sur l'injection des substances médicamenteuses dans les veines, et j'ai vu la mort survenir de deux manières:

1° Tantôt par un arrêt du cœur, quand son système musculaire ou nerveux est profondément impressionné par l'arrivée de la substance injectée dans les cavités cardiaques; 2° tantôt par suite de petits coagulums suffisants pour obstruer les capillaires du poumon. Ces coagulums peuvent être invisibles à l'œil nu : tel était le cas, par exemple, dans l'expérience faite par M. Mialhe, mardi dernier, alors qu'il croyait avoir redissous complétement dans un excès d'alun le précipité d'albumine qu'une petite quantité d'alun avait produit. En examinant au microscope cette solution, j'y ai trouvé une quantité considérable de petits flocons albumineux; j'ai alors répété cette même expérience en remplaçant l'albumine du blanc d'œuf par du sérum sanguin, et j'ai constaté qu'avec le sérum les coagulums étaient beaucoup plus volumineux.

Ainsi les expériences faites avec l'albumine ne prouvent absolument rien, lorsqu'il s'agit de prévoir l'effet des injections intraveineuses. Parmi les substances que j'ai introduites par cette voie chez le cheval, je citerai d'abord l'émétique, qui produit déjà, à la dose de 1 à 6 grammes, des lésions cardiaques et pulmonaires; qui, à la dose de 8 grammes, tue en cinq ou six heures, et, à la dose de 12 grammes, infiniment plus vite.

La première fois que j'ai injecté de l'émétique dans la veine d'un cheval, c'était dans un but thérapeutique, sur le conseil de M. Bouley. Il s'agissait de purger l'animal, et je fus tout étonné de le voir mourir si vite.

Le sulfate de cuivre, le sulfate de zinc, le sulfate de fer, le chromate de potasse tuent également à la dose d'une dizaine de grammes.

Le sulfate de soude a été supporté à la dose de 50, de 100, de 150 grammes. Le sulfate de magnésie, au contraire, tue à la dose de 75 grammes et foudroie à celle de 150 grammes.

M. Mialhe me dit expliquer ce fait par une précipitation des principes du sang au contact de la magnésie.

Enfin le sublimé corrosif et la vératrine foudroient aux plus petites doses. On n'a pas même le temps de retirer la canule qui sert à faire l'injection : l'animal tombe, et l'on ne trouve plus aucune pulsation au cœur ou à l'artère.

Du reste, déjà le docteur Black avait indiqué les dangers de ces injections intraveineuses. Il avait signalé comme étant toxiques, par cette voie, l'ammoniaque, la magnésie, la potasse, la baryte, le sulfocyanure de potassium, etc.

M. BOULEY. M. Colin a mis sous ma responsabilité la mort d'un cheval ; je dois faire remonter cette responsabilité à qui de droit. C'est un membre très-distingué de cette Académie, M. Dupuy, d'Alfort, qui a surtout préconisé la méthode des injections intraveineuses pour l'introduction des médicaments; il prétendait qu'ainsi les organes seraient plus vite influencés par les remèdes, et cela dans le même sens que d'ordinaire quand le remède est donné par une autre voie. L'aloès purgerait comme d'habitude; l'émétique purgerait aussi chez le cheval, qui vomit difficilement. Et tel est en effet le cas ; l'émétique purge le cheval quand il ne le tue pas. M. Colin l'a constaté lui-même.

M. COLIN. Oui, c'est très-vrai.

M. BOULEY. Je dois ajouter que j'ai toujours eu une très-grande répugnance pour cette méthode. Je n'aime pas à introduire les remèdes par cette voie-là. Aussi, quand M. Bouillaud est venu nous raconter les expériences de M. Oré et ses espérances, j'ai ressenti, je l'avoue, une certaine terreur pour le chirurgien et pour ses malades.

M. BUSSY. M. Colin a fait devant nous des expériences dont le résultat pouvait être prévu. Tous les chimistes savent, en effet, qu'autre chose est l'albumine de l'œuf, autre chose celle du sérum, autre chose le sang lui-même. Il y a notamment, dans le sang, de la fibrine coagulable, etc. Quant à l'action toxique du sulfate de magnésie, je dois déclarer que je ne puis, pour ma part, l'expliquer par aucune raison au point de vue chimique.

M. BOUILLAUD. La matière dont il s'agit est assez délicate, assez grave pour qu'on la traite en historien et non en romancier. Je commence par déclarer que je ne connais M. Oré que d'une manière indirecte, mais enfin, si je me suis fait le rapporteur de ses premiers travaux, c'est qu'il m'a semblé avoir procédé d'une manière très-scientifique, avec les précautions voulues.

Il a d'abord expérimenté sur des animaux pour savoir si le chloral était, comme l'avait dit M. Liebriech, un antidote de la strichine. Étant dans cet ordre d'idées, il s'est trouvé en face d'un cas de tétanos chez un jeune homme. Connaissant déjà à merveille le *modus faciendi*, il lui a injecté du chloral, et il l'a guéri. Un peu plus tard, il s'agissait d'une morsure de vipère, et le résultat fut également bon. Ce sont bien là des circonstances exceptionnelles.

M. BOULEY. Soit. Mais vous avez fait allusion à l'emploi du chloral pour les femmes en couche et l'anesthésie chirurgicale, quand vous avez présenté les travaux de M. Oré à l'Institut.

M. CHAUFFARD. On ne peut pas dire que l'anesthésie chirurgicale soit un cas extrême.

M. BOUILLAUD. J'ai déjà dit que je ne me faisais pas le champion de cette méthode, je n'en suis que l'historien, et en qualité d'historien, je dois vous parler aujourd'hui d'un nouveau fait très-encourageant.

Il s'agit de l'ablation d'un cancer du rectum, pratiquée par MM. les professeurs Deneffe et Van Wetter, de l'université de Gand. Une première ablation avait été pratiquée en 1871, avec un succès qui, pendant près de trois ans, ne se démentit pas. Mais alors se montrèrent de nouveaux bourgeons cancéreux avec suppuration fétide, trajets fistuleux, légères hémorrhagies, *dépérissement*, et, dans cet état, qui, suivant MM. Deneffe et Van Wetter, menaçait d'emporter à bref délai le malade (M. de W... était alors âgé de 57 ans), celui-ci les supplia de le débarrasser de son nouveau cancer.

L'opération ayant été résolue, elle fut pratiquée le 4 juin à six heures quinze minutes, le malade étant alors dans une *complète anesthésie* par l'effet de l'ingestion intraveineuse de 7 gr. 50 de chloral hydraté. Pendant le cours de l'opération, 50 centigrammes de chloral furent encore injectés, ce qui portait à 8 grammes la dose totale. A six heures trente minutes, l'opération était terminée, et l'on put procéder au pansement qui ne dura pas plus de cinq minutes. Le sommeil et l'anesthésie persistaient sans autre trouble notable de la circulation et de la respiration qu'un peu d'accélération. Après quelques essais infructueux pour réveiller l'opéré, il fut placé dans son lit.

De huit à neuf heures, la sensibilité se réveilla graduellement, le malade répondait aux questions qu'on lui adressait, mais *en grognant*, et retombait aussitôt dans son sommeil (on avait pu lui faire avaler quelques cuillerées d'eau fraîche et de vin de Porto, dont il vomit quelques gorgées, en même temps qu'il rendit à plusieurs reprises *une urine limpide*).

Le 5 juin, à cinq heures du matin, l'opéré sortit de son profond sommeil et parut fort étonné de ce qui s'était passé, demandant

qu'on le lui racontât. Il accusait d'ailleurs une sensation de bien-être inaccoutumée.

Pendant les huit jours qui se sont écoulés déjà depuis l'opération, aucun accident ne s'est produit. M. Deneffe m'écrit en date du 12 juin que M. de W... dort bien, mange avec appétit, ne souffre plus et commence à se lever. Il termine ainsi sa lettre : « Nous ne pouvons mieux exprimer notre opinion sur l'injection intraveineuse du chloral et mieux faire comprendre la confiance qu'elle nous inspire, qu'en disant que *nous attendons l'occasion de recommencer*. »

Il est bon de noter, du reste, que, chez ce malade, l'injection fut pratiquée *graduellement*, conformément aux instructions de M. Oré, et avec sa seringue à subdivisions, indiquant la quantité de chloral introduite à chaque pression de piston. Ce liquide préparé se composait de 30 grammes d'eau distillée, de 10 grammes de chloral. 8 grammes de cet anesthésique furent injectés dans l'espace de 45 minutes, et tout se passa, comme on le voit, de la façon la plus régulière et la moins effrayante.

Il ne faut pas l'oublier, messieurs, l'anesthésie par le chloroforme ou par l'éther offre de grands dangers ; elle a très-souvent causé la mort ; aussi, pour ma part, n'osai-je jamais la conseiller lorsqu'il s'agit, soit de quelque opération simple, soit d'un accouchement. Je serais très-heureux si l'on pouvait produire par quelque autre méthode la même anesthésie sans le même danger ; et c'est pourquoi je suis toujours tout prêt à encourager les chercheurs, quand ils procèdent suivant les règles de la méthode scientifique. Mais je comprends bien les clameurs qui s'élèvent autour de toute idée nouvelle.

M. GOSSELIN. Il est clair, malgré les réserves de M. Oré et surtout de M. Bouillaud, qu'il y a une certaine tendance à substituer le chloral au chloroforme ou à l'éther. Je crois qu'il est temps de déclarer que nous en savons assez déjà pour rejeter la nouvelle méthode, en la comparant aux anciennes.

Cette nouvelle méthode ne rachète par aucun avantage de grands inconvénients qui sautent aux yeux de tout le monde.

Elle peut avoir pour résultat une phlébite suppurée, non-seulement à cause de la piqûre, mais par suite de l'irritation que le contact du chloral produit dans la veine.

Le chloral peut coaguler le sang dans les veines, tuer par des caillots migrateurs.

Il est difficile de doser exactement l'anesthésie lorsqu'elle dépend de quantités injectées d'avance, et l'on ne peut dire qu'il soit commode d'employer trois quarts d'heure à endormir.

Enfin, c'est toujours un inconvénient qu'un trop long sommeil anesthésique à la suite d'une opération.

M. LABOULBÈNE. Il me semble que M. Bouillaud s'est trompé en nous racontant les expériences de M. Oré. Ce chirurgien a injecté de l'ammoniaque, et non pas du chloral contre une morsure de vipère. Eh bien, l'ammoniaque est un moyen très-infidèle, très-inférieur même à l'alcool comme stimulant diffusible après la morsure de serpents.

M. GAULTIER DE CLAUBRY. M. Bussy a eu raison de dire que l'albumine du sang différait de celle de l'œuf, mais il a eu tort de parler de fibrine lorsqu'il s'agissait de sang défibriné.

M. BOULEY. Il est certain que M. Oré, par l'organe de M. Bouillaud, est allé jusqu'à conseiller l'injection de chloral dans les accouchements difficiles. Je me rappelle parfaitement l'avoir entendu à la séance de l'Institut.

M. BLOT. Quand on veut être réellement historien et non romancier, il faut raconter tous les faits. Or il en est un dont M. Bouillaud n'a pas parlé. Il y a quinze jours environ, j'ai lu, dans un journal de médecine, l'histoire d'une extraction de séquestre dans une nécrose du calcanéum, avec injection de chloral en qualité d'anesthésique. On ne dira pas que c'était là un cas extrême.

M. COLIN. Un point important de l'observation que M. Bouillaud nous a lue, c'est que l'on a mis trois quarts d'heure pour pratiquer l'injection. C'est un bon moyen d'éviter la syncope et l'endocardite.

M. BOUILLAUD. Le chloroforme produit souvent des accidents terribles.

M. BUSSY. Vous lui préférez le chloral ? mais c'est toujours le même agent. Le chloral n'endort que parce qu'il engendre du chloroforme.

M. BOUILLAUD. Je ne préfère rien, je me borne à raconter, comme simple rapporteur ou *reporter*, suivant le terme anglais.

M. GOSSELIN. Mais vous vulgarisez, vous répandez ainsi une méthode très-dangereuse.

M. TRÉLAT. Il m'est difficile d'entendre faire le procès de la chloroformisation. M. Bouillaud ne connaît plus, que d'après d'anciens souvenirs, l'emploi du chloroforme ; nous sommes parvenus à doser les inhalations d'après l'état du pouls, de la respiration et du facies. Aussi le nombre des accidents est-il extrêmement minime quand on le compare au nombre immense des opérations pratiquées dans l'anesthésie chloroformique. Le chloral n'a été encore employé que trois ou quatre fois. Mais on verra les accidents se produire et se multiplier quand les cas seront plus nombreux.

M. BOUILLAUD. C'est l'affaire de M. Oré. Il ne faut pas changer les rôles. Pour moi, je l'ai dit, je le répète, je tiens à l'établir envers et contre tous, je ne suis pas l'accusateur du chloroforme ; je ne suis pas le panégyriste de la nouvelle méthode ; je suis un historien : je raconte et j'attends.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Traité d'hygiène militaire,

par G. MORACHE, médecin-major de première classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce (1).

Le livre III, *Vêtement et Équipement du soldat*, est un peu court mais fort intéressant : « Le temps n'est plus (*loc. cit.*, page 559) où l'uniforme était un privilége, où, sans l'avouer précisément, son but principal était de plaire à la galerie un jour de revue, d'émouvoir tendrement les dames lorsque le régiment défilait devant elles. » La tenue du soldat doit être réglementée d'après les exigences du service, sans tenir compte de la tradition et de la fantaisie. « L'amour du coup d'œil, dit le maréchal de Saxe (*Mes rêveries*, art. 2 de l'habillement), l'emporte sur les égards que l'on doit à la santé... » Autrefois, en souvenir des coutumes de la chevalerie, la couleur de l'uniforme ou ses appendices variaient avec le caprice des colonels ou de leur femme. Aujourd'hui, puisque nous commençons à savoir que le soldat est fait pour la guerre, nous dirons que son vêtement doit être peu voyant, non encombrant, commode, le protégeant de la chaleur, du froid et de la pluie.

Le livre IV s'occupe de l'*Alimentation du soldat*. Il est traité avec l'importance qu'il mérite. Après nos derniers désastres, nous comprenons l'utilité de pareils développements.

Le Français est naturellement sobre, le soldat se contente d'une nourriture peu variée. Pendant trois cent soixante-quatre jours il absorbe comme aliments : la soupe, le bœuf, les mêmes légumes secs ou frais. Le vendredi saint il a de la morue. Ce régime monotone, mais dans lequel des hygiénistes trouvent les qualités voulues de carbone et d'azote, ne suffirait certainement pas aux différents soldats de la race anglo-saxonne. Nous avons eu l'occasion de le voir, les Prussiens n'ont pas seulement besoin d'être nourris, il faut qu'ils soient gorgés. Une des gloires de Wellington, comme l'a fait remarquer M. Champouillon, c'est d'avoir été un excellent fournisseur. C'est un des aphorismes de Brillat-Savarin : « Dis-moi ce que tu manges et je te dirai ce que tu es. » En 1870, sur les bords de la Loire, et dans le Jura, que pouvait-on demander à des hommes qui mouraient de faim ?

M. Morache envisage cette question à deux points de vue.

(1) Fin. — Voir le numéro du 16 juin 1874.

Il étudie d'abord l'alimentation et les substances alimentaires, puis il fait une application de cette étude au régime du soldat. Il montre les substances alimentaires fournies à celui-ci par le règne animal, végétal, minéral, les boissons et condiments. Tout cela, comparé au régime alimentaire des armées étrangères, avec les notions indispensables pour la réception, la préparation et la conservation des viandes, et additionné de figures pour les cas d'expertise. Ce chapitre est terminé par des considérations sur quelques points spéciaux du régime alimentaire des troupes. Les questions à l'ordre du jour y sont examinées : mode de fournitures des vivres en garnison et en campagne, cuisiniers militaires, réfectoires, cuisines roulantes, etc.

Le livre V, *De la vie militaire*, un des plus important de l'ouvrage, pour recevoir tous les développements que méritait un pareil sujet, eût mérité l'addition d'un deuxième volume, à l'ouvrage déjà complet de M. Morache ; la concession était nécessaire. La vie militaire est envisagée en temps de paix, en temps de guerre. C'est-là que sont groupées les influences qui exercent une action sur la santé du soldat : les soins de propreté, les exercices, les marchés, les accidents dus à des services spéciaux.

La paix, pour le soldat, ne doit être qu'une préparation à la guerre. Comme l'a déjà dit Vegèce, le plus ancien soldat peut passer pour nouveau s'il a discontinué longtemps l'usage des combats.

L'auteur nous montre comment on arrive à l'entraînement de l'homme de guerre. Comment peu à peu, on parvient à faire supporter les fatigues et les misères de la vie militaire. Il y a des indications spéciales pour l'officier et pour le soldat, comme il y a des règles particulières pour le fantassin ou le cavalier; ces dernières parties du tableau sont peut-être trop restées dans l'ombre au milieu du cadre si vaste de notre collègue.

Dans le dernier livre, *les Institutions sanitaires des armées* sont exposées. D'abord la prophylaxie des germes morbides, puis les établissements sanitaires : hôpitaux militaires fixes, hôpitaux temporaires. C'est là que sont étudiés les hôpitaux sous baraques, sous tentes, les trains sanitaires, avec d'excellentes figures pour montrer la disposition générale des hôpitaux militaires dans divers pays et l'installation des tentes, baraques, wagons pour les malades ou blessés.

Tel est le *Traité d'hygiène militaire* de M. Morache. Ce livre sera utile. Dans la vie civile, l'hygiène ne peut que se conseiller; elle doit s'imposer dans la vie militaire. Et pour cela une bonne discipline sera d'un grand secours. « Il n'y a rien de si nécessaire au soldat que la discipline, dit Montécuculli dans ses mémoires, sans elle les troupes sont plus pernicieuses qu'utiles, plus formidables aux amis qu'aux ennemis. »

Une bonne armée, d'après nous, se compose de trois éléments indispensables; le choix des hommes, l'entraînement qu'on leur a fait subir, la discipline. Qu'une de ces conditions vienne à manquer, et un chef de corps ne pourra jamais, au moment de l'action, compter sur sa troupe.

M. Morache, dans le cours de son ouvrage, indique quelle part les sciences médicales apportent à l'art de la guerre. Il a comblé une lacune dans la littérature médico-militaire française. Il a surtout indiqué comment, dans les circonstances actuelles, en France, il faut faire pour faire mieux, pensant avec raison que nous n'en étions plus à créer l'hygiène des gens de guerre. Après avoir pris connaissance du *Traité d'hygiène militaire*, nous croyons pouvoir dire aux officiers et aux médecins : Lisez cet ouvrage, il vous rappellera ce que vous avez pu oublier ou il vous apprendra ce qu'il ne vous est pas permis d'ignorer.

F. PONCET,
professeur agrégé à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A la suite du concours pour la nomination à deux places de prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, MM. Humbert et Berger, aides d'anatomie en exercice, ont été nommés prosecteurs.

— Les candidats admis à subir les épreuves définitives du concours pour deux places de chirurgien du Bureau central sont, par ordre alphabétique, MM. Berger, Farabeuf, Feliset, Lucas-Championnière, Marchand, Nicaise, Pozzi, Terrillon.

Le sujet de l'épreuve écrite était ainsi conçu : *la prostate, les calculs vésicaux.*

Hôpital du Midi. — M. le docteur Charles Mauriac commencera ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes le samedi 20 juin, à neuf heures du matin, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

MM. les élèves qui désireraient les suivre sont priés de se présenter à l'hôpital avec leur carte d'étudiant.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 71. — SAMEDI 20 JUIN 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 20 JUIN 1874. — N° 71.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

L'érythème noueux et les érythèmes papuleux.

(SECOND ARTICLE)

Postérieurement à Trousseau, l'étude des érythèmes noueux et papuleux en est restée au même point. On y a consacré quelques alinéas dans divers traités de pathologie et dans les ouvrages spéciaux sur les maladies cutanées, mais sans rien changer d'essentiel à ses descriptions. Il fallait, du reste, s'y attendre.

La pathologie n'est jamais qu'un simple écho de la clinique.

On s'en aperçoit même alors que les esprits les plus systématiques ont voulu l'enfermer dans le cercle incomplet de leurs conceptions personnelles. Toujours ils se sont inspirés de résultats précédemment acquis au lit du malade ; et toujours c'est en étudiant au lit du malade que les praticiens, égarés par eux, ont pu arriver à secouer leur joug.

Aussi est-il bon de faire souvent la *revue clinique* des données de l'enseignement officiel et classique. Cette revue est d'une utilité incontestable, soit que les faits que l'on observe prêtent appui aux théories, soit qu'ils les ébranlent, au contraire. Dans l'un comme dans l'autre cas, ils ajoutent à l'actualité, et pour ainsi dire *à la fraîcheur,* soit des croyances, soit des doutes.

Mais, pour pouvoir remplir ce but, il faut que l'examen soit très-approfondi. Il ne suffit pas qu'on aperçoive quelques vagues analogies avec les types du moment. Il faut entrer dans le détail et juger les types d'après ce qu'on voit, au lieu de juger ce qu'on voit d'après les types convenus.

Il faut accepter les traditions sous bénéfice d'inventaire et garder son indépendance dans l'observation, même alors qu'on rencontre une théorie d'un maître aimé.

En procédant ainsi, on est vite étonné de reconnaître combien peu, après tant de progrès, notre science est complète. Le livre indéfini de la nature vivante, aux interprétations multiples, est d'un déchiffrement encore peu avancé. Les grands traits du contexte apparaissent à peine avec un peu de netteté, au sein de l'indéterminé et du vague.

Il en est ainsi en ce qui touche les diverses sortes d'érythèmes. Non-seulement les descriptions laissent fort à désirer, mais on n'est pas même d'accord sur les limites de chaque groupe et sa place en nosologie.

M. Hardy réunissait, sous le nom d'érythèmes noueux, des affections à marche aiguë et d'autres à marche chronique, que M. Bazin a divisées, en les distribuant dans les familles des *arthritides* et des *scrofulides*. Tandis que le premier auteur avait basé sa classification sur un caractère physique, la nodosité, le second appuyait la sienne sur la nature présumée de la maladie. Dans l'érythème noueux de Trousseau, dans son érythème papuleux, auquel il a donné le nom de *papulo-tuberculeux,* M. Bazin voit également des manifestations d'une même diathèse, la diathèse rhumatismale.

C'est sur ce point surtout qu'a porté jusqu'ici la discussion : ces érythèmes sont-ils ou non rhumatismaux ?

Ils le seraient tellement, suivant M. Bes, auteur d'une thèse passée à Paris en 1872, qu'à l'imitation du *rhumatisme blennorrhagique* ou *génital,* on devrait admettre un érythème noueux *génital* ou *blennorrhagique.*

Mais le rhumatisme génital, le rhumatisme blennorrhagique ne sont pas de vrais rhumatismes; et il ne faut pas reconnaître comme des érythèmes noueux ou papuleux proprement dits toutes les éruptions de nouûres ou de papules.

D'ailleurs de bons observateurs, tels que M. Henri Roger, se refusent à admettre que l'érythème noueux ait jamais de connexité, chez les enfants du moins, avec le rhumatisme.

C'est pourquoi, par un éclectisme condescendant, M. Gailleton, dans un très-bon manuel qu'il vient de publier (1), tout en rangeant l'érythème noueux dans la classe des arthritides, a fait les plus expresses réserves sur sa véritable nature.

Tel est l'état de la question.

Entre l'opinion de Trousseau, qui décrivait deux entités idiopathiques, deux fièvres éruptives à marche définie, distinctes l'une de l'autre, comme la scarlatine est distincte de la rougeole, et l'opinion de ceux qui voient dans l'érythème papuleux et dans l'érythème noueux de simples épiphénomènes d'une affection rhumatoïde, la distance est grande : on se demande si la vérité n'aurait pas sa place entre les deux.

Dans une précédente Revue, nous avons montré combien étaient frêles les bases sur lesquelles Trousseau avait appuyé sa division des érythèmes à formes noueuse ou papuleuse en deux espèces idiopathiques. D'après les descriptions même qu'il avait données, aucune différence vraiment fondamentale ne séparait l'une de l'autre ces deux espèces.

(1) *Traité élémentaire des maladies de la peau.* — Paris, 1874, Delahaye, prix : 6 francs.

Nous avons rapproché de ces observations l'histoire d'une autre malade étudiée, dans le service de notre distingué confrère et cher ami, Damaschino.

Cette histoire est intéressante à plus d'un titre : et cela, non pas qu'il s'agisse d'un fait curieux et isolé, mais, au contraire, parce qu'on y trouve une netteté de contours dont on doit faire son profit quand elle se rencontre en clinique.

L'affection a bien débuté par des symptômes généraux, comme une fièvre éruptive essentielle.

Puis l'éruption s'est faite par poussées successives, comme dans les descriptions classiques.

Les formes noueuse et papuleuse, toutes deux caractérisées aussi bien que possible, occupant leur siége habituel, coexistaient à un certain moment.

Mais il ne faut pas oublier que les nouûres avaient précédé les papules, et qu'elles semblent devoir subsister les dernières. Aujourd'hui les plaques papuleuses sont presque entièrement effacées; il ne s'en est plus formé d'autres; tandis que presque chaque jour on constate l'apparition de nouvelles nodosités.

Si donc on voulait maintenir la division de ces érythèmes idiopathiques en deux espèces, on devrait plutôt donner le nom d'érythème *noueux* à celui-ci, bien qu'il ait présenté le type le plus classique de l'érythème *papuleux*, sur les avant-bras et les mains.

Il s'est compliqué d'une endocardite, caractérisée par un bruit de souffle qu'on a vu naître à l'hôpital. Mais déjà M. Martineau, dans sa thèse d'agrégation, avait signalé deux cas bien nets d'endocardite, observés par lui chez des enfants atteints d'érythème noueux, dans le service de M. Roger.

Or c'est chez les enfants surtout que l'érythème noueux s'observe dans sa plus grande simplicité et bénignité relative.

Suivant M. Roger, dont la pratique immense est une source d'informations si précieuse à consulter pour ce que touche les enfants, chez eux l'éruption est très-discrète : un très-petit nombre de nouûres, quelquefois seulement deux ou trois se forment au côté interne de la jambe; très-peu de poussées successives; aucune plaque papuleuse; presque jamais d'endocardite; aucune affection articulaire; des simples douleurs de voisinage dans les articulations situées tout près des nouûres; une durée totale de deux à trois semaines à partir des premiers symptômes qui marquent le début de la fièvre éruptive : telle est en quelques mots l'exquisse de cette affection enfantile, d'après le maître que nous citons.

Certes cela ne ressemble guère à la forme si compliquée et si grave dont Trousseau a voulu faire une espèce spéciale; et l'on serait tenté de suivre son exemple, si l'on n'était pas arrêté par les observations suivantes.

D'abord, même les cas les plus simples, ceux que Trousseau décrit comme *érythèmes noueux*, non papuleux, chez les adultes, n'y présentent presque jamais cette extrême simplicité qu'on rencontrerait dans l'enfance.

Trousseau en a fait la remarque : « Vous n'observerez jamais, dit-il, d'érythème noueux sans papules assez nombreuses. »

Or cet élément papuleux qui vient compliquer l'élément noueux chez les adultes, ne change en rien la nature de l'affection.

Chez eux comme chez les enfants, c'est bien une fièvre éruptive qui s'annonce par du malaise et des phénomènes généraux, auxquels succède l'éruption après quelques jours.

Chez eux comme chez les enfants, pour voir céder la maladie, on n'a qu'à attendre; et l'on ne saurait jusqu'ici en abréger la durée d'un seul jour. Cette durée est en moyenne de deux à trois semaines chez les uns et les autres.

La papule est donc en ce cas un phénomène surajouté, sans importance.

Mais existerait-il en outre une fièvre spéciale, essentiellement papuleuse, où les nouûres s'ajouteraient sans en changer le caractère? plus rapprochée de la précédente par sa marche et par ses symptômes que la scarlatine l'est de la rougeole, mais non moins différente au fond?

Telle est l'hypothèse de Trousseau.

Si elle était vraie, il serait probable qu'on rencontrerait dans l'enfance l'entité papuleuse, tout aussi bien que l'autre.

Or M. Roger nous a dit n'avoir jamais vu chez les enfants de fièvre essentielle à papules.

Ainsi tout nous porte à conclure qu'en qualité de fièvre essentielle, idiopathique, on ne connaît jusqu'à présent qu'un genre d'érythème : *l'érythème noueux*, avec ou sans papules.

Mais il existe, en outre, incontestablement des érythèmes symptomatiques à forme papuleuse : nous en donnerons des exemples.

Le camphre dans l'érysipèle. — Le jus de citron dans la diphthérie.

Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de mettre en usage dans l'érysipèle un moyen préconisé par M. Delpech, et dont nous avions constaté les bons résultats dans son service à l'hôpital Necker.

Ce moyen consiste à badigeonner les surfaces malades avec une solution de camphre dans l'éther. Cette solution est exactement la même dont on se sert dans la plupart des pharmacies pour camphrer les vésicatoires. Le camphre et l'éther y sont unis à poids égaux.

Lorsqu'il s'agit d'un érysipèle de la face, et que l'affection n'a pas atteint le cuir chevelu, on l'arrête le plus souvent par ce moyen : et je dois dire qu'il m'a donné de très-bons résultats dans des érythèmes causés par une irritation locale.

— A propos de thérapeutique, disons que le jus de citron employé pur, à hautes doses, en gargarismes, n'a pas cessé de guérir l'angine couenneuse.

C'est jusqu'à présent le procédé le plus sûr qu'on ait signalé contre l'angine diphthéritique.

Depuis dix-huit ans que mon père et moi avons commencé à l'employer, il ne nous a jamais causé un seul insuccès.

Nous ne saurions trop recommander une pratique qui s'est montrée aussi constamment favorable, même dans les cas les plus graves.

Dr Victor Revillout.

PATHOLOGIE DE LA MUE.

Le jour où tout phénomène physiologique sera déterminé dans chacun de ses éléments, comme nous venons de le faire pour la mue de la voix, ce jour-là la médecine aura réalisé un grand progrès. La plupart des systèmes, en effet, n'ont été inventés que pour prendre la place des notions physiologiques absentes ou méconnues. Ce fait est le plus saillant qui s'offre à nous dans l'étude de l'histoire de la médecine, et s'il était besoin d'une nouvelle preuve, on la trouverait dans l'application que nous allons faire de la physiologie à la pathologie de la mue.

Deux éléments anatomiques, avons-nous dit, concourent aux phénomènes physiologiques de la mue : le repli muqueux qui recouvre le bord des rubans vocaux ou autrement dit la *mem-*

brane vocale et les agents qui, directement ou indirectement, modifient l'ouverture de la glotte. Il résulte de là que tout phénomène pathologique de la voix, devant être rattaché à la mue, ne peut être attribué qu'à l'un ou à l'autre de ces éléments.

C'est ce qui a lieu en effet; et l'expérience nous autorise à considérer séparément les troubles qui proviennent de la membrane vocale et ceux qui proviennent des agents moteurs des rubans vocaux.

1° *Troubles qui proviennent de la membrane vocale.*— Comme nous l'avons dit plus haut, la modification qui survient dans la membrane vocale au moment de la mue se manifeste par une augmentation de vitalité, qui s'exagère parfois jusqu'à l'inflammation. Cette inflammation, selon le degré de son intensité, donne lieu à de l'enrouement ou à de l'aphonie plus ou moins complète. Ces phénomènes durent habituellement ce que dure la mue; mais, parfois, ils persistent, et ils constituent dès lors un trouble pathologique qui donne désormais à la voix des individus un timbre plus ou moins altéré. Cette persistance de l'inflammation physiologique nous paraît devoir être attribuée à plusieurs causes :

A. — *La transmission héréditaire* manifeste son influence ici comme partout ailleurs. On voit, en effet, des enfants qui héritent fatalement de la voix rauque ou mal timbrée de leurs parents, et c'est précisément au moment de la mue que les fruits de cet héritage commencent à se montrer.

B. — *Les inflammations diathésiques ou accidentelles* qui se développent sur la membrane vocale au moment de la mue sont très-tenaces, et si elles ne sont pas soumises à un traitement sévère, elles peuvent persister et altérer indéfiniment le timbre de la voix.

C. — *Les exercices de la voix, les cris répétés, le chant, l'abus de la parole* sont les causes les plus fréquentes de l'exagération de l'inflammation physiologique et des altérations pathologiques de la voix après la mue.

Ces trois causes aboutissent à un même résultat, à une même modification de la membrane vocale, qui elle-même fournit un son plus ou moins altéré, selon l'intensité de la modification. Il est à remarquer que le timbre pathologique de la voix n'est jamais égal chez la même personne. Il y a des *minima* et des *maxima* dans l'altération de la voix, et ces variations sont produites par les causes les plus légères, aussi bien par les agents moraux que par les agents physiques.

Le timbre pathologique de la voix est plus ou moins guérissable selon la nature de la cause qui l'a produit ou qui l'entretient.

Quand on a affaire à une inflammation héréditaire, on peut, au moyen d'applications topiques, modifier jusqu'à un certain point l'état organique de la membrane vocale, mais cette modification ne saurait équivaloir à une régénération et le timbre vocal reste toujours un peu altéré.

S'il s'agit d'une inflammation diathésique, les moyens généraux et les applications locales peuvent rétablir complétement le timbre normal de la voix.

A plus forte raison obtient-on le même résultat quand il s'agit d'une inflammation accidentelle.

Quand il s'agit enfin d'une inflammation persistante qui résulte de l'exercice immodéré des rubans vocaux pendant la mue, il suffit de combiner le repos de l'organe avec les applications topiques journalières pour obtenir un succès assuré.

Quel modificateur, quel topique doit-on employer dans ces circonstances? A propos de larynx et de laryngoscope, on a souvent affirmé des faits qui, soi-disant éclairés par une lumière très-vive, n'en étaient pas moins à l'ombre du vrai. Turck, de Vienne, a imprimé dans un livre qu'à la faveur du laryngoscope il avait pu voir jusque dans la bronche droite, oubliant, dans son effronterie, que, dans la trachée, toutes les ressources de la physique ne sauraient modifier la *direction rectiligne* des rayons lumineux. On a également exagéré beaucoup la facilité avec laquelle on peut porter un caustique solide ou liquide sur les rubans vocaux. Cette application est possible, nous la pratiquons quelquefois, mais aussi rarement que possible, à cause des phénomènes de suffocation, quelquefois très-sérieux, qui peuvent lui succéder. D'ailleurs, quand un larynx a été spasmodié par cette influence, il est rare qu'il se prête de nouveau à la même introduction du caustique. La cautérisation avec les vrais caustiques doit être réservée, selon nous, pour les cas où il s'agit de modifier des lésions organiques graves. C'est dire que nous n'avons jamais songé à appliquer le nitrate d'argent ou autre caustique sur la membrane vocale simplement enflammée. Quelle que soit la cause qui a engendré les troubles pathologiques de la voix, par altération de la membrane vocale, nous employons toujours des insufflations d'alun mélangé avec du tannin en proportion variable. Nous portons ce mélange sur les rubans vocaux au moyen de notre insufflateur laryngien, sorte de pistolet à vent, de la façon la plus sûre et la moins désagréable pour le malade, puisque voilà bientôt dix ans que nous nous en servons sans y avoir trouvé le moindre inconvénient. Bien entendu, ces insufflations journalières doivent être secondées par un traitement général si l'indication s'en présente.

2° *Troubles qui proviennent des agents moteurs des rubans vocaux.* — Les muscles sont évidemment les véritables agents moteurs des rubans vocaux; mais les cartilages qui circonscrivent la cavité laryngienne et qui donnent attache aux muscles laryngiens ne sont pas sans exercer une certaine influence sur les phénomènes pathologiques de la mue. Nous aurons donc à signaler l'influence particulière qui revient à chacun de ces deux agents.

Deux cas peuvent se présenter : tantôt les cartilages, obéissant à l'influence de la mue, acquièrent leur développement normal, mais les muscles n'obéissant pas si bien à la même influence n'acquièrent pas rapidement un développement aussi complet; tantôt le larynx, dans sa totalité, obéit peu aux influences de la mue, et il reste jeune dans chacune de ses parties. Le premier cas est, sans contredit, le plus fréquent. Pendant que les lames cartilagineuses se développent en hauteur et en largeur; pendant que les lames du thyroïde s'écartent l'une de l'autre pour former un angle de plus en plus obtus, les diamètres intérieurs de la cavité laryngienne augmentent en proportion et de telle façon que l'affrontement des rubans vocaux sur la ligne médiane serait impossible si les muscles thyro-arythénoïdiens qui tendent ces rubans dans le sens de leur épaisseur ne prenaient pas un développement proportionnel.

C'est ce qui arrive cependant, et c'est bien ce défaut d'harmonie dans le développement des parties qui donne naissance à quelques-uns des troubles de la voix pendant la mue. Or cet état de désharmonie peut persister indéfiniment et donner naissance à une voix particulière que nous avons désignée sous le nom d'eunuquoïde, dans un mémoire que nous avons lu à l'Académie il y a déjà plusieurs années. Dans les circonstances dont nous parlons, la voix eunuquoïde se produit parce que les divers tons de la voix ne se produisent plus par l'action simultanée de la tension des rubans vocaux et de l'occlusion progressive de la glotte, mais exclusivement par la ten-

sion. Pour rendre l'émission de cette voix plus facile, les constricteurs pharyngiens portent sensiblement le larynx en haut en rapprochant par leur contraction les lames du thyroïde, et les rubans étant ainsi affrontés autant que possible produisent une voix plus facile, mais grêle, tendue, et ayant tous les caractères de la voix de tête.

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque le larynx reste jeune dans chacune de ses parties, la voix se modifie légèrement, elle n'est plus celle de l'enfant, mais elle n'acquiert pas les caractère complet de la voix de l'homme. Chacun devine quelles sont les conditions anatomiques qui président à cette anomalie, qui coïncide toujours avec un arrêt dans le développement des autres organes de l'économie. La thérapeutique de ces troubles de la voix est préventive ou curative.

Elle est préventive si, à l'époque de la mue, on se préoccupe de favoriser le développement de l'organe de la voix par les moyens généraux, c'est-à-dire par la médication tonique sous toutes ses formes, et par des moyens locaux. Ces derniers doivent consister dans la gymnastique respiratoire, la gymnastique vocale et l'application des courants continus sur l'organe de la voix.

Elle est curative si, longtemps après la mue, l'on est appelé à modifier le timbre et le diapason de la voix des individus. On parvient à ce résultat en employant les moyens préventifs dont nous venons de parler et en soumettant journellement le malade à des exercices vocaux dont le but est de fournir la possibilité de parler sur un diapason plus bas. Ces exercices sont trop complexes pour pouvoir être résumés en quelques mots, ils seront l'objet d'une publication spéciale.

Nous espérons d'ailleurs qu'après avoir appelé l'attention de nos confrères sur la nécessité de surveiller attentivement les phénomènes de la mue, la voix eunuquoïde, déjà rare, disparaîtra de plus en plus et nous aurons ainsi pratiqué la meilleure des médecines : guérir en prévenant le développement des maladies.

Dr Édouard FOURNIÉ.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 mai 1874 (1). — Présidence de M. PERRIN.

RAPPORT

M. LEDENTU lit le rapport suivant :

Sur deux cas de tétanos traumatique traités par le chloral. — Messieurs, dans la dernière séance, M. Verneuil, après vous avoir rappelé deux cas de tétanos traités par le chloral, dont M. Richelot avait fait le sujet d'une communication, vous annonçait qu'en outre de ces deux faits favorables à cette méthode, il en comptait dans sa pratique trois autres semblables dans lesquels la guérison pouvait et devait lui être attribuée.

Je suis appelé à mon tour, comme rapporteur, à vous parler des deux observations que M. Chauvel a lues tout récemment devant vous; et je profite de l'occasion pour vous faire part de deux essais du même moyen thérapeutique qui n'ont malheureusement pas été couronnés de succès, malgré les doses considérables auxquelles j'ai eu recours. Dans le procès qu'instruit en ce moment la société, j'interviens donc comme témoin à charge, les quatre cas dont j'ai à vous entretenir augmentant d'autant le passif du chloral envisagé comme antitétanique.

Ce n'est pas avec ces quatre cas que je prétends trancher la question. Elle est trop complexe pour être résolue sur le simple énoncé de quelques faits. La statistique bien comprise ne consiste pas en une aveugle compilation de chiffres. Elle exige un travail d'analyse attentive qui permette de ranger les faits par catégories, et de faire la part de toutes les circonstances qui les rapprochent ou les éloignent les uns des autres.

En ce qui concerne le tétanos, la distinction des formes de la maladie est d'une extrême importance. Il y avait là matière à une objection qui n'a pas manqué de se produire toutes les fois qu'un nouvel agent thérapeutique a paru donner de meilleurs résultats que ses devanciers et que vous avez déjà entendu formuler plusieurs fois contre le chloral, depuis qu'on cherche à en établir l'efficacité. Elle consiste à dire que le chloral, comme les sudorifiques, comme l'opium et tant d'autres moyens dont peu ont résisté aux épreuves répétées auxquelles on les a soumis, ne guérit que les formes bénignes, ce qui revient à dire qu'il ne guérit dans aucun cas et que les malades assez heureux pour se tirer d'affaire n'en sont redevables qu'aux seuls efforts de la nature.

Sans doute il y a des formes graves du tétanos contre lesquelles le chloral est impuissant comme tous les autres médicaments, l'examen l'a déjà prouvé. Sans doute aussi certains malades sont en quelque sorte voués à la guérison comme d'autres sont voués à la mort, quoi qu'on fasse pour les y soustraire.

Mais il y a dans le tétanos, comme dans toute maladie, des cas d'une gravité moyenne. Il y aussi un certain nombre de malades, faites-le aussi restreint que vous voudrez, qui, dans la répartition des chances en ont autant pour eux que contre eux. Une circonstance malheureuse les tue ; un hasard les sauve. Témoin les blessés d'Ambroise Paré. Le scepticisme le plus enraciné ne peut nier qu'une médication rationnelle ne puisse venir en aide aux forces naturelles. Aussi me paraît-il incontestable que certaines méthodes thérapeutiques méritent la place qu'elles occupent dans les traités classiques.

J'accorde cependant que le nombre des cas où l'influence de ces méthodes a pu se révéler est infiniment petit relativement à celui des malades morts du tétanos depuis l'époque où l'on a commencé à les appliquer.

Voilà pourquoi il y a tant d'incrédules à l'endroit de leur efficacité ; voilà pourquoi je pense qu'il est permis, sans faire grand tort aux malades, de les laisser de côté toutes les fois qu'il s'agit d'expérimenter un nouveau moyen déclaré supérieur.

Vous le voyez, je fais la part bien petite à la thérapeutique. Je la ferais encore plus petite s'il était absolument démontré que les conclusions désespérantes de M. Ernest Labbé reposent sur une analyse suffisamment rigoureuse de tous les faits que cet auteur a compulsés. Il est à remarquer que, d'après lui, le tétanos guérit plus souvent aujourd'hui qu'autrefois, ce qui implique ou bien que le génie de la maladie s'est modifié, ou bien, ce qui est plus probable, que l'influence de la thérapeutique difficile à établir dans l'étude de chaque groupe de faits, se dégage de leur ensemble, quelle que soit la méthode employée. La dernière phrase de l'auteur confirme cette manière de voir. « Il faut traiter les tétaniques et non le tétanos. » Ce qui signifie que la médecine des indications trouve ici, comme dans beaucoup de maladies, une application rationnelle.

Si l'on pouvait démontrer que le chloral guérit seulement un peu plus de malades que toutes les autres méthodes réunies, ne serait-ce pas assez pour lui faire donner la préférence ? M. Chauvel n'a pas été heureux dans ses deux essais. Une première fois il a donné du chloral à la dose de 6 grammes, puis de 12 et de 16 grammes, combiné avec le sulfate de morphine. Le blessé a succombé au bout de cinq jours de ce traitement : le tétanos avait duré environ huit jours. Une seconde fois, il s'agissait d'un tétanos survenu neuf jours après la blessure, la dose a été de 16 grammes dès le début, de 20 grammes le second jour. Le sulfate de morphine a été employé en même temps à la dose de 20 centigrammes. La mort est survenue au bout de quarante-huit heures.

Les deux faits qui me sont personnels présentent une certaine analogie avec ceux qui précèdent. Une première fois j'administrai 15 grammes de chloral en potion ; j'employai concurremment l'extrait thébaïque à la dose de 60 et 80 centigrammes par jour et les bains de vapeur quotidiens. Après une amélioration passagère la malade succomba au sixième jour.

Une seconde fois j'employai ce même traitement complexe; la mort eut lieu au bout de trente-six heures.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 juin.

M. Verneuil a été plus heureux. Cinq fois déjà il a vu guérir des malades soumis au chloral. Est-ce uniquement parce que le hasard a fait passer par ses mains cinq cas bénins, dont la guérison était assurée à l'avance, quel qu'eût été le traitement mis en pratique? Sans doute les heureux résultats sont en partie infirmés par les nombreux insuccès de M. Verneuil lui-même et de beaucoup d'autres chirurgiens; mais je ne puis m'empêcher d'en tenir grand compte jusqu'à nouvel ordre, en basant sur ce que peut-être pas un seul des membres de cette société n'a vu guérir cinq tétaniques traités par les moyens ordinaires. Je crois donc qu'il serait hasardeux de condamner la méthode avant qu'on n'ait réuni un nombre de faits suffisant pour la juger.

L'observation de M. Oré a soulevé une question importante, celle du mode d'administration du médicament. Le relevé de tous les cas de guérison par le chloral a mis en évidence un fait important, c'est que la guérison n'est jamais obtenue que lentement, parfois même après plusieurs semaines de traitement. Les adversaires de la méthode en ont inféré que le chloral ne guérissait que les formes chroniques. On pourrait dire tout aussi bien que le chloral guérit en transformant les formes subaiguës en formes lentes et que la curabilité ne s'obtient que de cette façon. Parmi les objections qui ont été opposées à la méthode des injections intraveineuses, une des plus valables selon moi est tirée de cette observation. Il pourrait arriver un moment où le chirurgien ne trouverait plus une veine à piquer pour y faire l'injection. Cette raison jointe à plusieurs autres, telles que le danger des phlébites, des inflammations du tissu cellulaire, des gangrènes artérielles produites par l'action du chloral hors de la veine, doit faire donner la préférence à l'administration par la bouche ou le rectum, à condition toutefois que la déglutition soit encore possible et qu'une rémission bien marquée indique que le médicament est absorbé. Dans le cas contraire, je crois qu'il n'y aurait pas à hésiter; il faudrait recourir à l'injection veineuse, en se conformant aux règles qu'impose la prudence. Dans des circonstances aussi graves les risques encourus par le malade sont nuls, puisqu'il est fatalement voué à la mort. Les règles auxquelles je viens de faire allusion sont les suivantes :

1° Éviter les veines voisines des artères, parce que le chloral pourrait, en se répandant au dehors, mortifier la paroi artérielle, fait que M. Vulpian a vu plusieurs fois se produire sur des chiens ;

2° Dénuder les veines dans une aussi petite étendue que possible ;

3° Employer une solution au cinquième ;

4° N'injecter à la fois que 4 ou 5 grammes de chloral ;

5° Pousser l'injection très-lentement ;

6° La renouveler dès que les contractions tendent à se reproduire.

Tous les documents relatifs à la question pendante offrant de l'intérêt, la communication de M. Chauvel est pleine d'à-propos. Il est à regretter qu'elle ne soit pas plus explicite au point de vue de la date du début des accidents, au moins dans la première observation, et de la thermométrie. Les mêmes reproches peuvent être faits, je dois le reconnaître, aux deux faits que j'y ai joints. Néanmoins je vous propose de publier *in extenso*, dans vos Bulletins, les deux observations de M. Chauvel.

DISCUSSION

M. LÉON LE FORT. Il faut, dit-on, se servir des médicaments pendant qu'ils guérissent. J'ai bien peur qu'il n'en soit ainsi du chloral appliqué au traitement du tétanos, et je ne saurais partager l'enthousiasme de M. Verneuil pour ce médicament. Je suis loin de nier son utilité, je le crois un des meilleurs narcotiques que possède la pharmacopée, mais de là à croire, avec notre collègue, que nous avons trouvé enfin le remède du tétanos, il y a un pas immense que je me refuse à franchir. M. Verneuil a vu guérir cinq tétaniques pendant qu'il les traitait par le chloral; c'est là un fait heureux, une série de succès exceptionnelle; mais, pour ma part, je n'attribue guère au chloral l'honneur de la guérison, et je ne tire pas de ces faits cette conclusion que le chloral est le contre-poison du tétanos.

Je n'ai pas besoin de rappeler qu'il y a des différences immenses, surtout au point de vue du pronostic, entre les différentes formes du tétanos. Le tétanos à forme grave dès le début, ou s'accroissant avec une grande rapidité, le tétanos aigu ou suraigu a toujours été mortel quoi qu'on ait fait, et je n'en connais pas un seul cas de guérison. Au contraire, le tétanos à forme légère, celui qui se borne assez longtemps à du trismus et à de la raideur dans les muscles du cou, le tétanos à marche lente qui dure plusieurs semaines, guérit assez souvent par ou avec toutes les médications. Entre ces deux formes extrêmes soit comme gravité des symptômes, soit comme rapidité de marche, il en est une troisième intermédiaire aux deux autres, c'est le tétanos subaigu, de gravité moyenne, qu'on voit quelquefois guérir; mais beaucoup plus rarement que la forme chronique. En un mot, nous savons tous que plus la marche des accidents est rapide, plus le tétanos est grave.

Or, pour trois des cinq cas de M. Verneuil dont j'ai connaissance, n'ayant pu avoir sous la main la thèse de M. Subise, il ne s'agit que d'un tétanos à forme assez légère et à marche chronique, de ces tétanos qui guérissent tout seuls.

Ainsi chez le premier malade, celui dont M. Verneuil nous a communiqué l'observation en 1870, et qui a été le point de départ de la discussion qui s'est élevée à cette époque, la maladie qui a débuté le 29 janvier dure jusqu'au 10 mars, et M. Verneuil intitule lui-même l'observation *tétanos à marche lente.*

Le quatrième malade de M. Verneuil n'a que du trismus, il prend 6 grammes de chloral par jour et guérit. Ce n'était certes pas un cas de tétanos grave, puisqu'il n'eut guère que du trismus, ni un cas aigu, puisqu'il a duré vingt-deux jours.

Le cinquième malade eut du trismus, de la raideur des jambes, des muscles du cou et de l'abdomen, celui-là prend 10 grammes de chloral par jour, quelquefois 15 grammes; mais est-ce encore un cas aigu, ce tétanos qui dure un mois.

N'allez pas croire cependant que, jaloux des succès de mon collègue et ami, je cherche à diminuer la valeur de la thérapeutique qu'il propose, qui lui a réussi et qui aurait échoué entre mes mains. Loin de là, j'ai eu, moi aussi, mon succès par le chloral, seulement je ne crois pas avoir eu dans la guérison la part que croit devoir s'attribuer M. Verneuil dans les siennes.

Cette observation que j'abrége le plus possible, se résume ainsi : Le nommé J... Mathurin, âgé de trente-huit ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 28 novembre 1872, pour une plaie du sourcil gauche, suite d'un coup reçu il y a un mois. Trois ou quatre jours après l'accident, il s'aperçut qu'il ne pouvait que difficilement fermer l'œil gauche et qu'il grimaçait en parlant. Cette paralysie faciale ne le préoccupa guère. Mais, le 13 novembre, il commença à éprouver de la difficulté pour ouvrir la bouche, deux jours plus tard la mastication devenait impossible; il sentait en même temps de la raideur dans les muscles du cou et ne pouvait que difficilement remuer la tête.

Le 19, à son entrée à l'hôpital, on constate sur le sourcil gauche une petite plaie longue de 3 à 4 centimètres couverte de croûtes stratifiées, douloureuse à la pression. Du même côté il y a une hémiplégie faciale, la joue est flasque dans sa partie antérieure, pendant que la contraction des masséters empêche l'ouverture de la bouche. La contracture atteint les deux sterno-mastoïdiens, mais respecte les muscles de la nuque. Les mouvements divers sont difficiles et douloureux. La faradisation fait contracter les muscles de la face paralysés. Je fais appliquer comme traitement un courant continu ascendant de six éléments Morin, le long de la colonne vertébrale.

Le 21. — Le nombre des éléments est porté à dix.

Le 22. — Pas d'amélioration, pouls 72, température 37°5. On interrompt l'usage de l'électricité.

Le 23, — Pouls 64, température 37°5, un peu de raideur dans des muscles de la nuque.

Le 24. — Pouls 72, température 37°7.

Le 25. — Le malade depuis hier a une abondante transpiration, la difficulté d'avaler augmente. Pouls 84, température 37°9. On applique un courant de vingt-cinq éléments.

Le 26. — Même état, même médication. Pouls 84, température 37°2.

Le 27. — On cesse l'électricité. Les sueurs continuent, mais le

soir la contracture s'empare tout à fait des muscles de la nuque. Injection d'une seringue d'une solution de chlorydrate de morphine à 0,60 pour 60 grammes.

Le 28. — L'injection sous-cutanée de morphine a fait dormir le malade, mais la contracture augmente, et elle paraît sur les muscles du tronc et de l'abdomen. Pouls 100, température 39°9. Je fais donner une potion avec 20 grammes de chloral. Le malade s'endort et le sommeil dure toute la journée et toute la nuit.

Le 29. — Quoiqu'il y ait encore beaucoup de raideur, le malade avale plus facilement et se sent mieux. Chloral 30 grammes. Pouls 84, température 37°2. Le soir le malade dort profondément.

Le 2 décembre. — Pas de changement depuis le 29, bien que le malade soit resté constamment dans un état de somnolence et d'assoupissement, j'abaisse la dose quotidienne de chloral à 15 grammes.

Le 4. — Comme il n'y a pas d'amélioration, je laisse de nouveau le chloral pour les courants. Je fais appliquer quinze éléments. le malade ne les conserve que pendant une heure, il redemande du chloral, je lui en prescris 15 grammes.

Le 5. — Il y a amélioration, le malade peut ouvrir la bouche, les muscles du cou sont moins roides. Chloral 20 grammes.

Le 6. — Je fais appliquer pendant deux heures quinze éléments, je prescris 15 grammes de chloral. Amélioration, moins de douleurs.

Le 7. — Chloral 10 grammes. Le mieux continue.

Le 8. — Pas de chloral.

Le 9. — Crise de suffocation pendant la nuit. Je reviens au choral, 15 grammes.

Le 10. — Sommeil très-profond, résolution musculaire, pas de chloral.

Le 11. — Le sommeil continue.

Le 12. — Vingt-cinq éléments conservés pendant deux heures, pas de choral.

Le 13. — Plus de douleur, mais encore un peu de raideur. La déglutition est plus facile. Le soir, 10 grammes de choral.

Le 14. — La bouche s'ouvre plus facilement. Assoupissement. On est obligé de sonder le malade qui n'a pas uriné depuis la veille, et l'on est obligé également, les jours suivants, de pratiquer le cathétérisme. Une amélioration bien marquée se montre le 19, et le 25 décembre, après cinq semaines de maladie, on peut regarder le malade comme tout à fait guéri de ses accidents tétaniques qui, du reste, ne se sont pas reproduits.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Les Facultés de médecine en France (1).

III.

DU NOMBRE DES FACULTÉS NOUVELLES QU'IL CONVIENT DE CRÉER.

La France possède actuellement trois facultés de médecine, et nous venons de voir que la distribution des étudiants entre ces établissements est tellement inégale, que la faculté de Paris à elle seule en absorbe presque les neuf dixièmes. Mais enfin, nous avons, décernant le grade de docteur, une faculté par 12 millions d'habitants environ.

Notre nation est, sous ce rapport, considérablement moins bien partagée que les autres nations européennes. En effet, les facultés ou établissements donnant l'instruction médicale complète sont :

En Russie, au nombre de 8; soit 1 pour 7 millions 800,000 habitants.

En Allemagne (y compris l'Autriche), au nombre de 19; soit 1 pour 2 millions d'habitants.

En Espagne, au nombre de 10; soit 1 pour 1,700,000 habitants.

En Danemark, au nombre de 1; soit 1 pour 1,700,000 habitants.

En Belgique, au nombre de 4; soit 1 pour 1,200,000 habitants.

En Italie, au nombre de 21; soit 1 pour 1,200,000 habitants.

En Portugal, au nombre de 3; soit 1 pour 1,200,000 habitants.

En Grèce, au nombre de 1; soit 1 pour 1,200,000 habitants.

En Hollande, au nombre de 4; soit 1 pour 900,000 habitants.

En Suisse, au nombre de 3; soit 1 pour 800,000 habitants.

En Grande-Bretagne, au nombre de 64; soit 1 pour 560,000 habitants (1).

Mais il convient de faire remarquer de suite que ces établissements ne sauraient être assimilés complétement à nos facultés. En Angleterre, par exemple, où règne la liberté de l'exercice de la médecine, à peine tempérée par le *Médical Act* de 1858, il y a 12 établissements conférant des grades sans donner d'enseignement; 40 environ, qui appartiennent d'ordinaire aux grands hôpitaux, donnent l'enseignement plus ou moins complet, sans conférer les grades; 12 enfin enseignent et confèrent les grades : grades multiples qui ne sont pas un des moindres embarras dans l'étude de cette organisation compliquée.

D'autre part, beaucoup d'établissements, même de ceux dont le renom est le plus illustre dans le passé, ne fonctionnent guère plus que pour mémoire. En Angleterre, Oxford fait à peu près cinq ou six docteurs par an; Durham deux ou trois. Beaucoup de petites universités allemandes, situées dans des villes de faible population, ne comptent pas plus d'étudiants en médecine que nos écoles secondaires médiocres; à moins que quelque jeune *privat-docent* de grand mérite n'y attire momentanément un certain nombre d'étudiants, en attendant qu'une université plus riche l'appelle auprès d'elle. Cela est encore pis dans plusieurs facultés italiennes et espagnoles.

En somme, dans ces divers établissements, si l'on fait exception pour un certain nombre d'universités allemandes et russes et pour quelques rares institutions en Angleterre, l'enseignement régulier est loin d'être aussi bien organisé, surtout au point de vue dogmatique, que dans nos facultés de Montpellier et de Nancy.

Ces réserves faites, il n'en reste pas moins établi que la France n'offre, relativement à sa population, qu'un nombre singulièrement restreint de centres d'enseignement médical; elle est sous ce rapport en arrière même de la Russie, dont les facultés fonctionnent très-convenablement. Cette pénurie de facultés médicales frappe davantage encore lorsqu'on examine la position géographique de celles que nous possédons en dehors de Paris. Toutes deux siégent dans des villes de médiocre importance, qui ne fournissent que d'une manière imparfaite les ressources matérielles dont nous allons montrer tout à l'heure la nécessité.

Elles sont placées, l'une à l'extrême sud, l'autre à l'est extrême, au voisinage de nos frontières et en dehors des grands bassins dont la pente naturelle établit le courant des relations sociales, entraînant les hommes vers les grandes villes des confluents et des embouchures. Rien au Centre ni à l'Ouest. Les bassins du Rhône, de la Loire, de la Garonne, avec leurs populeuses cités, dont les vastes hôpitaux appellent l'enseignement médical, dont la riche clientèle attire les médecins dis-

(1) Suite. — Voir les numéros des 19, 21, 26, 28, 30 mai, 2, 4, 9 et 11 juin 1874.

(1) Voir pour plus de détails : Dureau, Sur l'enseignement et l'exercice de la médecine en Europe; *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1872.

tingués, sont complétement déshérités. Le savant étranger qui voyage en France s'étonne d'apprendre qu'il ne puisse se former de médecins à Lyon, à Bordeaux, à Nantes. Et s'il est permis à votre rapporteur d'indiquer ici un souvenir personnel, je rappellerai les marques d'incrédulité qui, devant des professeurs d'Édimbourg, accueillirent un jour mon affirmation qu'il n'existe pas de faculté de médecine dans la ville dont le corps médical a mérité par ses illustrations nombreuses d'être désigné, même à l'étranger, sous le titre doctrinal d'école de Lyon.

Mais si tout semble inviter à créer dans un certain nombre de villes de nouvelles facultés de médecine, n'est-il pas à craindre que cette multiplicité des centres n'entraîne entre eux une concurrence qui tende à abaisser le niveau des études médicales?

Chacune de ces facultés voudra vivre, dit-on, et tendra à fixer auprès d'elle le plus grand nombre d'élèves possible, non-seulement par l'attrait de son enseignement, mais par une certaine indulgence dans les réceptions aux examens, indulgence qui pourrait dégénérer en faiblesse. Il y aurait là, chacun le comprend, un danger pour la santé publique; il y aurait là en outre un grand péril pour la valeur générale de l'enseignement supérieur des sciences. Ceci appelle quelques développements.

Paris, disent les plus affirmatifs, est la seule ville de France dans laquelle s'entretienne avec une activité productrice satisfaisante le mouvement scientifique des recherches et des découvertes. A Paris affluent aujourd'hui presque tous les étudiants en médecine; ils y prennent le respect de la science théorique et les connaissances acquises par le plus humble d'entre eux se ressentent de cette élévation du sentiment intellectuel; l'élite de cette innombrable jeunesse, prise d'une noble émulation, travaille à son tour au progrès des sciences médicales, et c'est chez elle que se vient recruter pour la plus forte part cette pépinière d'hommes voués à l'étude des sciences pures qui, malgré l'indifférence ou les obstacles, maintiennent à la science française le rang qu'elle ne saurait perdre sans que la France à son tour ne risque de perdre le sien dans le monde.

Dispersez ces jeunes gens, envoyez-les faire leurs études dans ces grandes villes de province où domine l'esprit industriel, la médecine va leur apparaître bientôt, elle aussi, non comme une science, mais comme une industrie. Ils y trouveront comme professeurs des médecins éminents parfois, mais que la clientèle a détournés de la science, praticiens aux yeux de qui l'étude au lit du malade, la constatation des signes, la science des traitements, l'art des opérations, constituera de bonne foi tout l'enseignement médical. Vous aurez ainsi formé des praticiens plus habiles peut-être dans l'art ou le métier, mais vous aurez tué en eux l'amour de la science, le respect des savants, le désir des horizons nouveaux, l'impatience de l'inconnu. Vous aurez plus de médecins traitants, moins de médecins savants, moins d'hommes de science: l'enseignement baissera, la création scientifique diminuera, et la santé publique n'en profitera pas. (*A suivre.*)

Le Directeur: Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Les réserves prudentes de l'Académie de médecine à l'endroit des injections intra-veineuses de chloral sont très-justes parce qu'elles ne sont pas absolues; elles expriment une opinion sans doute peu favorable, mais elles laissent la porte ouverte à l'expérimentation et n'engagent pas l'avenir. Partageant de tout point cette manière de voir, et disposé, plus que personne, à voir dans l'injection des médicaments dans les veines une *monstruosité physiologique*, nous nous faisons néanmoins un plaisir d'enregistrer tout ce qui a trait à cette question, que ce soit favorable ou défavorable à nos propres idées.

Nous reproduisons donc *in extenso* la note, déjà résumée dans ce journal, que M. Bouillaud a présentée au nom de MM. Denesse et Van Wetter :

« Au mois de mai 1871, disent les auteurs, nous enlevâmes à M. W..., âgé de cinquante-quatre ans, une partie de son rectum devenu cancéreux. Cette opération fut suivie des plus heureux résultats. Pendant plus de trois ans le malade put se livrer à tous ses travaux sans être incommodé par la terrible affection dont il avait été opéré. Cependant, depuis quelque temps, l'ampoule rectale s'emplissait de nouveaux bourgeons cancéreux : hémorrhagies légères, mais fréquentes; suppuration fétide, douleurs souvent violentes, rétention de matières fécales, trajet fistuleux dans l'épaisseur de la fesse gauche. Ces accidents minaient la santé de M. de W... et menaçaient de l'emporter à bref délai. Il nous supplia de venir à son secours et de le débarrasser de son cancer : ce à quoi nous consentîmes volontiers. C'est à ce moment que M. le professeur Bouillaud annonçait à l'Institut le véritable succès qui venait de couronner la méthode anesthésique imaginée par M. le professeur Oré, de Bordeaux. En Belgique, notre vénéré maître M. le professeur Soupart préconisait également l'anesthésie par injections intra-veineuses de chloral, dont M. Bouillaud, interprète de M. Oré, avait entretenu l'Institut de France.

« Le jeudi 4 juin, nous nous rendîmes chez M. de W..., en ce moment à la campagne, près de Gand. Nous avions pour collaborateurs (et nous ne pouvions en avoir de meilleurs), M. le docteur Bouqué, chef de clinique, M. le docteur Leboucq, chef des travaux anatomiques de l'université, et M. le docteur de Lorge, chirurgien fort distingué de notre ville.

« A quatre heures trente minutes de l'après-midi, l'*opération de l'anesthésie* est commencée; un trocart très-acéré et enveloppé de sa canule est plongé dans une des veines radiales, *non dénudée;* à quatre heures trente-cinq minutes, la veine ayant été bien ouverte, nous procédons graduellement à l'injection de la solution de chloral en nous conformant scrupuleusement aux instructions de M. Oré. A quatre heures trente-six, 25 centigrammes de ce médicament avaient pénétré dans la veine, et à quatre heures trente-huit minutes, nous avions injecté 1 gramme. Nous attendons jusqu'à cinq heures trente-neuf minutes, sans que rien de particulier survienne, et, à cinq heures quarante minutes, un gramme et demi est entré dans la veine; à cinq heures quarante et une minutes, la parole du malade devient un peu plus lente; à cinq heures quarante-deux minutes, nous sommes à 2 grammes, et nous attendons; à cinq heures quarante-quatre minutes (le pouls étant à 24 au quart de minute), nous arrivons à 2 gr. 50; à cinq heures quarante-six minutes, le malade annonce un léger besoin de sommeil, il devient loquace et bâille; on atteint 3 grammes; à cinq heures quarante-sept minutes, la sensibilité de la peau s'émousse; divagation dans les pensées; on est à 3 gr. 50; à cinq heures quarante-neuf minutes, bâillement très-prononcé, paroles délirantes (pouls à 26); on est à 4 grammes; à cinq heures cinquante minutes, on est parvenu à 4 gr. 50; le malade ne parle plus, ferme les yeux (le pouls est à 27, la respiration à 19 par minute); il sommeille, mais n'est pas insensible; à cinq heures cinquante-neuf minutes, on est arrivé à 5 gr. 75; à six heures, 6 grammes (pouls à 28 et respiration à 17 par minute, rougeur de la face); à six heures dix minutes, la dose est à 6 gr. 25; à six heures douze minutes, de 7 grammes; quand on pince fortement le malade, il paraît encore sentir, et, quand on passe le doigt sur la cornée, les paupières se contractent un peu par action réflexe; à six heures quatorze minutes, 7 gr. 50; à six heures quinze minutes, l'anesthésie est complète et la cornée presque insensible.

« Alors commence l'*opération relative au cancer* du rectum. A l'aide de l'écraseur linéaire de M. Chassaignac, de gros ciseaux et du râclage pratiqué avec les ongles et une forte spatule, nous enlevons tous les bourgeons cancéreux, nous nettoyons complétement le rectum, nous mettons tous les trajets à découvert.

« Pendant cette opération, à six heures vingt-six minutes,

nous injectons encore 50 centigrammes de chloral, ce qui porte la dose totale à 8 grammes; à six heures trente minutes, tout est terminé, et l'ampoule rutale est libre. L'insensibilité est absolue, même aux cornées; le pouls est faible, mais régulier, et la respiration est bonne.

« A six heures trente-cinq minutes, le pansement étant terminé, l'heure de réveiller le malade est arrivée. Cela ne fut pas aussi facile que nous l'avions pensé. L'électrisation des nerfs pneumogastriques et de quelques-unes des parties les plus sensibles du corps, les flagellations avec un linge mouillé, les vapeurs ammoniacales, l'injection de quelques cuillerées d'eau fraîche ou de vin de Porto, tout fut impuissant contre le profond sommeil dans lequel était plongé l'opéré. A ce moment, M. le docteur Bouqué nous remit en mémoire le conseil que nous donnait, quelques jours auparavant, notre illustre maître, le professeur Soupart, savoir : de ne pas considérer comme absolument nécessaire d'arracher au sommeil anesthésique un malade dont l'organisation vient d'être profondément troublée par une grave opération.

« Nos honorables confrères, MM. Bouqué, de Lorge et Leboucq, partageant l'opinion de M. Soupart, et nous-mêmes, nous ralliant à cet avis, le malade encore endormi fut placé dans son lit.

« Vers huit heures trente minutes, le malade, quand on lui pinçait la peau, s'agitait, faiblement il est vrai, et grognait quand nous l'interpellions. A neuf heures, quand nous le quittâmes, il répondait quand on l'interrogeait, mais ne tardait pas à retomber dans son sommeil. Le pouls était resté le même, la respiration bonne, la température normale. Nous partîmes tranquilles, recommandant d'administrer au patient quelques nouvelles cuillerées d'eau fraîche et de porto. La nuit se passa fort paisiblement. A cinq heures le malade sortit de son sommeil, parut étonné de ce qu'on le veillait, et se fit raconter ce qui s'était passé.

« Le 5, à midi, nous visitons l'opéré. Le pouls est à 22, au quart de minute, la température de l'aisselle à 37 degrés, sensation de bien-être inaccoutumée, nulle douleur, nul malaise, la pensée est nette. Le malade dit qu'il mangerait volontiers un peu de viande. Il a encore un peu de sommeil.

« Le 6, à midi, le malade va bien. Il nous fait remarquer le singulier état dans lequel il s'est trouvé depuis l'injection. Il ne sait pas ce qui s'est passé pendant l'opération, il se souvient qu'il s'est endormi et n'a aucun souvenir de ce qui a eu lieu à partir du moment de son sommeil jusqu'au lendemain vendredi à cinq heures du matin qu'il s'est réveillé.

« Ce dernier jour et le suivant (samedi), bien qu'il fût réveillé, tout lui paraissait vague, indécis, confus comme dans un demi-sommeil; toutefois il se sentait dans un bien-être dont il se plaisait à nous parler. La sensibilité n'est complétement revenue que le dimanche, et depuis lors tout est rentré dans l'ordre.

« Aujourd'hui 12 juin, c'est-à-dire huit jours après l'opération, pendant lesquels aucun accident ne s'est produit, un grand soulagement, une grande amélioration dans l'état général et local du malade sont les heureuses suites de cette opération. M. de W... dort bien, mange avec appétit, ne souffre plus et commence à se lever.

« Nous ne pouvons mieux exprimer notre opinion sur l'injection intra-veineuse de chloral, et mieux faire comprendre la confiance qu'elle nous inspire, si ce n'est en disant que nous attendons l'occasion de recommencer... »

Dr Édouard Fournié.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac

Syphilis gommeuse, précoce et réfractaire à l'iodure de potassium (1).

VIII.

Le traitement par l'iodure de potassium à hautes doses n'a exercé aucune action nuisible sur les organes ni sur les fonctions. — A-t-il été cause de l'hémoptysie ?

L'usage continu de l'iodure de potassium, à la dose considérable de 6 à 8 grammes par jour avait fini par produire un peu d'amaigrissement et de l'inappétence ; mais il avait toujours été très-bien toléré et n'avait exercé aucune action atrophiante sur les organes génitaux, ni aucune faiblesse dans leurs fonctions. Les érections étaient énergiques, et les pollutions nocturnes fréquentes. Les testicules avaient conservé leur volume et leur consistance de l'état normal.

Il est difficile de savoir quelle a été l'action de l'iodure de potassium dans la pathogénie de l'hémorrhagie survenue en octobre. Cette hémorrhagie provenait des voies respiratoires, car elle avait été précédée d'une titillation laryngée, bientôt suivie de quintes de toux qui amenaient dans la bouche un flot de sang. Il en a été perdu, de cette façon, près d'un litre.

A la date du 11 décembre 1871, voici ce que je constatai, en outre de la fistule du canal de Sténon : La gomme de la joue, réduite à l'état de cicatrice, ne proéminait que très-peu dans la cavité buccale ; elle n'avait pas encore complétement disparu ; ses débris n'adhéraient point à l'os molaire.

Parmi les trois cicatrices de l'extrémité inférieure du bras gauche, une seule était adhérente au cubitus par un fond infundibuliforme. Les autres occupaient l'épaisseur de la peau. Tout le poignet était encore enflé, mais non douloureux. — Il n'existait plus rien du côté des membres inférieurs.

Je ne fis point reprendre le traitement spécifique, et je prescrivis des toniques.

IX.

Au vingt-cinquième mois de la syphilis, apparition de deux tumeurs gommeuses (huitième et neuvième) sur les parties latérales du cou.— Après une suspension de quatre mois, reprise de l'iodure de potassium.

Le 8 mars 1872 (vingt-cinquième mois de la syphilis), l'écoulement salivaire n'était pas revenu, et la fistule du canal de Sténon, guérie au bout de trois jours, ne s'était pas réouverte. A la place de la gomme de la joue, il existait une large tache d'un rouge brun, régulièrement arrondie, de 2 centimètres et demi de diamètre, reposant sur des tissus encore indurés. La santé générale était redevenue bonne ; cependant, depuis l'hémoptysie, le malade se sentait plus faible qu'auparavant, et il avait un peu de tendance à la transpiration.

Il y avait plusieurs mois qu'il n'était survenu aucune manifestation syphilitique, lorsque, le 1er mars, M. X... s'aperçut d'un gonflement un peu douloureux situé derrière la branche montante du maxillaire inférieur à gauche. Ce gonflement augmenta peu à peu de volume, mais devint à peu près indolent, et, le 8 mars, il présentait les caractères suivants :

La tumeur, située derrière l'angle de la mâchoire, à gauche, sur les parties latérales du cou, dans la direction du sterno-

(1) Suite. — Voir les numéros des 11 et 18 juin 1874.

cléido-mastoïdien et à son niveau, était ovalaire, à grand diamètre dirigé de haut en bas et d'arrière en avant; mobile sur les tissus sous-jacents, elle n'adhérait pas à la peau, qui ne présentait en ce point aucune altération. Elle était pâteuse, mal circonscrite, de 5 centimètres de longueur sur 3 centimètres de largeur, et d'une saillie de 3 à 4 centimètres au-dessus des parties voisines. On pouvait la pétrir dans tous les sens sans provoquer de douleur. Elle ne causait aucune gêne dans la circulation des vaisseaux du cou, ne paraissait pas avoir des racines profondes et n'était pas fluctuante.

Sur le côté opposé, au même niveau, et dans une situation symétrique, il existait un gonflement analogue, mais encore à l'état d'ébauche.

Le poignet était toujours un peu tuméfié, sans qu'il existât, à son niveau, aucun travail morbide en voie d'activité.

Il y avait quatre mois que le malade ne suivait aucun traitement. Je lui prescrivis 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

X.

Dixième tumeur gommeuse dans la région du poignet gauche. Elle suppure et s'ulcère au bout de très-peu de temps. Évolution très-lente d'une des gommes cervicales.

Onzième tumeur gommeuse qui ne suppure pas, sur plancher buccal. — Suspension de l'iodure. — Depuis le 8 mars, le malade en avait pris environ 240 grammes.

Le 30 avril 1872 (huitième semaine de la tumeur), la gomme cervicale gauche avait un peu augmenté de volume. Elle était toujours isolée de la peau, qui glissait au-dessus d'elle et ne présentait à son niveau aucun changement de coloration ni d'épaisseur. Elle était dure, non fluctuante, mobile, quoiqu'elle parût maintenant avoir des racines profondes dans les tissus sous-jacents. Elle restait indolente et ne causait aucun gêne. Du côté opposé, la petite tumeur avait un peu diminué.

Il n'existait pas d'autres lésions. La santé générale était très-bonne. La dose de l'iodure de potassium avait été portée graduellement de 2 à 6 grammes.

Quinze jours après, 15 mai 1872 (vingt-septième mois de la syphilis), il était survenu sur le poignet gauche, un peu au-dessus de l'extrémité inférieure du cubitus, une tumeur fluctuante, recouverte d'une peau amincie et parsemée de petits points blancs, indolente, du volume d'une grosse noix, ne paraissant pas avoir de connexion avec les parties profondes. Cette tumeur gommeuse, qui s'était montrée vers les premiers jours de mai, avait donc parcouru, avec une extrême rapidité les phases de la régression. C'était la quatrième qui se produisait dans cette région.

A la même date, la tumeur cervicale avait augmenté. Celle de gauche (dixième semaine de sa durée) avait la grosseur d'un œuf de dinde. Elle était ovoïde, homogène, dure, sans changement de couleur à la peau qui ne lui adhérait pas. Elle ne présentait pas trace de fluctuation, ne causait aucune gêne et plongeait profondément dans la région.

La tumeur cervicale du côté droit, qui semblait, il y a quelques jours, en voie de résolution, avait pris un nouvel accroissement. Elle était lobulée et restait toujours moins volumineuse que celle de gauche, dont elle présentait tous les autres caractères.

Au-dessous de la cicatrice de la gomme du plancher buccal, il s'était formé, depuis quinze jours, une tumeur dure, grosse comme une cerise, qui disparut peu à peu, sans suppurer.

Quoique la santé générale de M. X... fût bonne, il éprouvait quelques douleurs dans les jointures. Il prenait chaque jour 6 grammes d'iodure de potassium. Mais comme ce médicament ne paraissait produire aucun effet, je le supprimai. Le malade prenait aussi six cuillerée à bouche d'huile de foie de morue.

XI.

Au vingt-huitième mois de la syphilis, reprise de l'iodure de potassium. État de la gomme cervicale gauche; à la seizième semaine de sa durée, elle n'était pas encore ouverte. Elle s'ouvrit plus tard, s'ulcéra et ne fut guérie qu'au bout de dix mois. — La gomme cervicale gauche ne suppura pas.

Le 13 juin 1872 (vingt-huitième mois de la syphilis; quatorzième semaine des tumeurs cervicales), les gommes latérales du cou avaient toujours à peu près les mêmes dimensions. Celle de droite restait pâteuse, un peu dure et sans fluctuation; celle de gauche était devenue fluctuante, mais sans aucun changement de couleur à la peau. La santé générale était toujours très-bonne. Le malade continuait l'usage de l'huile de foie de morue. Il était revenu à l'iodure de potassium, dont il prenait 2 grammes pas jour.

Le 29 juin (seizième semaine des tumeurs cervicales). La tumeur cervicale gauche était constituée par une énorme poche purulente dans laquelle il n'existait aucune trace d'inflammation. La tumeur cervicale droite ne présentait qu'une fluctuation indécise. Au niveau de ces deux tumeurs, la peau était saine et mobile. Le malade prenait 4 grammes d'iodure de potassium, se portait toujours très-bien et ne présentait aucune autre manifestation syphilitique.

On a sans doute remarqué avec quelle lenteur évoluaient ces deux gommes cervicales. Je perdis de vue le malade pendant les mois d'août, de septembre, d'octobre et de novembre. Quand je le revis, le 4 décembre 1872 (trente-troisième mois de la syphilis; dixième mois des tumeurs cervicales), la gomme du côté droit avait disparu peu à peu, sans s'ouvrir. Celle de gauche s'était ouverte spontanément, à une époque que je n'ai pu préciser exactement; puis elle s'était ulcérée. L'ulcération s'était imparfaitement cicatrisée, puisque de la cicatrice suintait encore un liquide gommeux. M. X... n'avait pas cessé l'iodure de potassium, et il en prenait encore 2 grammes chaque jour.

XII.

Au trente-troisième mois de la syphilis, hydarthrose et arthropathie grave du genou gauche. — Abcès gommeux au dessous du ligament rotulien, etc. Cette affection syphilitique du genou n'est guérie qu'au bout de huit mois. — Altération de la santé générale. — Continuation de l'iodure de potassium. — Après quatre ans de durée, la syphilis paraît s'être éteinte.

Il revenait me consulter à cette date du 4 décembre 1872 pour un nouvel accident. Depuis un mois environ, une hydarthrose s'était développée dans le genou gauche, sans cause appréciable.

Je fis successivement appliquer quatre vésicatoires volants autour de l'articulation, puis faire des badigeonnages avec de la teinture d'iode. Les phénomènes, qui étaient suraigus au commencement de cette affection articulaire, s'atténuèrent peu à peu; la douleur surtout diminua, et la marche devint plus facile. Cependant, au bout de deux mois (7 janvier 1873, trente-cinquième mois de la syphilis), l'hydarthrose était encore

énorme. La tumeur était surtout volumineuse au-dessous du ligament rotulien. La fluctuation y était manifeste.

Cette affection du genou prit des proportions telles que le malade se décida à entrer dans mon service, à l'hôpital du Midi, salle 7, le 21 janvier 1873.

La tumeur fluctuante située au-dessous du ligament rotulien s'ouvrit spontanément, et il en sortit une quantité considérable de pus. Une amélioration, puis une guérison plus apparente que réelle succédèrent à cette évacuation, et M. X... quitta mon service le 3 février, pour reprendre ses occupations.

Il fit des courses pendant huit jours environ ; mais le genou s'étant gonflé de nouveau et jetant du pus en grande quantité, il entra à l'hôpital de Lariboisière, dans les salles de M. le docteur Tillaux, où il resta trois mois au lit, en proie à de grandes souffrances (cataplasmes ; 1 gramme d'iodure de potassium par jour). Il revint aussi un petit abcès à la joue, mais sans écoulement de salive parotidienne.

Quand il quitta l'hôpital Lariboisière, son affection du genou était guérie, et, s'il boitait encore, c'était, paraît-il, par faiblesse musculaire. Il passa deux mois de convalescence à Vincennes, prit tous les jours un bain sulfureux, du fer, et 1 gr. d'iodure de potassium. Pendant son séjour dans cet asile, il n'éprouva aucun nouvel accident, et il reprit la force et l'embonpoint que lui avait fait perdre cette longue arthropathie du genou, dont la durée avaient été de huit mois.

Il en sortit le 25 août 1873 (quarante-deuxième mois de la syphilis), son genou était encore faible, surtout à chaque changement de temps. Il éprouva aussi, pendant longtemps, des douleurs le long du tibia gauche.

Depuis cette époque, M. X... s'est toujours bien porté. La grave arthropathie dont je viens de retracer les principales phases, semble avoir clos l'interminable série des affections gommeuses qui se sont succédé, presque sans interruption, depuis le cinquième mois jusqu'à la troisième année et demie de cette syphilis. Il ne lui est revenu aucun accident spécifique. Je l'ai revu et examiné vers le commencement de l'année 1874 (quatrième année révolue de la syphilis), il ne présentait alors aucune lésion syphilitique en voie d'activité, mais on trouvait sur son corps de nombreuses cicatrices.

La dernière en date, et la plus profonde, occupait le bord interne du tendon rotulien, du côté gauche. Elle était étendue et profonde. D'autres, également profondes, mais moins vastes, siégeaient dans la même région et adhéraient aux tissus sous-jacents. L'extrémité supérieure du tibia gauche était élargie dans tous les sens. Il n'existait aucune exostose sur sa crête ni sur d'autres points du système osseux.

Quant aux autres cicatrices, je les ai déjà décrites. Elles avaient pour caractère principal de produire un enfoncement profond et de présenter à leur surface un grand nombre de petits godets et de brides entre-croisés.

Quoique la santé de M. X. fût très-bonne, il se sentait un peu moins fort qu'autrefois et suait facilement. Mais, en somme, il avait bonne mine et ne paraissait pas avoir été trop cruellement éprouvé par cette grave syphilis.

(A suivre.)

CHARLES MAURIAC.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 janvier 1874. — Présidence de M. PETER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. LUNIER, en quittant le fauteuil de la présidence, remercie la société de lui avoir rendu la tâche facile et agréable par le concours bienveillant qu'elle lui a sans cesse prodigué. Il prie M. Peter de le remplacer au bureau.

M. PETER prononce le discours suivant :

MESSIEURS,

En prenant possession du fauteuil où votre bienveillance m'a placé, laissez-moi vous dire comment je comprends vos devoirs et les miens.

Vos devoirs, mais ils sont forts simples ! Médecins, restez ce que vous êtes, des praticiens éclairés par la science, et non des physiologistes faisant de la médecine.

Ce n'est pas à dire que la physiologie doive être dédaignée par vous, elle qui vous permet de comprendre la transformation progressive de l'acte sain en un acte morbide, et de saisir les modifications matérielle, connexe et corrélative de la matière vivante. Mais une fois la maladie constituée, les faits deviennent tellement complexes, tellement différents, tellement *autres* (c'est-à-dire altérés), qu'il faut alors la capacité la plus grande, servie par la patience la plus tenace et l'habitude la plus invétérée pour saisir, au milieu du tumulte morbide, la compréhension entière et vraie des phénomènes.

La physiologie peut donc servir la médecine, mais elle ne doit pas la régenter, *ancilla sed non domina.*

En effet, la physiologie est une chose et la médecine une autre chose. Toutes deux s'occupant de l'être vivant. Je dirais volontiers, prenant un exemple vulgaire, qu'il en est d'elles comme de la botanique et de l'art du jardinage, tous deux s'occupant des êtres vivants qu'on appelle des végétaux. Eh bien, de ce que le botaniste sait parfaitement que le chou est une plante dicotylédone, de la famille des crucifères, que tant de cellulose et tant de sels divers entrent dans la composition de ses tissus, il ne s'ensuit pas qu'il sache *ipso facto* dans quelle saison il faut en semer la graine, à quelle insolation on la doit exposer, quand et combien on la doit arroser ; toutes choses qui sont affaire d'expérience, et que le jardinier fait d'observation personnelle ou transmise, bien qu'il puisse absolument ignorer les détails scientifiques relatifs à l'humble plante dont il ne sait pas même qu'elle est une crucifère. Son art s'est développé en dehors de toute notion de botanique.

De même la médecine s'est constituée en dehors de toute notion anatomique ou physiologique : on a étudié l'homme malade avant de savoir ce qu'il y avait dedans ; on a découvert les grands systèmes de thérapeutique avant de connaître le fonctionnement d'organes dont on ignorait même l'existence ; on a trouvé la médication antiphlogistique, la vomitive, la purgative et la diaphorétique, pour avoir vu le bien-être qui suivait une hémorrhagie, un vomissement, un flux alvin, une sueur spontanément survenue, et en imitant la nature par une heureuse audace, sans savoir comment le sang circulait, où, comment étaient sécrétés la bile, les sucs intestinaux et la sueur. La réciproque n'est pas vraie ; je nie que la connaissance la plus exacte du mécanisme de la circulation, comme de celui des sécrétions, puisse jamais conduire aux découvertes thérapeutiques dont je parle.

Mais ce que la physiologie nous a enseigné, c'est à comprendre l'intimité des phénomènes, dont sans elle, nous ne constations que l'apparente et grossière succession : par elle le médecin est devenu pathologiste, comme par la botanique le jardinier, horticulteur ; l'art s'ennoblissait comme s'élevait l'esprit.

La médecine contemporaine est traversée par deux grands courants parallèles : un courant *scientifique* et un courant *pratique* Dans le premier, on ne s'occupe que de faits physico-chimiques ou physiologiques : ce ne sont que courbes thermométriques et analyses d'urines, dans les diverses maladies et aux diverses phases de ces maladies. Voilà qui est bien ! Mais où est le mal ? C'est dans l'excès même et la généralisation de ces recherches ; le temps qu'on y passe n'équivalant pas au résultat obtenu, et le soin qu'on y donne faisant omettre des recherches plus profitables, pour ne pas se chiffrer immédiatement ou se dessiner pratiquement. Ce ne sont encore que vivisections, destinées à reconstituer la thérapeutique par l'empoisonnement, ou à remplacer l'expérience traditionnelle par l'expérimen-

tation au jour le jour. Gardons-nous de tels abus, laissons aux Robin, aux Claude Bernard et aux Paul Bert le soin de ces recherches qu'ils font mieux que nous ne ferions jamais, et, comme Candide, « cultivons notre jardin ».

C'est-à-dire suivons le courant *pratique*, qui consiste à observer lentement, consciencieusement, les faits vulgaires et de tous les jours ; à voir ces vivisections spontanées qu'on appelle des maladies, et que la nature opère sous nos yeux, qui n'ont qu'à s'ouvrir; à ne jamais conclure qu'à l'aide de faits nombreux ; à s'inspirer de la tradition, qui n'est que l'expérience accumulée, à ne pas croire que la science tout entière soit à refaire tous les quarts de siècle, et cela par suite d'un esprit de présomption, de mépris et de dénigrement non motivé à l'égard du passé; à contrôler, au contraire, à interpréter, à compléter par les données de la science moderne ce que nous ont transmis nos devanciers ; à infiltrer enfin la physiologie dans la médecine, mais non à subordonner la médecine à la physiologie.

En résumé, messieurs, restons médecins, et c'est assez.

Quant aux devoirs de votre président, ils sont surtout de diriger vos séances avec sagesse, d'exciter les rapporteurs dont les travaux seraient en retard, et de communiquer aux tièdes, s'il en est, un peu de son ardeur. Tels seront son désir et son but.

M. CHARRIER, secrétaire général, lit le compte rendu des travaux de la société en 1873 :

MESSIEURS,

L'année dernière, à pareille époque, vous vous le rappelez, la Société de médecine de Paris traversait une de ces crises regrettables qui peuvent compromettre l'existence d'une société, et qui, en tout cas, entravent ses travaux. Obéissant à un juste et légitime sentiment de dignité et de fierté, la société rompait toute relation officielle avec l'administration de la préfecture de la Seine.

Au sortir du palais du Luxembourg, ce fut d'abord rue d'Aumale, au siége de l'association générale des médecins de France, qui nous avait offert une courtoise et généreuse hospitalité, que nous nous sommes réunis; puis rue Neuve des Petits-Champs, au Cercle des sociétés savantes où, si vous avez bonne mémoire, notre installation était loin d'être confortable, notre situation était précaire.

Nous étions, chers collègues, permettez-moi cette comparaison, dans cette période douteuse de la maladie, où la convalescence n'est pas encore franchement établie, alors que la défervescence commence, mais où il peut encore surgir de graves complications. Cette position incertaine ne dura pas longtemps ; des signes heureux d'une grande valeur pronostique ne se firent pas attendre et vinrent ranimer nos espérances et notre foi dans l'avenir.

Ces signes pronostiques de bon augure étaient la promesse d'amis, de camarades d'études, d'internat, quelques-uns chirurgiens ou médecins des hôpitaux, de venir faire acte de candidature. Le premier qui tint parole, ce fut M. de Saint-Germain. Il nous lut un mémoire des plus intéressants. Sous le titre modeste de : *Note sur quelques cas de fractures compliquées*, observées en 1872, à l'hôpital Saint-Antoine, notre collègue a prouvé, par des exemples nouveaux, l'influence heureuse du pansement, des soins minutieux et incessants du chirurgien, sur les résultats ultérieurs des traumatismes les plus graves. C'était déjà un bon commencement; mais alors il se produisit un fait qui a eu déjà et qui aura une influence décisive sur l'avenir de notre compagnie, nous pûmes avoir, pour nos réunions, grâce à l'obligeante entremise de MM. Forget et Boinet, tous deux membres de la Société de chirurgie, cette salle des séances où nous sommes installés aujourd'hui et où, tour à tour, siégent des sociétés remarquables à tant de titres : la Société de chirurgie, la Société de médecine des hôpitaux, la Société d'anthropologie et la Société d'hydrologie. Le but était atteint. La Société de médecine de Paris, la plus ancienne de toutes, avait enfin un domicile scientifique à elle, libre de toute attache officielle, et par cela même une existence indépendante. On eût dit vraiment que nos futurs collègues n'attendaient que ce signal pour venir nous lire, à l'appui de leur candidature, des mémoires d'une grande valeur scientifique, qui ont provoqué des rapports qui sont souvent des monographies. Vous vous rappelez, messieurs, le consciencieux travail de M. Lolliot, sur l'alcoolisme, considéré comme cause de paralysie générale, suivi du savant rapport de notre collègue Motet; le travail si intéressant et si pratique de M. Polaillon, sur la suture des tendons; celui de M. Chéron, sur la circulation cérébrale; celui de M. Camuset, sur la cataracte chez les alcoolisés; et les mémoires si bien fait de MM. Abadie, Lemoine, Dubuc et Beni-Barde.

L'élan était donné, et des confrères de province, de l'étranger, nous envoyèrent des travaux originaux considérables à l'appui de leur candidature au titre de *membres correspondants*. Vous vous souvenez du rapport de M. Aimé Martin, sur le mémoire de M. Bédoin, qui remettait de nouveau sur le tapis la fameuse question de la syphilis vaccinale, de celui de M. Duroziez, sur le travail de M. Blondel, de Raismes (Nord), sur les céphalcœmatômes. J'en omets et des meilleurs.

Des communications du plus haut intérêt ont occupé nos séances. Vous avez présentes à l'esprit celles de MM. Duchenne (de Boulogne) et Onimus, sur le rhéostat voltamètre, et sur d'autres questions qui touchent à l'électrothérapie. Celles de M. Duroziez sur la physiologie du cœur et sur les travaux de Friedreich, sur l'anatomie normale et pathologique de cet organe; les présentations de blessés, guéris par M. Reliquet, venant, par des exemples nouveaux, donner un nouvel appui à la chirurgie conservatrice.

Notre collègue M. de Saint-Germain nous a aussi entretenus de deux cas d'atrésie rectale, d'une opération d'anus artificiel, et d'une nouvelle méthode de laryngotomie au moyen du cautère actuel à travers sa membrane crico-thyroïdienne. Cette méthode, qui n'est pas encore arrivée à son degré de complète perfection, à sa période d'état, aurait l'énorme avantage de supprimer toute hémorrhagie. La question est encore à l'étude, et nous ne doutons par que notre collègue ne mène à bonne fin ce qu'il a si bien commencé.

A propos de son travail snr le traitement du mal de Pott, M. Gillebert Dhercourt a appelé l'attention de la société sur un lit nouveau de son invention, qui permet d'immobiliser le jeune sujet, de le tenir dans une propreté absolue, et de le transporter partout où l'on veut.

Par ce procédé d'immobilisation, notre collègue nous a cité des observations qui prouvent que ce moyen peut amener, dans un temps qui varie de un an à trois ans, des guérisons complètes.

M. Gillette vous a lu, messieurs, un mémoire sur une variété insolite de loupe du cuir chevelu et sur la nécessité de subordonner le choix de la méthode opératoire à la variété de loupe que l'on à traiter.

Une communication de M. Caudmont nous a valu, dans une de nos dernières séances, une exposition magistrale du procédé que M. Dolbeau a intitulé : lithotritie périnéale, et dans lequel sans ouvrir la vessie, mais en ouvrant seulement le col vésical et en le dilatant, il peut, par la voie périnéale, aller saisir des calculs volumineux, dans la vessie, les broyer sur place, et les extraire en une seule séance. Les résultats de cette méthode sont fort beaux, puisque, d'après la statistique de M. Dolbeau, il y aurait seulement un insuccès sur dix opérations.

J'ai voulu, seulement, messieurs, faire revivre dans votre esprit, par cet exposé sommaire et esquissé à grands traits, la physionomie de nos séances de l'année qui vient de finir. Elle a été riche en travaux de toutes sortes, et nous sommes obligés de restreindre la publication de certains mémoires de trop longue étendue ; mais ne nous plaignons pas de nos richesses et nos *Bulletins* pourront contenir l'exposé en entier de toutes les œuvres de longue haleine.

Messieurs et chers collègues, nous pouvons le dire hautement et avec la satisfaction la plus vive, jamais la Société de médecine de Paris n'a été plus prospère et n'a plus travaillé que pendant l'année 1873. Vos *Bulletins* en feront foi. Elle s'est donné pour collègues de jeunes médecins, actifs, laborieux ; quelques-uns ayant déjà un nom bien connu dans la science, dans l'enseignement, soit de la faculté, soit des hôpitaux, tous de grand savoir et de parfaite honorabilité. Les membres titulaires, élus dans le courant de cette année, sont au nombre de huit, ce sont : MM. de Saint-Germain, Lolliot, Polaillon, Camuset, Chéron, Abadie, Dubuc et Béni-Barde. Les membres correspondants : MM. Bédoin, Blondel, Bouyer, Gallez et Moncorvo de

Figuereido. Que nos nouveaux collègues soient les bienvenus et reçoivent ici nos cordiales félicitations.

Vous avez aussi, messieurs, conféré l'honorariat à un de nos membres titulaires que ses nombreuses occupations retiennent éloigné de nos séances, M. Oulmont; et vous avez voulu en inscrivant le nom de M. le docteur Foissac sur la liste des membres honoraires, donner à cet honorable confrère une marque de haute estime pour une vie passée tout entière dans l'étude de notre art, et dans la pratique du bien.

Aussi est-ce pleins d'espoir que nous pouvons envisager l'avenir, redoublons d'efforts, travaillons sans relâche, et prouvons, par nos œuvres sagement et longuement étudiées, que la Société de médecine de Paris, bien loin de déchoir, est entrée dans une phase nouvelle de prospérité inconnue jusqu'à ce jour.

Je ne veux pas terminer ma tâche sans exprimer les regrets que nous avons tous ressentis en apprenant la mort d'un de nos plus anciens collègues, M. Géry père. Depuis longtemps malade d'un catarrhe pulmonaire, M. Géry s'était retiré à Melun, pour jouir d'un repos qu'il avait si bien gagné, vous l'avez tous connu, messieurs, son assiduité à nos séances, sa parfaite honorabilité, son dévouement à tous ses devoirs l'avaient fait aimer et estimer de tous, et quand il nous a demandé de lui conférer l'honorariat, c'est qu'il se sentait frappé, et qu'il ne pouvait plus assister à nos réunions. Il n'a pas joui longtemps du repos qu'il avait cru trouver dans la retraite. Parti de Paris déjà malade, il s'est éteint à Melun, sentant ses forces décroître jour par jour, et ses souffrances augmenter. Il est mort, au reste, comme il avait vécu, bravement, stoïquement, au milieu de tous les siens. Il fut président de notre société, et je suis certain d'être votre interprète en disant que la Société de médecine de Paris gardera toujours un pieux souvenir de cet homme de bien. (*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Les Facultés de médecine en France (1).

Et, à l'appui de cette thèse alarmante, ceux qui se refusent à la création de facultés nouvelles montrent le triste spectacle que présentent la majorité des médecins d'Angleterre et surtout d'Amérique, et je parle de ceux-là mêmes qui ont pris leurs grades dans les nombreux établissements qui se font concurrence dans ces pays; ils citent la Prusse, la Bavière et les autres États allemands (sauf la Saxe), la Suisse (sauf quelques cantons), obligés de protéger la santé publique contre l'abaissement des études médicales par l'institution d'un examen d'état qui confère seul le droit d'exercer; puis, la Belgique suivant cet exemple, et appliquant l'examen d'état aux élèves des universités nationales comme à ceux des universités libres. Poussant même plus avant, ils en arrivent à rappeler la vanité du titre de docteur dans beaucoup de facultés étrangères, et la honte de ces diplômes délivrés par certaines universités allemandes ou autres, *in absentia* et pour une somme officiellement déterminée.

Nous écarterons d'un mot cette dernière crainte; rien ne nous autorise à faire à nos hommes de science et à nos médecins l'injure de la discuter. Mais si, laissant de côté des exagérations qu'il a bien fallu rapporter, nous examinons ces objections dans ce qu'elles ont de fondamental, il n'est que juste de déclarer qu'elles sont d'une grande valeur; nous-mêmes, dans la première partie de ce rapport, nous les avons invoquées pour signaler les inconvénients de nos petites écoles secondaires. Seulement, ici comme en tant d'autres questions, il s'agit moins de la rigueur des principes que de la mesure dans leur application.

A coup sûr, si toutes les villes de France qui ont l'importance générale de Montpellier ou de Nancy, obtenaient de vous une faculté de médecine, le danger qui vient d'être signalé serait imminent. Mais nous sommes simplement en présence de six demandes, faites par de grandes villes, et les craintes légitimes doivent être ainsi diminuées.

Cependant, messieurs, telle est la force des considérations que nous venons d'exposer sous forme d'objections, que, dans dans le sentiment de votre commission, ces craintes n'ont point été entièrement calmées. Elle a pensé, d'un accord unanime, que la majorité des demandes qui vous ont été faites doivent être écartées, ce rejet ne devant être cependant ni complet ni définitif.

Elle a craint de bouleverser, d'un seul coup, toute l'habitude de notre organisation médicale; elle a considéré comme imprudent, débutant dans une voie nouvelle, d'aller du premier élan jusqu'à l'extrémité de cette voie; elle a voulu faire enfin œuvre durable et créer tout d'abord des établissements dont la prospérité matérielle et intellectuelle fût absolument assurée; elle s'est préoccupée exclusivement de donner une satisfaction suffisante à l'intérêt général et s'est émue de la crainte de compromettre l'investiture de l'État sur des établissements dont la fortune immédiate est l'objet d'illusions où les vanités locales sont trop souvent complices des intérêts locaux.

La commission, dans son étude, a rencontré une difficulté nouvelle, dont quelques personnes ont voulu faire une objection fondamentale, et qui n'a bien évidemment qu'une valeur relative. Une enquête délicate et approfondie sur les questions les plus difficiles à étudier, à résoudre et à exposer, sur les questions de personnes, lui a montré que les professeurs des facultés nouvelles ne seraient pas tous faciles à recruter. Sans doute, les chaires de clinique, de pathologie, de thérapeutique, de pharmaceutique, trouveront dans les praticiens des grandes villes des titulaires à la hauteur de leurs fonctions nouvelles; mais il n'en saurait être de même, sauf quelques rares exceptions, pour l'enseignement des sciences fondamentales: physique, chimie, histoire naturelle, physiologie, histologie.

Ces sciences sont les degrés qu'il faut gravir pour arriver sur le terrain solide et élevé où doit être édifié l'enseignement médical: de la valeur scientifique des hommes qui occuperont ces chaires dépendra le niveau intellectuel de la faculté et de ses élèves. Or le nombre de ces futurs professeurs est certes très-restreint dans le sein de nos écoles comme en dehors d'elles, et il a paru impossible à votre commission d'y trouver le personnel nécessaire à l'organisation des six facultés demandées, personnel qui ne pourrait comprendre moins de cent professeurs.

Pour ces diverses raisons, et pour d'autres que lui a révélées une étude minutieuse des conditions présentées par les six villes dont elle avait à examiner la requête, conditions que nous allons bientôt exposer avec détails, votre commission a cru devoir réduire à deux les facultés nouvelles.

Ce n'est pas que ce nombre ait rallié l'unanimité complète. Une de nos honorables collègues, basant son opinion en partie sur les considérations qui précèdent, en partie sur des raisons d'un tout autre ordre, a été d'avis qu'il devrait suffire de créer une seule faculté; cette faculté donnerait, selon lui, satisfaction à tous les besoins signalés dans les chapitres précédents, si on la plaçait dans une des grandes villes de l'Ouest, à Bordeaux ou à Nantes.

Mais cette opinion n'a pas trouvé d'écho. Votre commission, s'attachant tout spécialement à l'examen des objections sé-

(1) Suite. — Voir les numéros des 19, 21, 26, 28, 30 mai, 2, 4, 9, 11 et 20 juin 1874.

rieuses qui ont été plus haut développées, pense fermement ne pas leur donner prise en maintenant le nombre de deux facultés; en agissant ainsi, elle est absolument convaincue qu'elle ne risque nullement de compromettre le niveau des études médicales ni celui de l'enseignement supérieur des sciences.

Elle ose même aller plus loin et exprimer sans hésitation, sinon sans émotion, la pensée que ces créations nouvelles, bien loin d'amoindrir cette source sacrée de laquelle découlent et la richesse et la puissance intellectuelle des peuples, en augmenteront l'abondance et l'influence salutaire. Quelques mots suffiront pour motiver ce légitime espoir.

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

140. Savreux. De la névralgie lombo-abdominale consécutive aux inflammations périutérines.
141. Barbelet. Essai sur les troubles vésaniques dans la fière typhoïde.
142. Troisier. Recherches sur les lymphangites pulmonaires.
143. Defois. Étude anatomo-physiologique sur les vaisseaux sanguins de l'intestin grêle.
144. Byasson. Essai sur les causes des dyspepsies et sur leur traitement par l'eau minérale de Mauhourat (à Cauterets), avec une nouvelle analyse de cette eau.
145. Guénel. Étude sur les frictions mercurielles dans le traitement des formes graves de la syphilis.
146. Grangé. Des symptômes de la tuberculisation chez les enfants et de leur valeur séméiologique.
147. Audibert. Des varices œsophagiennes dans la cirrhose du foie.
148. De Roquetaillade. Étude sur la coexistence dans les états généraux graves de l'endocardite et de l'ictère.
149. Aubertin. Essai sur les kystes dentaires.
150. Roux. Étude historique et critique sur l'irritation spinale.
151. Vacqueret. Pyoémie à marche excessivement longue à la suite d'un panaris.
152. Lagrange. Contribution à l'étude de la sclérodermie avec arthropathies et atrophie osseuse.
153. Guillaumin. Considérations sur la dacryocystite.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort d'un de nos confrères les plus distingués de la presse médicale, M. le docteur Chaillou, décédé le 20 juin 1874, dans sa soixante-huitième année.

— *Hôpital Saint-Jean de Bordeaux.* — Le concours ouvert le 15 juin pour une place de chirurgien adjoint, s'est terminé par la nomination de M. le docteur de Lagarde.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, lauréat de l'Institut, médecin de Bicêtre et du dépôt de la Préfecture. — Un fort vol. gr. in-8° de 1278 pages. — L'ouvrage est aujourd'hui complet. — 1874. — Paris, A. Delahaye, éditeur, pl. de l'École-de-médecine.

St-George's hospital reports, edited by John W. OGLE and Timothy HOLMES. — Vol. VI, 1871-1872. — London, J. A. Churchill, New Burlington street, 1873. — 8 vo.

A Manuel of the operations of surgery, by Joseph BELL, F. R. C. S. Endink, Lectures on surgery, etc. — Third edition, revised et enlarged. — Illustrated. — 1874, Edinburg, Maclachlan et Stewart; London, Robert Hardwicke.

On Megrin, sick-hadache, and some allied disorders: a contribution to the pathology of nerve-storms, by Edward LIVEING, M. D. Cantab. Hon. Fellow of King's College, London, etc. — London, 1873, J. and A. Churchill, New Burlington street. — 8 vo. with coloured plate.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. — Toutes ces thèses se trouvent chez M. Coccoz, libraire-éditeur, 30, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Ce qui contribue peut-être le plus à retarder les progrès de la médecine, c'est la facilité étrange avec laquelle on s'isole dans le présent, remettant sans cesse en question ce qu'avaient fait sortir du doute les enseignements du passé.

On se le disait aujourd'hui à l'Académie en écoutant la très-curieuse revue rétrospective de M. Le Roy de Méricourt sur l'usage de l'ammoniaque contre la morsure de vipère.

Après les remarquables expériences de Fontana, dans le siècle dernier, après ses travaux devenus classiques, on devait croire que désormais il ne pourrait plus être question d'injecter dans les veines de l'ammoniaque en guise d'antidote contre le venin du serpent.

Pourtant on a préconisé ce même moyen en Australie ; on l'a de nouveau expérimenté dans l'Hindoustan, où il s'est trouvé complétement inefficace ; et voilà qu'on recommence à le préconiser en France même.

Il semble que jamais on ne doive manquer d'expérimentateurs pour travailler à remonter le rocher de Sisyphe.

Mais on comprend que l'Académie se garde bien d'encourager leur zèle en nommant une commission pour assister à leurs efforts.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC

Syphilis gommeuse, précoce et réfractaire à l'iodure de potassium (1).

Les principales circonstances de cette observation justifient le titre que je lui ai donné. Ne s'agit-il pas, en effet, d'une *syphilis gommeuse ?* Remarquez que je ne dis pas *syphilide*, et voici pourquoi : c'est que l'affection à laquelle M. Bazin a donné ce nom est une manifestation de la maladie constitutionnelle qui siége primitivement dans un des éléments de la peau, les glandes sudoripares (hydrosadénite syphilitique), d'où elle s'étend aux parties adjacentes.

Chez mon malade, au contraire, les productions gommeuses, depuis la première jusqu'à la dernière, ont occupé d'abord, sous une forme diffuse ou circonscrite, le tissu conjonctif sous-cutané, et ce n'est qu'ultérieurement qu'elles ont envahi la peau. Elles ont présenté, pendant toute la durée de leur évolution, le caractère typique de ce que tous les auteurs ont décrit sous le nom de *gomme*. Enfin, si l'on en excepte la petite roséole qui a suivi de près l'accident primitif, elles ont constitué, à elles seules, pendant trois ans et demi, la seule manifestation de la maladie. La syphilis s'est donc traduite, dès le début, et à peu près exclusivement, sous une de ses formes les plus caractéristiques, la forme gommeuse, qu'elle a gardée jusqu'à son extinction.

Un autre caractère bien étonnant de cette syphilis, c'est sa résistance à toutes les médications dont l'infaillibilité, en pareil cas, est presque consacrée. Et certes, chez notre malade, l'organisme paraissait assez riche en éléments sains, assez largement pourvu de forces réactives pour qu'il fût permis d'espérer que les agents thérapeutiques y développeraient, dans toute sa plénitude, leur influence curative. Il n'en a rien été. L'iodure de potassium, ce spécifique par excellence des manifestations vraiment diathésiques de la syphilis, n'a pu ni prévenir, ni guérir ces tumeurs gommeuses. Elles ont surgi de tous les côtés et évolué malgré lui. Sauf une ou deux, toutes ont subi la dégénérescence régressive qui les a conduites fatalement à la liquéfaction ulcérative, etc.

Un fait aussi exceptionnel mérite donc, à tous égards, d'être étudié et commenté.

I.

Hypothèse de la pluralité des virus syphilitiques. Elle est inadmissible et n'explique pas les formes exceptionnelles de la maladie constitutionnelle. — Variété des formules symptomatiques chez les individus infectés par un même virus. — Les caractères de la syphilis chez le sujet infecté ne dépendent point d'une manière absolue des caractères de la syphilis chez le sujet infectant.

Or la première chose qu'il faut rechercher en pareils cas, c'est l'ensemble des conditions étiologiques qui ont imprimé à la syphilis la physionomie si particulière qu'elle a présentée pendant toute sa durée.

Il serait curieux de savoir quels accidents syphilitiques a éprouvés la femme qui a infecté notre malade. Malheureusement, la confrontation n'a pas été possible. Quand on se trouve

(1) Suite. — Voir les numéros des 11, 18 et 23 juin 1874.

en face de ces formes exceptionnelles et irrégulières de la syphilis, on est tenté d'admettre que le virus qui les produit possède des qualités spéciales. Carmichaël croyait à la pluralité des virus, et il supposait que chacun d'eux ne devait donner lieu qu'à une série de phénomènes toujours identiques à eux-mêmes, indépendamment des conditions de temps, de lieu, et de terrains organiques, etc., etc. Une pareille hypothèse ne peut se soutenir que si l'on envisage la syphilis dans ses formes et ses manifestations les plus communes et les plus vulgaires. Dans la plupart des cas, en effet, on trouve une grande analogie entre la syphilis du sujet infectant et celle du sujet infecté. Ce sont toujours, dans les premières phases, quelques éruptions cutanées diffuses, superficielles et légères, des plaques muqueuses, des douleurs vagues, une perturbation peu profonde et fugace des principales fonctions organiques, etc., etc.

Mais cette répétition monotone de la même formule symptomatique ne s'observe pas toujours. Ainsi deux individus puisant la syphilis à la même source éprouveront quelquefois des accidents très-dissemblables comme forme, comme évolution, durée, gravité, résistance aux agents thérapeutiques, etc., etc. On voit des syphilis se transformer, en passant d'un organisme dans un autre; de légères, devenir graves, et réciproquement, ou se traduire par des manifestations si différentes qu'on serait tenté, au premier abord, de contester le lien de parenté si étroit qui les unit. Ces faits, qui n'ont peut-être pas été recherchés et étudiés avec assez de soin, détruisent toutes les théories qu'on voudrait élever sur les transmissions parallèles des mêmes séries d'accidents, et sur leur génèse au moyen de virus empreints chacun d'une assez puissante individualité pour la conserver intacte en traversant tant d'organismes.

S'il est permis de raisonner d'après des probabilités, il y a donc tout lieu de croire que la syphilis de la femme qui a infecté notre malade n'a pas eu le caractère insolite de gommes apparaissant vers le troisième mois de la maladie constitutionnelle. Le virus était, sans doute, un virus syphilitique ordinaire qui ne portait point en lui les germes spéciaux de tel ou tel ordre de manifestations, mais qui était apte à les toutes faire éclore, suivant la nature du terrain qui le recevait.

II.

Difficulté de déterminer les conditions physico-pathologiques de l'organisme, qui impriment à la syphilis telle ou telle manière d'être. — Cachexie du début de la syphilis. — Son influence sur l'apparition des formes graves de la maladie. — Contraste dans un grand nombre de cas, entre la gravité de l'état général et la bénignité des manifestations locales.

Si l'hypothèse d'une certaine spécificité du virus syphilitique est inadmissible pour expliquer la syphilis gommeuse précoce, il en faut chercher les causes dans les conditions physico-pathologiques de l'organisme qui l'a conçue. Mais pour être ainsi restreinte, la question pathogénique n'en est pas plus facile à résoudre. On y répond par le mot idiosyncrasie, et tout est dit. C'est bien, en effet, par la vertu d'une disposition toute spéciale de l'économie que la syphilis a revêtu cette forme.

En quoi consiste cette disposition? Quelques traces la révélaient-elles avant l'infection? Sur quels signes auraient-on pu se fonder pour la prédire? Chaque fonction en particulier s'exécutait régulièrement; par leur harmonie, elles constituaient un état de santé à peu près irréprochable. Les organes étaient intacts. Il n'existait aucun vestige de maladie constitutionnelle héréditaire ou acquise. Tous les éléments morbides étaient latents et seraient restés tels indéfiniment si le virus syphilitique, après sa diffusion, ne les avait suscités et mis en œuvre.

Et remarquez qu'il n'a pas été besoin pour cela d'une longue incubation; à peine l'organisme était-il imprégné de la cause morbifique que les productions gommeuses, si tardives d'habitude, ont poussé de tous les côtés, avec les mêmes caractères que celles qui surviennent dix, vingt, trente ans après l'accident primitif, dans les syphilis les plus invétérées.

Cette disposition occulte avait-elle besoin, pour produire des effets si inusités et si précoces, d'une perturbation générale des fonctions organiques, d'une sorte d'état cachectique semblable à celui qu'on observe dans les syphilis malignes ou pendant la période vraiment constitutionnelle de la maladie? Je ne le pense pas, et voici pourquoi : dans beaucoup de cas, surtout chez les femmes, la santé générale est profondément troublée par l'éclosion des premiers accidents. Ces sortes de syphilis, sans altérer les organes essentiels à la vie, sans donner lieu immédiatement à des lésions graves, etc., modifient les conditions normales de la vie plastique au point de jeter les malades dans une cachexie prématurée. Il semble que chaque molécule organique se nourrit et fonctionne suivant un mode pathologique qui met toute l'économie dans les conditions d'opportunité les plus favorables aux développements des morbiformations spécifiques les plus profondes et les plus graves. Eh bien, qu'arrive-t-il la plupart du temps? c'est que les manifestations matérielles de la maladie constitutionnelle sur les tissus se bornent à des syphilides légères et superficielles, et à des plaques muqueuses qui, par leur bénignité, contrastent d'une manière frappante avec la gravité de l'état général.

Aussi, pour en revenir à notre malade, je dirai que la cachexie qui a suivi l'apparition des premiers accidents n'a joué qu'un rôle à peu près nul, ou du moins très-accessoire, dans la pathogénie des tumeurs gommeuses. Elle n'a fait que traduire l'impression morbide ressentie par l'organisme pendant que s'opérait rapidement, dans son sein, la première prolifération du virus syphilitique. Par son invasion hâtive, ses allures de maladie subaiguë, ses périodes d'augment, d'état et de décroissance, elle appartenait bien plus à la phase virulente qu'à la phase constitutionnelle de la syphilis. Il faut la considérer comme un effet plutôt que comme une cause. Et ce qui prouve bien qu'il en est ainsi, c'est que les premières tumeurs gommeuses, survenues au moment où tous les phénomènes de la cachexie avaient atteint leur plus haut degré d'intensité, ont été suivies de nouvelles poussées pendant la convalescence de la cachexie, immédiatement après sa guérison, et plus tard, lorsque le malade fut revenu, malgré les manifestations incessantes de la syphilis, à des conditions de santé à peu près normales. Les gommes m'ont toujours paru très-peu influencées par les variations de l'état général. Elles avaient l'air de vivre d'une vie propre, autonomique, qui se suffisait à elle-même et n'avait rien à gagner ou à perdre au mauvais ou au bon fonctionnement de la machine organique.

N'est-ce pas un phénomène curieux que la vigueur, l'épanouissement, la prospérité inaltérable de certaines manifestations syphilitiques, quel que soit, du reste, le niveau de la santé au moment où elles se développent?

De même que la plasticité générale peut être profondément viciée et descendre au plus bas degré de l'activité organique sous l'influence du virus syphilitique, sans qu'il existe aucune lésion visible, de même, au milieu des désordres locaux les plus graves, on voit quelquefois les actes vitaux conserver

toute leur énergie et sortir intacts des poussées syphilitiques les plus menaçantes.

Ces considérations pathogéniques exigeraient de plus amples développements. Je me borne à les énoncer parce qu'elles s'appliquent rigoureusement au cas dont j'ai relaté l'histoire. Malheureusement elles sont négatives plutôt que positives, puisqu'elles ne peuvent nous démontrer pourquoi, chez ce malade, la syphilis a revêtu d'emblée la forme gommeuse, au lieu de se traduire par cette série de manifestations cutanées et muqueuses qui constituent la première phase de la maladie constitutionnelle dans la grande majorité des cas.

(*A suivre.*) CHARLES MAURIAC.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Tumeur de la cloison nasale, enlevée par mobilisation de la sous-cloison.

Par le docteur LERICHE (de Mâcon).

Le 19 avril 1873, une religieuse de Feillens (Ain) se présenta à moi avec une tumeur occupant symétriquement les deux faces de la cloison nasale. L'affection avait débuté trois ans auparavant avec une certaine gêne de la respiration et du nasonnement de la voix; la malade s'était aperçue depuis deux ans environ qu'une petite tumeur occupait le côté gauche de la cloison. Les phénomènes qui en résultaient augmentant d'intensité, elle recourut successivement à deux médecins qui, l'un et l'autre, cautérisèrent au nitrate d'argent la partie malade, la dernière fois en août 1872; depuis lors, l'obstruction des narines augmenta encore, et bientôt on découvrit une nouvelle tumeur à droite.

A mon premier examen, je constatai qu'une adhérence, suite des cautérisations antérieures, unissait, au niveau du vestibule, l'aile de la narine gauche à la partie moyenne de la cloison par l'intermédiaire de la tumeur, oblitérant ainsi l'orifice dans les trois quarts de son étendue, pour ne lui laisser qu'un étroit pertuis en avant. A droite, la production morbide, un peu allongée d'avant en arrière, mesurait environ 15 millimètres sur 10, faisant une saillie de 4 à 5 millimètres; des deux côtés, le tissu néoplastique s'arrêtait à un demi-centimètre environ du bord libre de la sous-cloison.

La malade m'était adressée de Lyon par mon maître, M. Delore, chirurgien titulaire de la Charité qui avait été consulté et s'était prononcé pour la nécessité d'une opération, mais qui me laissait le choix entre la cautérisation et l'ablation.

La cautérisation avec la pâte de Canquoin eût pu être exécutée assez facilement à droite; mais l'adhérence du côté gauche nécessitait l'emploi de l'instrument tranchant; il me parut donc plus simple d'agir franchement par diérèse.

Il était difficile de se prononcer sur la nature de la tumeur : si j'écartais le carcinome en présence du développement, en l'absence d'envahissement ganglionnaire, et en considération de l'âge du sujet, qui paraissait ne pas avoir dépassé quarante ans, j'hésitais entre le sarcome et le myxome. Mais, d'une part, le myxome siége plus souvent du côté des cornets que sur la cloison; d'autre part, la tumeur occupant symétriquement les deux côtés de la cloison, il était rationnel de craindre que celle-ci ne fût envahie dans son épaisseur; en tout cas, si l'on avait pu la respecter, on pouvait craindre que la lame ostéo-cartilagineuse, dénudée par ses deux faces sur une assez grande étendue, ne vînt à se nécroser, et que l'élimination du séquestre ne retardât longuement la guérison. Enfin, du côté gauche, au niveau de l'adhérence, on pouvait prévoir certaines difficultés pour empêcher que l'aile du nez, avivée par la destruction des brides, ne se soudât de nouveau avec la cloison, si celle-ci était conservée.

Pour toutes ces raisons, je crus préférable d'enlever la portion de cloison comprise dans la tumeur, ce qui, du reste, était une garantie de plus contre les chances de récidive.

L'opération fut pratiquée le 21 avril. J'éthérisai ma malade; puis, afin d'agir plus à l'aise, je mobilisai la sous-cloison nasale de la façon suivante :

Je décrivis deux incisions qui, portant chacune d'un côté de la sous-cloison, venaient se croiser sur la lèvre supérieure; le V ainsi obtenu fut détaché, par sa face profonde, avec des ciseaux courbes, qui, du même coup, entamèrent le cartilage jusqu'au niveau de la tumeur. Un second coup de ciseaux, parallèle au bord libre de la cloison, mobilisa celle-ci, restée adhérente par son extrémité antérieure; je la rejetai à droite, et, du côté gauche, j'abrasai avec le bistouri la paroi externe du vestibule pour détruire les adhérences; puis, saisissant avec des pinces la partie à enlever, je pus achever de la circonscrire avec deux coups de ciseaux courbes, l'un en avant, l'autre en arrière.

J'introduisis le petit doigt dans chaque narine pour m'assurer si j'avais tout enlevé; je découvris encore, sur le côté gauche de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, un petit bourgeon qui ne présentait pas d'adhérence avec la paroi externe; je l'enlevai avec un petit coup de rugine.

Replaçant alors mon V labial, je le suturai avec des fils métalliques fins à l'endroit où je l'avais détaché; la sous-cloison se trouva ainsi remise en place au-dessous d'une perte de substance circulaire pratiquée dans la cloison.

L'hémorrhagie était peu considérable, je l'arrêtai du reste en touchant au perchlorure le pourtour de la brèche et la petite surface dénudée sur le côté gauche de la lame perpendiculaire; puis je fis un tamponnement de précaution en avant seulement, et prescrivis une potion calmante.

Examen des tissus enlevés. — La tumeur, de consistance molle, s'est écrasée sous la pince. Les débris sont trop petits pour qu'on puisse y pratiquer des coupes en vue d'un examen micrographique, mais le suc visqueux qu'on en extrait par la pression donne les réactions chimiques de la mucine : c'était donc un myxome. La dégénérescence est limitée à la muqueuse; le cartilage est sain, ainsi que deux petits fragments osseux enlevés avec lui. Malgré cela, je ne me repens pas du mode opératoire que j'ai choisi, car il a été simple, rapide, et ne donnera probablement lieu à aucune déformation extérieure du nez.

Les suites furent simples : le pansement consistait en injections nasales et en tamponnements que je supprimai au bout de quatre jours pour tapisser l'intérieur des narines avec une feuille mince d'étain, en vue d'empêcher les adhérences cicatricielles entre les parois. La cicatrisation fut complète au huitième jour.

Quant à la suture labiale, j'enlevai les fils le lendemain de l'opération, et je couvrais la lèvre d'un linge colladionné pour la protéger contre les liquides qui coulaient des narines; malheureusement, le collodion étant sans cesse décollé par cet écoulement constant, et les lèvres de la suture commençant à s'enflammer par l'effet de la macération, je dus renoncer à ce pansement au bout de quatre ou cinq jours; je recommandai simplement à la malade d'essuyer fréquemment l'entrée des narines pour absorber les liquides, et de tenir sa lèvre constamment couverte de poudre de riz, ce qui réussit rapidement.

Le 4 mai, la guérison était complète; c'est à peine s'il restait sur la muqueuse un peu de suintement catarrhal, qui était tari le 8. Le V labial restait encore un peu gonflé.

J'ai rencontré mon opérée à la fin de novembre : le lambeau s'est parfaitement affaissé, et le tégument présente à ce niveau la même coloration que sur le reste de la lèvre; le V cicatriciel est imperceptible, très-bien dissimulé par les bords de la fossette qui creuse le milieu de la lèvre supérieure. Les narines sont parfaitement libres. Il n'y a pas le moindre affaissement du dos du nez, malgré la perte de subtance de la cloison, qui, du reste, ne peut être découverte que par un examen attentif.

Il y a aujourd'hui plus d'un an que l'opération a été pratiquée, et j'ai tout lieu de croire que la guérison s'est maintenue.

NOUVEAU MODE DE RÉUNION DES PLAIES D'AMPUTATION

ET DE QUELQUES AUTRES GRANDES PLAIES

par le docteur Azam, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine de Bordeaux, correspondant de la Société de chirurgie de Paris (1).

En août 1873 j'ai exposé au congrès de l'association française pour l'avancement des sciences, tenu à Lyon, les idées que je vais développer ici ; mais on m'a fait observer avec raison qu'elles n'étaient pas appuyées sur des observations suffisamment précises. Je viens aujourd'hui combler cette lacune, apporter des faits et des applications nouvelles, et faire appel au contrôle et à l'expérimentation de mes collègues de Paris.

Guérir les amputés le plus sûrement et le plus rapidement possible est la préoccupation de tous les chirurgiens. L'occlusion ouatée de M. J. Guérin a réalisé une partie de ce désir; mais, par cette méthode même, les amputés attendent pendant quarante ou soixante jours une guérison définitive que le mode de pansement suivant fait obtenir dans un espace de temps qui varie de dix à vingt-cinq jours. Je n'insisterai pas sur l'importance de cette rapidité qui soustrait, mieux que tout autre moyen, les opérés à des chances désastreuses, surtout par les grands hôpitaux hantés par l'érysipèle, l'infection purulente, la pourriture, etc.

Voici les faits. Après leur narré succinct j'exposerai et je discuterai la méthode.

I. — Le 17 mars 1870, j'ampute la cuisse d'un homme de vingt-cinq ans, entré dans ma clinique de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, pour une tumeur blanche du genou, compliquée d'ostéo-myélite de la partie inférieure du fémur. L'amputation est faite très-haut dans le tiers supérieur par la méthode à lambeaux égaux. Drainage profond, suture profonde enchevillée par deux points avec fils d'argent. Suture superficielle entortillée par vingt-deux épingles.

Le surlendemain sortie des épingles, la réunion superficielle est complète.

Pansement à l'alcool tous les deux ou trois jours. Le huitième jour, enlèvement de la suture profonde. Le treizième jour, le drain est enlevé, chute des ligatures. Au 1er avril, la guérison est presque complète, occlusion ouatée, légère compression du moignon, cinq jours après toute suppuration a disparu, et la guérison est définitive le vingt et unième jour.

Il est survenu chez ce malade des complications générales qui ont leur importance. Au quinzième et au seizième jour, frissons violents qui ne se renouvellent pas. Quatre jours après nouveau frisson. Érysipèle léger de la face.

Ces accidents n'ont pas entravé la guérison du moignon, mais l'ont probablement retardée.

Le 16 avril, la guérison étant complète, trente jours après l'opération, le malade présente au milieu de la fesse, du côté opéré, une collection purulente de la dimension d'une orange. Il en refuse absolument l'ouverture. Vingt jours après, cette collection avait disparu par résorption du pus. L'abcès était-il la manifestation externe d'une infection purulente indiquée par les deux premiers frissons? On pourrait le supposer.

II.— Le 10 novembre 1871, un homme de trente-cinq ans, d'une excellente constitution, est apporté dans ma clinique de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, salle 11, lit 34, pour un écrasement d'un pied et de ses deux malléoles. Quinze heures après l'accident, amputation de la jambe au lieu d'élection par la méthode à lambeaux. Drainage profond, suture profonde enchevillée par deux points avec fils d'argent, suture superficielle entortillée par quinze épingles. J'enlève les épingles le troisième jour. Chute des ligatures et ablation du drain le dixième. Le onzième jour, la guérison est complète, le malade se lève.

III. — Homme, vingt-six ans, jardinier, de faible constitution, entre le 1er avril 1870 pour être traité d'une tumeur blanche tibio-tarsienne droite.

Le 14 avril. — Amputation de la jambe au lieu d'élection, par la méthode à lambeaux externe et postérieur. Drainage profond, suture enchevillée profonde des lambeaux avec fils d'argent, par deux points. Suture entortillée de la peau par quinze épingles.

Deux jours après, premier pansement. Le moignon est très-tuméfié, relâchement des sutures profondes, cependant la réunion de la peau est complète, et les épingles peuvent être enlevées, sauf les deux épingles extrêmes.

Le quatrième jour, deuxième pansement. Lymphangite légère de la cuisse, mais cette complication n'a pas de suite ; la réunion paraît complète dans toute l'étendue du moignon, les sutures profondes sont enlevées. La suppuration s'écoule facilement par le drain. Le 22, la suppuration a beaucoup diminué ; trois jours après, le onzième jour après l'opération, chute de toutes les ligatures et sortie du drain; légère compression et occlusion par un pansement ouaté. La guérison est désormais complète et le lendemain le malade se lève.

IV. — Homme, trente ans. Tumeur blanche du genou gauche, amputé de la cuisse à la partie inférieure, par M. Lanelongue, suppléant de clinique en mai 1870.

Drainage profond, double suture. Pansements rares. La réunion de la peau et des lambeaux est complète après quinze jours, sauf un trajet fistuleux qui persiste au milieu du moignon. Ce trajet fistuleux donne issue, après plus d'un mois, à une rondelle osseuse provenant de l'extrémité inférieure du fémur nécrosé.

V. — Femme, cinquante-six ans. Mauvaise constitution. Tumeur tibio-tarsienne.

Amputée le 20 mai 1871, par M. Lanelongue, professeur suppléant de clinique.

Les artères sont ossifiées. Drainage profond, suture enchevillée par deux points.

Sept jours après, les sutures et les ligatures sont enlevées, et l'adhérence des lambeaux paraît solide. Le dixième jour les lambeaux se détachent peu à peu et les plaies d'entrée du drain se recouvrent d'une matière grise pultacée qui a les plus grands rapports avec la pourriture d'hôpital. Cet accident, dû à une contagion impossible à établir, amène sept jours après la mort de la malade.

VI. — Homme, quarante-cinq ans, constitution délabrée, entre à la salle 11, n° 8, en février 1870, pour être soigné d'un énorme ulcère circulaire avec hyperostose du tibia.

L'état général du malade est très-mauvais, le teint subictérique, les urines très-albumineuses et les parois du ventre œdématiées ; cependant le 2 juillet, sur les instances du malade, il est procédé à l'amputation de la cuisse à la partie inférieure. Deux lambeaux, drainage profond, double suture.

Le 4. — Premier pansement, les épingles sont enlevées, sauf les deux extrêmes.

La tuméfaction est nulle, les muscles du moignon inertes. Pansement à l'alcool ; régime tonique. Quatre jours après le malade succombe à l'aggravation des accidents généraux qu'il présentait avant l'opération.

L'autopsie démontre une dégénérescence amyloïde très-avancée du rein gauche.

État du moignon : la peau est cicatrisée par première intention, les lambeaux sont légèrement agglutinés. Sur le trajet du drain la suppuration commençait à s'établir.

VII.— Homme, soixante-cinq ans, marin. Forte constitution, entre le 16 avril 1870, salle 11, lit 29, pour un broiement complet de la partie inférieure de la jambe.

L'amputation est pratiquée d'urgence par le chef interne, M. Budon.

Les artères sont très-ossifiées, les veines, très-variqueuses, donnent beaucoup de sang et il est nécessaire de lier la veine tibiale postérieure. Drainage profond, double suture, mais les muscles demeurent flasques et le moignon livide. Le malade est très-déprimé. Pansement à l'alcool ; potion stimulante. Trois jours après, premier pansement. Le moignon tuméfié laisse écouler une grande quantité de

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 27 mai 1874.

sanie d'une odeur suspecte, aucune adhérence n'existe, les sutures sont enlevées et les lambeaux séparés par de la charpie alcoolisée. Dans la nuit du 21, frissons; le 22, délire; les frissons se répètent; mort le 1er mai. A l'autopsie, phlébite de la veine crurale et de la saphène, pas d'abcès métastatique.

VIII. — Homme, quatre-vingt-un ans, journalier, constitution délabrée, atteint depuis longtemps d'une hypertrophie du foie, porte une fistule intestinale dans l'aine gauche, entre, salle 11, n° 8, pour être soigné d'une tumeur blanche du genou.

Amputation de la cuisse, le 18 mai 1871, au tiers moyen. Même mode de réunion.

Le 31, enlèvement des épingles, la suture de la peau paraît solide. Le 2 juin, la suppuration est peu abondante, mais le moignon est très-tuméfié. Relâchement des sutures profondes. Pansement ouaté. Le 6, les sutures profondes sont enlevées, l'adhérence paraît suffisante; le soir, frisson violent de deux heures. Le lendemain 7, la cicatrice de la peau a cédé en plusieurs points, et pendant les jours suivants les adhérences se détruisent, et l'infection purulente se caractérise. Le malade meurt le 16 avril, le dix-huitième jour après l'opération.

A l'autopsie, la veine fémorale est pleine de pus. Abcès métastatiques du poumon.

IX. — Homme, cinquante ans, bonne constitution, salle 11, lit 18. Tumeur blanche d'une articulation tibio-tarsienne.

Amputé le 20 mai 1870, par M. Lanelongue, me remplaçant en qualité de suppléant de clinique.

L'opération est faite au lieu d'élection, à lambeaux, drainage profond, double suture.

Deux jours après l'opération, la suture superficielle étant solide, enlèvement des épingles. Le cinquième jour, sortie de la suture enchevillée. Le septième jour, chute des ligatures, sortie du drain. Pansement compressif à la ouate, le douzième jour la guérison est complète, et le malade sort de l'hôpital six jours après.

X. — Homme, vingt ans, salle 11, n° 8, tempérament lymphatique, tumeur blanche du genou.

Amputé de la cuisse le 20 octobre 1872, par M. Girard, professeur suppléant de clinique.

Drainage profond, double suture.

Ce fait est l'un des plus remarquables, le malade n'a pas eu de fièvre, et trois pansements seulements ont été nécessaires; la suppuration a été peu abondante, et la guérison était complète le dixième jour. Seize jours après l'opération, le malade quittait l'hôpital.

XI. — Jeune fille, vingt ans, bonne constitution, salle 3, n° 15, tumeur blanche du genou.

Le 15 janvier 1873, je lui fais l'amputation de la cuisse, à la partie inférieure par la méthode à lambeaux égaux, drainage profond, double suture.

Le troisième jour, sortie des épingles de la suture entortillée, sauf les eux épingles extrêmes, le sixième jour deuxième pansement, gonflement des lambeaux, relâchement de la suture profonde, la malade a eu à peine la fièvre, les ligatures tombent le neuvième jour. Deux jours après, la suppuration paraît terminée, et il est indiqué d'enlever le drain et la suture profonde. Occlusion et compression par le bandage ouaté, la malade se lève, et le quatorzième jour la guérison est complète. Malheureusement, dans les premiers jours de la convalescence, la malade fait une chute sur le parquet, l'extrémité du moignon porte sur le sol. Il survient un abcès profond qui s'ouvre tardivement et laisse un trajet fistuleux dont la cicatrisation s'est fait attendre plus de deux mois. Rentrée à l'hôpital pour une autre cause, elle a été montrée, le 11 octobre 1873, à M. le professeur Verneuil, qui a pu constater la bonne conformation de son moignon.

XII. — Femme, cinquante ans, mauvaise constitution, entre à l'hôpital Saint-André pour une tumeur tibioplastique ulcérée de la plante du pied.

Le 20 février 1873, j'ampute la jambe au lieu d'élection, à lambeaux, drainage profond, double suture.

Deux jours après l'opération survient une hémorrhagie secondaire qui détruit le tiers inférieur de la réunion de la peau et compromet l'adhérence des lambeaux à la partie inférieure du moignon. Pansements rares, légère compression avec occlusion pour entretenir les lambeaux en contact, les sutures profondes sont conservées jusqu'au dixième jour, le drain jusqu'au vingtième, le vingt-cinquième jour seulement la guérison peut être considérée comme complète.

Nous ferons remarquer le retard apporté dans la guérison par l'hémorrhagie secondaire. Là est un enseignement que nous ferons ressortir plus tard. (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 juin 1874. — Présidence de M. DEVERGIE.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Herrgott, professeur à la faculté de Nancy, qui sollicite le titre de membre correspondant;

2° Deux notes relatives, l'une à l'essai de l'iodure de potassium, l'autre à la recherche des arséniates dans les sels alcalins et alcalino-terreux, par M. Lepage, pharmacien à Gisors;

3° Une lettre accompagnant l'envoi d'un pli cacheté, par M. le docteur Bourguignon. (Accepté.)

PRÉSENTATION

M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Feuvrier, médecin major en mission au Monténégro, deux observations de morsures de vipères, traitées avec succès par des injections intraveineuses d'ammoniaque.

COMMUNICATION

M. LE ROY DE MÉRICOURT. Une des expériences de M. Oré a trait à l'injection d'ammoniaque dans les veines, contre la morsure de vipère. Cette pratique soulève deux questions : 1° celle de l'efficacité des ammoniacaux contre le venin des reptiles; 2° celle de l'opportunité de choisir ce mode d'administration pour l'ammoniaque.

La première question est depuis longtemps discutée. Déjà dans le siècle dernier, Fontana, dans ses belles études sur le venin de la vipère, s'est élevé avec énergie contre l'opinion, assez générale de son temps, que les morsures de serpent étaient guéries par l'ammoniaque. Il a fait toute une série d'expériences, desquelles il résulte que l'ammoniaque ne diminue en rien la nocuité du venin des reptiles. Soit qu'on l'injecte dans les veines, soit qu'on l'administre à l'intérieur, soit qu'on le mélange avec le venin avant d'inoculer celui-ci, il lui laisse toute la puissance de son action. Fontana expliquait comment avait pu se répandre une opinion contraire, par le fait que, dans nos pays, la morsure des vipères ne tue presque jamais un homme adulte. Du moment donc où l'on employa l'ammoniaque comme antidote, on crut avoir guéri ceux qui n'étaient pas morts. Peut-être même Fontana s'exagérait-il l'innocuité de la morsure de vipère; il admettait à peine un cas de mort sur cent. Pourtant on connaît des faits célèbres d'accidents graves produits par cette morsure. Entre autres le cas du frère de Gerdy, qui n'éprouva, du reste, aucun bénéfice de l'usage de l'ammoniaque *intus et extra*.

Dans son *Traité de toxicologie générale*, Orfila avait adopté pleinement l'opinion de Fantana, et l'on était à peu près fixé sur l'inefficacité complète de l'ammoniaque, lorsqu'en 1869 M. le docteur Alfort, médecin d'Australie, préconisa de nouveau l'ammoniaque, non-seulement contre la morsure des reptiles, mais contre le choléra et plusieurs autres maladies. Les reptiles d'Australie sont très-différents de ceux d'Europe. Leurs espèces sont jusqu'à présent mal déterminées. Il est difficile de savoir quel est le danger de ceux auxquels M. Alfort a eu affaire.

C'est aux Indes qu'il faut aller pour trouver des serpents qui tuent, non plus en quelques heures ou quelques jours (de six heures à neuf jours), comme les serpents d'Europe, mais en quelques minutes. Un médecin distingué de l'Hindoustan a, dans un remarquable travail sur

les serpents de ce pays, donné les chiffres de la mortalité qu'ils causent. Ces chiffres s'élèvent par an à vingt et un mille en moyenne. Eh bien, l'ammoniaque s'est trouvée absolument inefficace contre la morsure des serpents indiens. Là aussi on l'a essayée de toutes les manières, même par injection intraveineuse, et cela sans aucune espèce de résultat avantageux.

Ainsi les faits cités par le docteur Alfort sont contredits par ceux qui ont expérimenté dans l'Inde, et cependant ce sont ceux-là qui, rapportés dans une thèse de Paris, ont inspiré tant M. Oré que M. Feuvrier.

Il faut, du reste, rendre cette justice à M. Oré que, plus prudent que tous les autres expérimentateurs qui l'avaient précédé dans cette voie, il n'a pas injecté dans les veines l'ammoniaque encore concentrée, mais en l'étendant de quatorze fois son poids d'eau.

Nous en arrivons à la seconde question. Alors même qu'il serait parfaitement établi, ce qui n'est pas, que l'ammoniaque puisse avoir une certaine action contre les virus, faudrait-il l'injecter dans les veines ? Je ne le pense pas. Comme on a toujours devant soi un certain nombre d'heures lorsqu'il s'agit d'une morsure de vipère, il serait infiniment plus simple d'introduire une solution ammoniacale par la méthode hypodermique, si l'on ne pouvait pas la faire prendre à l'intérieur par suite de vomissements, etc.

Mais, je le répète, il ne s'agit pas de chercher les meilleures voies d'introduction pour l'ammoniaque. Lorsque quelqu'un a été mordu par un serpent, il faut, s'il se peut, détruire le venin sur place par le fer rouge ou par quelque caustique qui produise une escarre dure (l'ammoniaque en produit une molle, et par conséquent, ne vaut rien comme caustique). Il faut aussi par la succion, la ligature, etc., attirer le venin au dehors et en retarder l'absorption.

Enfin, à l'intérieur, il faut administrer les alcooliques, qui se sont montrés dans notre pays, comme dans l'Inde, infiniment plus efficaces que l'ammoniaque pour soutenir les forces et empêcher la mort.

M. LARREY. Nous avons déjà reçu plusieurs communications sur les injections intraveineuses ; nous en recevrons encore d'autres. Je propose de nommer une commission spéciale pour les examiner.

La proposition de M. Larrey, mise aux voix, n'est pas adoptée.

M. ROBIN. A ma connaissance, la morsure de vipère n'est jamais mortelle. Tous les ans, mes deux chiens de chasse sont mordus par quelque vipère, ils ont souvent des accidents graves, l'un d'eux a toujours de l'hématurie ; il faut les rapporter chez moi, ils sont très-malades pendant quelques jours, puis ils guérissent sans remèdes ; il en est de même des hommes, qui, mordus, viennent me consulter, et auxquels je fais croire qu'ils prennent quelque chose, alors que je ne leur donne aucun remède. En ce qui touche le mélange de venin et d'ammoniaque, je fais mes réserves, car tous les venins sont acides : placés sur la langue ou sur les lèvres, ils produisent un gonflement assez rapide et assez notable. Sur la langue, une douleur très-vive, toute particulière.

M. LABOULBÈNE. Je ne partage pas entièrement l'opinion de M. Robin sur la parfaite innocuité de la morsure de vipère. J'ai lu la relation d'accidents graves survenus après cette morsure, mais je repousse l'idée d'injecter, en ce cas, de l'ammoniaque dans les veines, et je crois qu'il faut s'en tenir aux cautérisations sérieuses, aux ligatures et à l'emploi de l'alcool.

M. RUFZ DE LAVIZON. Les morsures de serpents sont, le plus souvent, traitées, non par des médecins, mais par des *panseurs*. Or ces *panseurs* sont un fléau plus grand que les serpents eux-mêmes. Leur présenter comme efficace un nouveau moyen de nuire est un très-grand danger. Il faut donc condamner d'une manière formelle les injections intraveineuses.

M. BOUILLAUD. La morsure de vipère peut amener la mort. J'en ai vu un exemple à Metz.

M. LE ROY DE MÉRICOURT. L'Algérie et les colonies sont encore la France. Or en Algérie, les morsures de vipères sont des plus dangereuses. Il serait bon de rédiger à leur sujet une instruction spéciale.

M. ROBIN. J'ai dit que les morsures de vipère ne causaient pas la mort, mais elles occasionnent des accidents graves dont on ne guérit jamais complétement avant six semaines. Pendant tout ce temps, il y a des troubles digestifs, de la tendance à la syncope, parfois des hématuries. J'en ai vu deux cas chez des hommes.

RAPPORT

M. DELPECH lit un rapport sur la préparation du coton iodé par M. le docteur Méhu, pharmacien de l'hôpital Necker.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Depaul, Delpech, Chauffard, Larrey et Bouvier, le vote sur les conclusions de ce rapport est remis à la prochaine séance.

A quatre heures et un quart, l'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Les Facultés de médecine en France (1).

Si les nouvelles facultés de médecine sont placées dans de bonnes conditions de prospérité matérielle et intellectuelle, dans des contrées où leur soit assurée une nombreuse population d'étudiants, au sein de villes riches et capables de fournir aux recherches scientifiques les moyens d'action qui leur sont indispensables, au contact d'établissements d'enseignement supérieur qui entretiendront le culte de la science pure, il arrivera nécessairement ce que nous voyons se présenter à Paris. C'est à savoir que les étudiants en médecine apporteront aux hommes de science ce qui leur manque dans toutes nos facultés, des auditeurs, des disciples, et bientôt à leur tour deviendront leurs émules. Il se formera, grâce au recrutement de cette jeunesse nombreuse et déjà instruite, des écoles scientifiques provinciales ; la vie reviendra aux amphithéâtres déserts, l'ardeur aux professeurs découragés ; le mouvement scientifique, le mouvement intellectuel général se ranimera dans ces villes où tant de jeunes intelligences en action seront réunies, et où l'on a vu jusqu'ici tant de professeurs distingués lutter dans l'isolement contre l'indifférence.

Tel serait l'effet direct et immédiat de la création de facultés nouvelles ; cette mesure ne peut manquer d'en entraîner un autre, non moins favorable, bien que d'une manifestation plus tardive. Dans l'état actuel des choses, les étudiants qui suivent les cours et prennent les grades dans les facultés de médecine sont presque tous de futurs médecins praticiens ; il en est tout autrement dans les facultés de droit, où la licence est obtenue par nombre de jeunes gens qni n'ont nullement l'intention de se faire avocats.

En un mot, l'étude du droit est considérée comme un complément de l'éducation et des humanités, tandis que l'étude de la médecine est presque toujours exclusivement professionnelle. Les causes de ceci sont multiples : mais parmi elles se place incontestablement la rareté des facultés de médecine, comparée à la multiplicité des facultés de droit.

L'expérience récente de Bordeaux l'a encore une fois montré : là où vous placez une faculté nouvelle, là naissent, bien plus nombreux qu'on ne l'aurait supposé, des étudiants nouveaux. Dans les nouvelles facultés de médecine, le même effet se produira, et il y viendra des élèves qui ne travailleront pas dans la vue exclusive et étroite de l'apprentissage professionnel, mais qui viendront subir la forte et difficile éducation médicale, celle qui, suivant l'expression de Bacon, « donne le courage de remuer toutes les pierres dans la nature ». On ne peut nier que ce ne soit un grand avantage pour l'élévation générale du niveau intellectuel et l'affermissement de la raison publique.

(1) Suite. — Voir les numéros des 19, 21, 26, 28, 30 mai, 2, 4, 9, 11, 20, 23 et 25 juin 1874.

Mais, pour atteindre ce but, il est nécessaire que la faculté soit bien placée, que l'enseignement théorique supérieur y soit largement et complétement représenté. Il conviendra, et c'est là un vœu sur lequel nous insisterons plus loin, d'agrandir ces petites facultés des sciences où un seul professeur succombe sous le poids de l'enseignement de la chimie tout entière, de la géologie et de la botanique ensemble. Et non-seulement nous devrons rechercher pour nos facultés de médecine le contact des facultés des sciences, mais celui des facultés des lettres et des facultés de droit, afin que les connaissances humaines dans ce qu'elles ont de plus élevé, connaissances qui sont solidaires les unes des autres dans leur développement, puissent, par leur enseignement simultané, s'entr'aider dans la recherche commune du vrai, du beau, du juste; afin qu'une émulation généreuse soutienne les professeurs; afin que leur personnel nombreux, constituant dans la ville comme une sorte d'institut consacré au culte de la science désintéressée, y acquière bien vite sur l'opinion publique une autorité légitime; afin que les jeunes gens, se destinant aux professions diverses, agrandissent par leur fréquentation quotidienne le champ de leurs études et de leurs désirs, et sentent en eux se réveiller les aptitudes véritables, si bien qu'un jour puisse venir enfin où il suffise de quelques articles de loi, ou même de quelques règlements, pour donner à ces facultés d'une même ville une cohésion plus intime entre elles, une autorité plus efficace dans la gestion de leurs affaires, pour constituer en un mot ces centres universitaires dont tant d'esprits libéraux ont, après Royer-Collard, Cousin, Thénard, le duc de Broglie père, etc., signalé les avantages, réclamé la création.

Ces considérations suffisent pour vous prouver, messieurs, que votre commission, dans l'étude de la question qui lui était soumise, s'est préoccupée non-seulement des nécessités qui sont du domaine propre de la médecine, mais des exigences supérieures de la science et de la grandeur intellectuelle de notre pays. Les objections qui viseraient cet intérêt suprême devraient recevoir de la détermination que nous vous proposons de prendre toutes les satisfactions légitimes.

Reste maintenant à savoir dans quelles villes nous placerons nos deux facultés nouvelles. *(A suivre.)*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Grimaldi (Toussaint-Archange) est nommé premier aide d'anatomie à la faculté de médecine de Montpellier pour une période de deux ans.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Bleynie (Pierre), professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est autorisé à se faire suppléer dans son cours par M. Bleynie (Francis), docteur en médecine, médecin adjoint de la Maternité.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Robert est nommé préparateur de chimie et pharmacie.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 27 juin 1874, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° lecture du procès-verbal de la précédente séance; — 2° communication de M. Gillebert d'Hhercourt sur la topographie et la climatologie d'Enghien-les-Bains; — 3° Vote sur la candidature de M. Charpentier au titre de membre titulaire.

— A céder, pour cause de santé, un très-bon poste médical dans le bassin de la Loire. — Pays agricole et industriel. — Traitement fixe 1,500 francs. — Prix de cession 6,000 fr. (Revenu très-atténué de l'année.) — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies de l'oreille, nature, diagnostic et traitement, par le professeur JOSEPH TOYNBEE, avec un supplément par JAMES HINTON, chirurgien auriste à Guy's Hospital, traduit et annoté par le docteur G. DARIN. — 1 vol. in-8°, avec 99 figures dans le texte. — Prix : 8 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Manuel médical des eaux minérales, par M. E. LE BRET, médecin-inspecteur honoraire des eaux de Baréges, président de la Société d'hydrologie médicale de Paris, etc. — 1 vol. in-12 cart. — Prix : 6 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

La Pierre dans la vessie, avec indications spéciales sur les moyens de la prévenir, ses premiers symptômes et son traitement par la lithotritie, par WALTER J. COULSON, chirurgien à Saint-Peter's Hospital, pour la pierre et les autres maladies des voies urinaires, traduit de l'anglais par le docteur HENRI PICARD. — 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De la paralysie du nerf radial, par le docteur CHAPOY. — In-8°. — 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Revue clinique. Laryngopathies, Classification, Statistique, par M. le docteur MOURA. — In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Traitement de l'uréthrite chronique chez la femme par l'eau de Contréxeville, par le docteur DEBOUT D'ESTRÉES, médecin inspecteur. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'iode dans la syphilis et en dehors d'elle.

Nous ne sommes pas près de voir poindre le jour où les notions de pathologie et les notions de thérapeutique seront assez complètes les unes et les autres et s'accorderont assez bien entre elles pour qu'il ne soit plus téméraire de juger une maladie d'après le succès d'une médication.

Le vieil adage : *Naturam morborum ostendunt curationes* est, de notre temps, d'une application très-exceptionnelle ; généralement on ne croit plus comprendre d'une manière satisfaisante pourquoi ni comment un remède peut agir alors qu'il guérit.

Sur bien des points, la science en est encore réduite à cet état que la sagesse antique exprimait par ces mots : « Je sais que je ne sais pas. »

Savoir qu'on ne sait pas, c'est déjà quelque chose ; c'est posséder assez d'éléments de connaissance pour ne plus se contenter des premières théories qui viennent à l'esprit, pour apercevoir les motifs d'hésitation et d'incertitude. C'est être déjà sur la route de la science vraie.

Ceux qui ne savent pas observer, comparer, réfléchir, ceux qui aiment à se borner aux premières notions, toutes superficielles, et les érigent en systèmes, tous ceux-là ne doutent jamais.

Il ne doutait pas ce Thessalus, dont Galien parle si souvent, et qui se vantait de former un médecin en six mois par sa division dichotomique des maladies. Et notre Broussais, doutait-il? et le Virchow des Allemands, son émule, son imitateur, sinon son plagiaire?

Au contraire, le praticien proprement dit doute sans cesse. Il agit vite alors qu'il sait qu'il ne faut pas perdre le temps en hésitations vaines, alors qu'il faut saisir l'occasion fugace; mais, tout en agissant, il garde ses inquiétudes et il surveille le médicament qu'il a prescrit.

Combien de fois n'arrive-t-il pas, en effet, que dans une maladie aiguë, un médicament très-rationnel en apparence et parfaitement indiqué d'après l'opinion générale produit des effets diamétralement opposés à ceux qu'on en attendait?

Combien de fois aussi n'arrive-t-il pas quelque chose de très-analogue, même dans les maladies chroniques et diathésiques ? Combien de fois, même alors, les moyens employés en qualité de spécifiques, ceux dont l'action utile semble le mieux établie par l'expérience générale, ne se montrent-ils pas dépourvus de cette action dans un cas donné ?

On avait voulu diviser la syphilis en plusieurs périodes, et ne réserver le mercure qu'aux plus récentes, employant l'iode dans les autres. Eh bien, tous les jours il arrive que le mercure guérit des accidents tertiaires absolument rebelles à l'action des iodures.

Nous en avons vu récemment encore un très-bel exemple chez une malade couchée dans le service de M. Damaschino, et qui, atteinte depuis deux ans d'une syphilis des plus graves, couverte de plaies et de gommes de la tête aux pieds, les os du crâne dénudés et se nécrosant de toutes parts, a vu toutes ses plaies se fermer et toutes ses tumeurs se fondre avec une rapidité surprenante, par le seul emploi des préparations mercurielles.

J'ai vu bien d'autres cas dans lesquels le mercure a guéri d'anciennes tumeurs de nature syphilitique ; tandis que les iodures restaient absolument inefficaces.

En revanche, dans d'autres cas où l'on n'aperçoit pas trace de syphilis, l'iode jouit d'une activité incontestable et non moins rapide que dans les accidents tertiaires les plus nettement caractérisés.

En voici un récent exemple, à ajouter à un grand nombre que nous avons déjà donnés :

Il s'agit d'une jeune fille, entrée le 7 mai dernier dans le service de M. Martineau, pour un gonflement douloureux des avant-bras, des cous-de-pied et des genoux.

Cette jeune fille, âgée de dix-sept ans, sans profession, demeurant avec sa famille, n'avait jamais eu de rapports avec aucun homme, et l'on a eu beau l'interroger et l'examiner avec un grand soin, il a été complétement impossible de découvrir le moindre indice de quelque affection vénérienne. Jamais elle n'a eu de bouton ni de croûtes, ni d'écorchure, soit à la vulve, soit aux lèvres, soit au nez, jamais d'écoulement vaginal, verdâtre, ni jaune, ni même incolore; jamais d'éruption d'aucune sorte, jamais elle n'a vu ses cheveux tomber. On ne trouve pas de ganglions développés dans les aines, ni dans les régions cervicales. La gorge est bien intacte. Les parents sont en bonne santé et n'ont jamais été malades.

Il n'est donc pas probable qu'il faille attribuer à des antécédents syphilitiques les accidents dont cette malade se plaint aujourd'hui.

On tendrait plutôt à songer au vice scrofuleux, car cette jeune fille, d'un blond fadasse, a le nez épaté, la lèvre supé-

rieure un peu grosse ; elle raconte avoir eu des maux d'yeux assez tenaces vers l'âge de sept ou huit ans. Menstruée un peu tard et assez mal, elle n'a pas vu apparaître ses règles depuis huit mois.

C'est quelque temps après le dérangement de la menstruation qu'elle a commencé à souffrir dans l'avant-bras du côté gauche. Jamais jusqu'alors elle n'avait eu la moindre douleur dans les membres ou dans les articulations. En même temps, elle voyait un gonflement se produire sur la face postérieure de l'avant-bras, en remontant à partir de l'articulation du poignet. Pourtant, cette articulation elle-même était indemne, tous les mouvements s'exécutaient facilement et sans souffrance. Les parties gonflées devinrent bien moins douloureuses au bout d'une quinzaine de jours ; mais le gonflement persista.

Tout ceci se passait vers le mois de novembre. L'avant-bras gauche était alors seul affecté. Deux mois après, l'avant-bras droit se prit à son tour. Au voisinage de l'articulation du poignet, il se fit un gonflement, qui fut le siége de douleurs vives pendant une quinzaine de jours, et qui persista depuis lors. Deux mois plus tard, ou environ, la jambe droite fut atteinte. Mais cette fois les articulations étaient en cause. Le genou, ainsi que le cou-de-pied, devint douloureux et gonfla, mais sans rougeur ni chaleur notable. La marche cessa d'être possible pendant cinq à six jours. Puis les douleurs articulaires se calmèrent, ayant duré, comme les autres, environ deux semaines, et ici, comme aux avant-bras, il resta de l'enflure. Vers la même époque avaient paru quelques douleurs très-passagères vers l'articulation de l'épaule gauche, et d'autres douleurs sans gonflement le long de la face interne du tibia. Dans les derniers temps se produisirent de véritables crises douloureuses siégeant dans tous les points gonflés et durant environ un jour. Durant ces crises, le gonflement n'augmentait ni ne diminuait, les parties affectées ne rougissaient pas. En outre, ce genre de douleurs qui avait apparu d'abord dans le tibia, s'était étendu à d'autres os et commençait à revenir de plus en plus souvent, surtout la nuit. C'était même là un argument pour interpréter tout cet ensemble d'accidents par la syphilis, car les douleurs ostéocopes et leur retour pendant la nuit sont des caractères bien connus de cette affection. Mais dans le rhumatisme ordinaire, dans la sciatique, dans la goutte, etc., en dehors de toute syphilis, n'arrive-t-il pas fréquemment que les exacerbations de douleurs soient surtout nocturnes ?

On explique ce fait par la chaleur du lit : et en effet, chez un syphilitique dont nous a parlé M. Martineau, des habitudes de noctanbulisme avaient rendu diurnes les mêmes douleurs.

Quoi qu'il en soit, voici dans quel état la jeune malade en question s'était présentée à l'hôpital.

A l'avant-bras gauche, un gonflement étendu, indolore au moins à l'état de repos, occupait toute la moitié inférieure de la face postérieure. Ce gonflement était, pour ainsi dire, composé de plusieurs parties. D'abord il semblait que les os eux-mêmes, particulièrement le radius vers son bord externe, étaient augmentés de volume ; là on sentait à la pression une résistance plus grande et une dureté comme osseuse. Quand ensuite on voulait saisir les parties molles qui se composent de la peau, des extenseurs, etc., on constatait une sorte d'empâtement général qui eût rendu assez difficile la distinction de toutes ces parties. La peau n'était pas mince et ne se pinçait pas comme dans la partie correspondante de l'avant-bras droit. Plus profondément, on croyait sentir un gonflement des gaînes tendineuses, peut-être des tendons et des muscles eux-mêmes. Cependant tous les mouvements, soit d'extension, soit de flexion, des différents doigts et du poignet, s'exécutaient bien et sans douleur ; ils ne produisaient pas de frottements sonores, ni de craquements : on ne devait donc pas songer à une synovîte ou à une tenosite. Il y avait une certaine douleur à la pression sur les points gonflés.

A l'avant-bras droit, la question se présentait beaucoup plus simple, car le gonflement, occupant la face externe du radius tout près de l'articulation radio-carpienne, se rattachait à une périostite chronique.

Des deux côtés, les articulations tibio-tarsiennes étaient empâtées, avec coloration normale ; les mouvements n'y étaient du reste très-douloureux que par moments. Mais la marche était fatigante et pénible, d'autant plus que les deux genoux, surtout le gauche, étaient aussi gonflés et empâtés ; autour de la rotule, la peau et les tissus paraissaient épaissis. Il n'y avait pas de fluctuation dans le genou gauche ; à peine trouvait-on un peu de liquide dans le genou droit.

Au cœur, bruit de souffle chlorotique, au premier temps, à la base, et se prolongeant dans les vaisseaux du cou. Les muqueuses sont pâles, en effet, et sur la lèvre supérieure on trouve cette *pâleur sous-nasale* que M. Guéneau de Mussy place au premier rang parmi les signes de l'anémie.

On prescrivit d'abord un régime tonique, macération de quinquina, pyrophosphate de fer, huile de foie de morue, bains arsenicaux et préparations arsenicales à l'intérieur, etc., sur les points gonflés, badigeonnages de teinture d'iode, ouate iodée.

Au bout d'un mois, loin d'aller mieux, la malade se trouvait plus mal ; les douleurs étaient plus intenses, plus continues ; elles ne cessaient plus entièrement durant le jour ; et, durant la nuit, elles mettaient obstacle au sommeil.

Ce fut alors qu'on commença à employer l'iodure de potassium à l'intérieur (50 centigr.). Dès le troisième jour, les douleurs nocturnes avaient cessé ; en même temps, le gonflement avait diminué dans toutes les parties affectées, à la fois.

Aujourd'hui l'empâtement a presque disparu à la face postérieure de l'avant-bras gauche ; la peau s'est détachée des parties sous-jacentes ; on sent distinctement le gonflement du radius, et, à côté de lui, un autre gonflement, beaucoup moins dur, qu'on tend à rapporter aux muscles. La marche est devenue facile ; les genoux et les cous-de-pied ont déjà presque repris leur forme ; l'exostose surajoutée au bord extrême du radius droit a sensiblement diminué.

Certes il est peu de cas qui puisse autant prêter à un diagnostic après coup, basé sur la médication et le résultat obtenu.

Il serait facile de dire que les débuts de la syphilis passent souvent inaperçus, particulièrement chez les femmes ; que ses modes d'introduction sont divers, parfois innocents ; que des personnes peu attentives peuvent ne pas remarquer des éruptions fugaces, si fugaces parfois qu'elles échappent à l'œil des plus soigneux ; que l'absence de ganglions, par elle-même, ne prouve rien, car la chaîne ganglionnaire peut disparaître avec le temps, après l'infection, sans que pourtant le poison morbide soit éliminé de l'économie. Et puis, quelle confiance avoir dans les récits d'une malade qui, volontairement, par honte, ou inconsciemment, par oubli, par ignorance, peut tromper ?

Ce fut avec des arguments de cette espèce que l'on parvint à nier pendant si longtemps la contagion des accidents secondaires ou tertiaires. On supposait toujours le contact possible de quelque accident primitif, et, dans les cas les plus probants, avec infiniment d'esprit, un maître que chacun connaît mettait les rieurs de son côté.

Depuis quelque temps on en est à se demander, au con-

traire, si l'on n'a pas beaucoup trop grossi le bilan de la syphilis.

On n'aime plus autant à raisonner *a posteriori*, à dire, par exemple : « L'accident primitif pouvant seul donner la vérole, de ce que nous voyons la vérole, nous pouvons conclure qu'il y a eu une communication d'accident primitif. »

Ou bien encore : « Parce que la vérole produit, assez souvent, telle ou telle forme d'accidents, parce que, assez souvent, l'iode guérit cette forme en pareil cas, nous pouvons conclure avec assurance que cette forme était de nature syphilitique lorsque l'iode l'aura guérie. ».

Ce serait vrai si nous avions de véritables antidotes, qui atteignent une entité, et elle seule.

Mais il est loin d'en être ainsi.

Les moyens les mieux indiqués agissent par un mécanisme beaucoup plus complexe. Ils ne prennent pas corps à corps, molécules à molécules, le principe morbide qu'il s'agit de combattre ; ils agissent d'abord, et surtout, sur le corps malade. Le corps était influencé par un élément étranger, qu'on ne neutralise point en lui, directement, en général, mais dont on neutralise les effets désastreux en influençant l'économie d'une autre manière.

C'est d'après cette donnée juste qu'on a créé toute une classe de médicaments *altérants*, c'est-à-dire changeant quelque chose aux conditions dans lesquelles s'accomplit la vie organique. Pour être complétement exact, il aurait fallu donner ce nom à peu près à tous les remèdes et à toutes les maladies ; car, tous, ils *altèrent*, en bien ou en mal, plus ou moins, le fonctionnement de cet ensemble qui constitue un petit monde et se conserve par lui-même. L'être vivant est à la fois le plus indépendant et le plus dépendant de tous les êtres ; indépendant dans ses lois essentielles, dans l'essence même et le principe de la création ou réparation autonome de ses tissus, de ses solides et de ses liquides ; mais dépendant en fait, en ce qu'il suffit de peu pour modifier profondément son fonctionnement, et, par suite, ses actes créateurs eux-mêmes.

Ce petit monde harmonieux n'est pas centralisé au point que telle partie y exerce un gouvernement despotique ; mais il est tellement bien relié, tellement cohérent que l'ensemble peut être troublé tout entier par le trouble apporté dans la moindre partie. C'est ce qu'ont bien mis en lumière les études récentes sur les phénomènes réflexes et sur ce qu'on a appelé la *pathologie de la cellule*.

Où commence et où se termine l'action de l'iode et du mercure ? Il faudrait d'abord le savoir pour conclure *a posteriori* de son activité ; et l'on ne le sait pas.

Jusque-là on agit un peu en aveugle. On tâtonne, on cherche. Et parce que l'iode et le mercure sont parfois nuisibles, au lieu d'être utiles, dans des maladies incontestablement syphilitiques, il est des médecins qui nient absolument leur utilité incontestable dans la majorité des cas de syphilis.

Érythème papuleux symptomatique.

Nous avons annoncé des cas d'érythèmes papuleux symptomatiques, qui ne se rattachent en rien aux érythèmes idiopathiques papulo-noueux, et qui peuvent compliquer un rhumatisme, par exemple.

Voici le résumé succinct d'un fait de ce genre :

Le 27 mai dernier, entrait à la Charité, salle Saint-Basile, n° 13, service de M. Rigal, une femme de vingt-quatre ans qui, après une grossesse normale et un accouchement très-heureux, avait voulu nourrir.

Elle était donc nourrice depuis cinq mois, et s'était portée jusque-là très-bien, lorsque, quinze jours environ avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise de douleurs vives dans les épaules, puis dans les jambes. Bientôt les jambes furent le siége exclusif de ces douleurs, qui se localisèrent surtout dans les genoux et dans les articulations tibio-tarsiennes. Malgré ces douleurs, la malade pouvait encore marcher, mais difficilement. En outre, elle se sentait faible et un peu abattue. La gêne de la marche augmentant, et l'état général s'aggravant, elle se décida à entrer à l'hôpital.

Elle ne présentait alors pas de fièvre, les articulations gonflées n'étaient pas rouges ni très-chaudes, ni très-douloureuses à la pression. Le genou droit contenait un peu de liquide, et le genou gauche un peu plus ; les cous-de-pied étaient empâtés. Les mouvements lents et douloureux y étaient encore possibles dans une certaine mesure. Toutes les autres articulations étaient indemnes.

Aucun bruit de souffle au cœur le jour de l'entrée, un peu de rhume depuis trois jours.

Les seins se gonflèrent et devinrent douloureux les jours suivants, il s'alluma de la fièvre, le rhume augmenta. Le 3 mai on constata un souffle léger, au premier temps, à la pointe du cœur, et un autre à sa base ; en même temps apparaissait un peu de diarrhée et un certain état d'hébétude. Cette sorte d'état typhique s'accentua les jours suivants, ainsi que les bruits de souffle cardiaque ; la bronchite avait augmenté. Le 5 juin le poignet se prit, la température monta à 39°4, le facies devint plus abattu, et devant l'aspect vraiment typhique de la malade, on put songer à une endocardite ulcéreuse.

Cet état persista, à peu de chose près le même, bien que la fièvre eût diminué, jusqu'au 15 juin, jour où se produisit une tuméfaction phlegmoneuse de la fosse iliaque gauche.

C'est dans ces conditions que le 17 juin apparurent une éruption généralisée d'urticaire et en même temps des plaques papuleuses bien caractérisées qui siégeaient surtout aux avant-bras, sur les poignets vers les siéges d'élection des mêmes plaques compliquant un érythème noueux, idiopathiques.

Ces plaques s'effacèrent en moins de trois jours, le phlegmon de la fosse iliaque se dissipa presque aussi vite, et depuis lors cette malade alla toujours de mieux en mieux.

Il ne se fit aucune autre poussée de plaques papuleuses.

Ainsi le symptôme était bien le même que dans l'érythème noueux, fièvre essentielle ; mais la marche de l'éruption était dissemblable autant que possible. Dr Victor Revillout.

NOUVEAU MODE DE RÉUNION DES PLAIES D'AMPUTATION ET DE QUELQUES AUTRES GRANDES PLAIES

par le docteur Azam, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine de Bordeaux, correspondant de la Société de chirurgie de Paris (1).

XIII. — Homme, soixante-huit ans, bonne constitution, entre le 17 avril 1872, dans la clinique de M. Denucé, pour une tumeur blanche du genou.

Le 3 mai, amputation de la cuisse à la partie moyenne, à deux lambeaux, les artères sont athéromateuses, la veine fémorale a dû être liée. Drainage profond, suture enchevillée par deux points, suture entortillée, dont les épingles sont remplacées, séance tenante, par des brins de charpie collodionnée. Le lendemain légère hémorrhagie qui ne détruit pas les sutures. Deux jours après, premier pansement à l'alcool, de même les jours suivants. Vers le sixième jour, l'état général devient mauvais, l'adynamie se caractérise, la

(1) Suite. — Voir le numéro du 25 juin.

suppuration s'exagère et devient infecte, le malade succombe le onzième jour après l'opération, dans la prostration, sans avoir présenté les signes de l'infection purulente.

A l'autopsie on reconnaît que la suture superficielle s'est maintenue, et les lambeaux sont encore adhérents. Cependant les orifices par lesquels passaient les fils d'argent de la suture enchevillée sont ulcérés.

Aucune trace de phlébite ni d'abcès métastatique.

XIV. — Femme, trente-cinq ans, de faible constitution, entre dans la clinique de M. Denucé, en décembre 1872, pour une tumeur blanche du poignet.

Amputation à la partie inférieure de l'avant-bras, le 31 décembre 1872, par la méthode à manchette, avec incisions latérales, drainage profond, pas de suture enchevillée, suture superficielle à épingles remplacées, séance tenante, par des brins de charpie collodionnée.

Sortie du drain et des ligatures, le douzième jour, le dix-septième jour la guérison est complète.

XV. — Homme, dix-huit ans, bonne constitution, anévrysme cirsoïde de la main et du poignet.

Amputé en ville par M. Denucé, en novembre 1873.

L'amputation est faite à la partie moyenne de l'avant-bras par la méthode à manchette, avec deux incisions latérales.

Drainage, suture superficielle avec des épingles, remplacée séance tenante par des brins de charpie collodionnée, la suture profonde est inutile.

La guérison est complète le seizième jour.

XVI. — Homme, cinquante-six ans, mauvaise constitution, entre dans mon service pour une tumeur blanche du genou. Ce malade présente des accidents cérébraux qui font craindre la présence d'une tumeur dans le cervelet. L'amputation, bien que nécessaire, est longtemps différée; cependant les accidents cérébraux s'étant amendés, cette opération est faite le 9 novembre 1873.

Amputation de la cuisse à la partie moyenne. Deux lambeaux, suture profonde, drainage.

Deux jours après le 11, premier pansement; les sutures profondes sont relâchées, et bien que l'adhésion de la peau paraisse accomplie, les épingles sont laissées en place. Ce pansement est fait devant M. le professeur Verneuil, qui peut constater l'excellent état du malade et la conformation du moignon.

Deux jours après, toutes les épingles sont enlevées, pansement ouaté.

Le 17, j'enlève les sutures profondes. Il s'est fait, au niveau de la quatrième épingle inférieure, un petit abcès de la grosseur d'une noix; il est superficiel, et son ouverture n'entraîne pas la destruction des sutures; la suppuration, peu considérable, du reste, s'écoule par la partie inférieure du drain. Les jours suivants, la suppuration est presque nulle, et les fils à ligature tombent, sauf le principal, qui est celui de l'artère fémorale. Celui-ci ne se détache que le 30, et le drain est enlevé le même jour. Légère compression sur le bandage ouaté; la guérison est complète le vingt et unième jour.

La chute tardive du fil de la fémorale a fait attendre la guérison. Il est certain que, sans cette complication, le malade eût été guéri huit à dix jours plus tôt.

Du reste, ce retard s'explique. J'ai le souvenir que l'artère fémorale avait été coupée dans l'anneau du troisième adducteur, et que l'anse qui l'ulcéra contenait une certaine quantité de tissu fibreux.

Ici je ferai une remarque qui a, je crois, son importance. En ôtant le drain, je l'ai fendu, et j'ai examiné le pus qu'il contenait; tout le calibre était absolument rempli par un pus homogène, épais et crémeux. Ce pus, sans nulle odeur, ne présentait aucun caractère de putridité; en un mot, il était en tout semblable à celui qui, sortant des profondeurs du tissu cellulaire ou du sein, n'a pas encore subi le contact de l'air.

Je me propose, à la première occasion, de rechercher au microscope s'il contient ou non les éléments animaux qui dénotent la putridité. D'après les caractères extérieurs, je ne saurais le croire. L'absence de putridité du pus n'est certainement pas étrangère à la rapidité de la guérison et au petit nombre d'accidents qui suivent les opérations faites par cette méthode.

XVII. — Enfant de dix ans, amputé de l'avant-bras par M. Labat, chirurgien de l'hôpital des Enfants, pour une tumeur blanche de l'articulation du poignet.

Suture enchevillée par un point; suture entortillée par une dizaine d'épingles. L'affrontement est complet, sans drainage, et la guérison par première intention tentée. La réussite est complète. Le malade est guéri le cinquième jour après l'opération.

XVIII et XIX. — M. Labat me communique verbalement deux faits d'amputation de jambes pour causes traumatiques.

Les deux malades ont guéri du douzième au quatorzième jour, sans accident, par les combinaisons du drainage profond et de la double suture. Déjà le chirurgien avait eu de nombreux succès, en combinant chez ses amputés le drainage profond avec l'ergotine. Il est, je crois, le premier qui, à Bordeaux, ait appliqué le drainage aux plaies d'amputation. Il a rapporté à l'ergotine tout l'honneur de ses guérisons; ne pourrait-on pas donner au drainage la meilleure part de ses succès?

XX. — Homme, vingt-sept ans, bonne constitution, entre à l'hôpital Saint-André, salle 3, pour une tumeur fibro-plastique du tibia.

Amputation de la cuisse à la partie inférieure, faite par M. Budon, professeur suppléant de clinique. Deux lambeaux, hémorrhagie veineuse considérable. Il est nécessaire de lier la veine fémorale. Drainage, double suture, pansements rares, la guérison est complète le vingtième jour.

XXI. — Homme, dix-neuf ans, charretier. Salle 11. Écrasement de la jambe gauche.

Amputé à la partie inférieure de la cuisse. Deux lambeaux, double suture, comme dans l'observation précédente.

Le malade meurt d'infection purulente le seizième jour.

XXII. — Homme, trente-sept ans, forte constitution, est apporté dans le service des payants, à la suite d'un accident de chemin de fer en janvier 1871.

Fracture comminutive d'une jambe avec plaie et issue des fragments.

M. Budon, chef interne, tente la conservation; tout va bien pendant les premiers temps, mais, après dix-huit jours, la suppuration s'écoulant mal, et le malade ayant eu quelques frissons, M. Budon fit l'amputation de la cuisse. Deux lambeaux, drainage, double suture. La réunion ne se fait qu'incomplétement, et il reste un trajet fistuleux large et profond. Bientôt des signes d'ostéo-myélite du fémur deviennent manifestes; le malade s'affaiblit de jour en jour. Le 28 juin, six mois après l'amputation, M. Budon fait l'ablation d'un séquestre du fémur, de 10 centimètres de long. Le malade succombe le 20 août à l'infection putride et au marasme.

L'autopsie n'a pu être faite.

Existait-il, vu la gravité de l'accident qui avait amené les fractures, une fêlure du fémur, avant l'amputation, fêlure qui a provoqué l'ostéo-myélite dont les suites ont été mortelles. Il est permis de le supposer.

Le drainage profond et la parfaite occlusion des grandes plaies sont applicables, non-seulement aux amputations, ainsi que les faits précédents le démontrent, mais aussi aux grandes plaies qu'amène l'ablation des tumeurs. Ici la suture profonde est en général impossible, et l'on peut se contenter du drainage et de la suture entortillée avec ou sans charpie collodionnée et faite avec le plus grand soin.

En voici quelques exemples.

XXIII. — Femme, cinquante-cinq ans, bonne constitution. Grosse tumeur cancéreuse du sein, non adhérente, ablation en décembre 1873. Drainage, suture superficielle entortillée par quinze épingles, qui sont enlevées le quatrième jour; pansements tous les deux jours. Le dixième jour, la suppuration paraissant presque tarie et le recollement obtenu, sauf le trajet du drain, j'enlève celui-ci et je fais la compression avec un tampon d'ouate. Mais, trois jours après, la malade est prise de la fièvre qu'elle n'avait pas eue encore, et un abcès assez considérable se développe au-dessous de l'angle externe et inférieur de la plaie : le drain avait été trop tôt enlevé, et le pus, dont la source n'était pas tarie, avait fusé dans la profondeur des tis-

sus. L'abcès a été ouvert, et la malade a guéri le vingtième jour. Ce fait a son enseignement.

XXIV. — Femme, quarante ans, belle constitution. Grosse tumeur cancéreuse du sein, non adhérente. Ablation en mars 1874. Fait analogue au précédent, sauf la rapidité de la guérison, qui a été complète le quatorzième jour.

XXV. — Homme, quarante-six ans, forte constitution, entre dans le service de M. Denucé pour une grosse tumeur fibro-plastique profonde du mollet. Ablation le 8 novembre 1873. Incision de 18 centimètres de long. L'hémostase est longue et difficile, il est nécessaire de lier un grand nombre de vaisseaux de tout calibre. Drain, suture entortillée par vingt épingles, remplacée séance tenante par une cuirasse de collodion; pansement ouaté. Huit jours après, premier pansement. Pendant ce temps la température n'a pas dépassé 38 degrés. Le dix-septième jour, le drain peut être enlevé, la suture est solide, malheureusement l'orifice inférieur se ferme le premier et le pus s'accumule. La guérison du trajet du drain est ainsi retardée jusqu'au 24 décembre, époque à laquelle le malade peut quitter l'hôpital. Nous ferons remarquer que, depuis le dix-septième jour, la vaste cavité faite par l'opération était réduite au seul trajet du drain.

XXVI. — Femme, quarante-deux ans, service de M. Denucé, porte une tumeur du sein, de dimension moyenne.

Extirpation le 22 novembre 1873. L'incision a 10 centimètres de long. Drain, suture collodionnée, pansement ouaté. Le 8 décembre, seizième jour, sortie du drain; le malade n'a eu ni fièvre ni accidents généraux d'aucune espèce. Huit jours après survient une complication, un petit abcès détruit un centimètre de la suture vers son milieu. La guérison continue sa marche, et les parois de la cavité faite par l'opération demeurent adhérentes. Sortie le 3 janvier. La guérison, par suite de cette complication, n'a été définitive que le vingt-huitième jour. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 mai 1874 (1). — Présidence de M. Perrin.

M. Le Fort termine ainsi son discours :

Ainsi ce malade a pris non pas 6 grammes par jour, mais 15, 20, 30 grammes; il en a consommé plus de 200 grammes pendant sa maladie; l'usage du chloral a eu pour résultat, à peu près constant, de diminuer la contracture, de procurer le sommeil, et par conséquent, le repos; puis-je dire que le chloral a guéri le malade? en aucune façon, car moi aussi j'ai eu affaire à un de ces tétanos de gravité moyenne, à marche lente, chronique, qu'on voit guérir pendant tous les traitements, et que trop souvent aussi on voit s'aggraver et se terminer par la mort malgré tous les traitements.

De même, M. Oré a guéri son malade par les injections intra-veineuses de chloral; mais c'était encore un tétanos à marche lente, car l'injection est faite le 9 février, et lorsqu'au neuvième jour l'observation est envoyée à l'Institut, le malade n'est pas amélioré, et ce n'est que dans une communication ultérieure, faite le 2 mars, que nous apprenons la guérison.

M. Cruveilhier a eu affaire à un tétanos subaigu; la mort, malgré les injections de chloral, est survenue le 7 juin. Quant à M. Labbé, son malade avait un tétanos à marche rapide, le chloral injecté a semblé devoir faire merveille, mais la mort n'en survint pas moins le lendemain.

J'ai dit et je soutiens, avec les faits et jusqu'à ce qu'on m'oppose un fait contraire, le tétanos suraigu, à marche très-rapide, ne guérit pas, ou, jusqu'à présent, n'a jamais guéri; j'attends, pour regarder le chloral comme le spécifique du tétanos, qu'on me le montre ayant guéri un tétanos suraigu. Je pourrais presque en dire autant du tétanos aigu, de celui qui en quatre ou cinq jours, a conduit le malade à l'impossibilité d'avaler, de parler, de se remuer, et à la difficulté extrême de respirer par suite de la contracture des muscles respiratoires.

Mais, dira-t-on, le chloral ne peut-il pas guérir le tétanos aigu ou suraigu en le transformant en tétanos chronique qui peut guérir et qu'on voit assez souvent guérir. Jusqu'à présent je nie qu'on ait vu un seul exemple de cette transformation. Les cas de M. Verneuil, du moins les trois cas que je connais, sont des cas de tétanos subaigus ou même chroniques d'emblée, et une chose m'a frappé dans toutes les observations dont j'ai lu le récit comme dans celles dont j'ai été témoin. Le chloral amène la résolution musculaire assez souvent, le sommeil presque toujours, il suspend en quelque sorte les fonctions nerveuses, mais aussitôt que le chloral a cessé d'agir, aussitôt que que les centres nerveux rentrent en action, les symptômes reparaissent, non pas diminués, non pas même conservés les mêmes, mais dans les cas de tétanos aigus ils reparaissent aggravés, comme si pendant le sommeil la maladie avait continué sa marche, comme si des désordres du côté des centres nerveux avaient continué.

Quel plus remarquable exemple de suspension des accidents que celui dont je vous ai apporté l'observation l'année dernière. Un tétanique meurt asphyxié par contraction des muscles respirateurs; il est à l'agonie, je lui fait appliquer un courant de soixante éléments et brusquement, comme frappé par un heureux coup de foudre, cet homme ouvre les yeux, respire à pleins poumons, s'assied sur son lit et dit aux assistants : « Je reviens de loin. » Plus de contracture, plus de roideur, plus de traces en quelque sorte du tétanos; mais quelques heures après, les phénomènes morbides reparaissent, l'effet des courants s'affaiblit, et le lendemain soir la mort termine comme trop souvent ces émouvantes péripéties.

J'arrive maintenant aux injections veineuses, le moyen est-il utile? pour ma part, je le repousse d'une manière absolue. M. Cruveilhier vous a montré qu'il pouvait être extrêmement dangereux en amenant des coagulations. Qu'on ait songé à ce mode d'introduction des médicaments, je le conçois. Nous savons que dans le tétanos l'absorption est difficile. Dans un cas j'ai donné, presque sans obtenir d'effet, 2 grammes d'extrait thébaïque et 2 grammes de belladonne. Dans un autre cas il m'a fallu donner un litre de rhum pur en vingt-quatre heures pour obtenir l'ivresse. Je conçois donc qu'on ait songé aux injections veineuses. Cependant il y a ici cette exception favorable au chloral, qu'il paraît être assez facilement absorbé, car à des doses de 2, 4 et 6 grammes, on obtient le sommeil et la résolution musculaire. Je repousse donc les injections non-seulement parce qu'elles sont dangereuses, mais aussi parce qu'elles sont inutiles. Dans les cas chroniques, dans les cas peu graves, on obtient l'effet du chloral en l'introduisant dans l'estomac. Dans les cas graves, suraigus, je les repousse encore, parce que le malade, fût-il hors d'état d'avaler, peut recevoir encore le chloral dans l'estomac au moyen d'une petite sonde œsophagienne introduite par les narines, et si la contracture du pharynx empêchait le passage de la sonde, on pourrait donner le chloral en lavement. Enfin, pour me résumer, si je puis, si je dois admettre que le chloral est un des médicaments qui amènent le plus facilement le calme et le sommeil dans le tétanos, je ne puis admettre qu'il agisse de telle façon qu'on puisse le regarder comme capable de guérir le tétanos.

M. Tillaux. Messieurs, j'ai fait ce matin une injection de chloral dans les veines d'une tétanique. Aussi, en attendant une observation plus détaillée jugé-je utile de vous donner connaissance du fait. Il s'agit d'une femme porteur d'un kyste hydatique du foie. Ce kyste, traité par les caustiques, était ouvert depuis huit jours, lorsque avant hier soir on remarqua que la mastication devenait difficile. Hier matin nous pûmes constater un trismus des plus marqués; nous fîmes administrer par la bouche 4 grammes de chloral avec injonction de répéter la dose jusqu'à calme complet. Ce matin nous constatons que la malade a pu à peine prendre en tout 4 grammes de médicament; encore une partie de cette dose a-t-elle été rejetée. L'état de la malade est des plus graves. La cyanose est complète; il est absolument impossible de rien administrer par la bouche, d'abord en raison de la constriction externe des mâchoires et ensuite à cause de la crise immédiate que provoque le contact d'une goutte de liquide sur la muqueuse pharyngée. Dans ces circonstances, j'ai pratiqué une injection de chloral dans la veine céphalique; je dois le dire, cette

(1) Fin. — Voir les numéros des 13 et 20 juin 1874.

opération s'est faite avec la plus grande facilité. La malade était maigre; la veine très-volumineuse fut comprimée par M. Gillette, qui assistait à l'opération; j'ai pu faire la ponction très-aisément; j'ai attendu qu'une goutte de sang m'apprît que j'étais bien certainement dans le vaisseau. Vissant alors sur la canule la seringue d'Anel, j'ai injecté 10 grammes de chloral dissous dans 20 grammes d'eau. Cette solution représente à peu près exactement cinq fois le volume de liquide contenu dans le corps de pompe de la seringue employée. J'ai donc dû, par conséquent, employer cinq seringues. Dès la seconde, une amélioration des plus nettes s'est produite sous nos yeux, et la malade m'a appelé par mon nom, ce qui eût été matériellement impossible quelques minutes auparavant, et ses yeux s'ouvrirent. A la cinquième, une détente réellement merveilleuse se manifesta. Les muscles s'assouplirent. La peau devint rosée, la bouche put s'ouvrir largement et un sommeil très-calme se produisit.

Le résultat immédiat, je le répète, fut réellement miraculeux. Je ne sais ce qu'il adviendra de cette malade; je constate seulement que l'amélioration absolue ne s'est pas maintenue longtemps. Ainsi l'opération ayant été faite à neuf heures et demie et ayant duré sept minutes, j'ai revu la malade à onze heures trois quarts. Bien que très-améliorée relativement à son état antérieur à l'injection, elle avait de nouveau un peu de contracture et un très-petit commencement d'accès au contact d'un liquide quelconque avec le pharynx. J'ajouterai que, dans ce cas, l'opération en elle-même a été des plus simples; aussi m'a-t-il semblé intéressant de communiquer ce fait, tant au point de vue de la médecine opératoire que du résultat immédiat obtenu.

M. BOINET. Durant le siége de Paris, j'ai vu quatre tétaniques. Le premier avait reçu une balle qui avait fracturé le radius. Le deuxième avait un coup de feu dans le métacarpe. Le troisième avait reçu un éclat d'obus dans la cuisse. Le quatrième avait été apporté d'Auteuil en plein tétanos, sans qu'il fût possible de déterminer d'abord la lésion primitive (c'était un coup de feu dans le flanc droit); je fis administrer par la bouche 8 grammes de chloral dissous dans 100 d'eau, dans les vingt-quatre heures (une cuillérée à soupe toutes les deux heures. Les crises diminuaient après chaque ingestion. Je profitais de ce calme momentané pour faire administrer des boissons chaudes. Chez le malade blessé au poignet, j'ai eu quelques rémissions bien nettes sous l'influence de 12 grammes de chloral en vingt-quatre heures, mais le mal reprit ensuite son intensité, et, malgré le sulfate de quinine, malgré le vin de Champagne, dont il prit jusqu'à trois bouteilles en une journée, il succomba. Le malade blssé au flanc droit a ingéré 8 grammes de chloral par vingt-quatre heures, et l'on pouvait le considérer comme guéri quand il succomba subitement à une hémorrhagie de l'artère iliaque, fait qui fut révélé à l'autopsie. Aussi, sans même compter ce dernier blessé, qui n'est certes pas mort du tétanos, j'ai guéri de la sorte deux tétanos sur trois, M. Le Fort a agité la question du tétanos aigu et du tétanos chronique; mais y a-t-il au début des symptômes qui indiquent telle ou telle forme. On ne peut attendre que les signes s'accentuent, puisqu'il faut se hâter. Aussi ai-je pour principe d'administrer le chloral immédiatement, et d'en continuer l'usage comme je l'ai dit. On ne peut se fonder sur la nature plus ou moins grave des blessures pour pronostiquer la gravité plus ou moins grande du tétanos; car ainsi qu'on le sait, rien n'est plus fréquent qu'un tétanos grave survenant à la suite d'une blessure légère et réciproquement.

M. VERNEUIL. Je parlerai dans le même sens que M. Boinet. On a dit : Le tétanos aigu ne guérit jamais : Le tétanos chronique guérit sans qu'on y fasse rien, faudrait-il ajouter, si l'on est conséquent. S'il en est ainsi, je n'ai jamais vu dans la première période de ma carrière chirurgicale que des tétanos aigus, et je n'ai observé que des tétanos chroniques dans la seconde. C'est là, je le déclare, une pétition de principe déplorable que de déclarer qu'un tétanos bien caractérisé, guéri par le chloral, est un tétanos chronique parce qu'il a guéri; car ajoute-t-on, il n'eût pas guéri s'il avait été aigu. Les faits cités par M. Boinet sont extrêmement concluants. Deux cas de guérison sur trois constituent en effet une bien belle statistique; car il ne faut pas compter au nombre des insuccès le malade qui a succombé à une hémorrhagie de l'artère iliaque. M. Le Fort a fait, suivant moi le plus bel éloge du chloral, en accordant que ce médicament est ce qui soulage le mieux les tétaniques. C'est déjà un immense résultat. Quant aux distinctions à établir entre les formes de tétanos, on peut dire qu'un tétanos peut durer fort longtemps, et guérir tant que le système respiratoire n'est pas entrepris. Si ce système est pris tout d'abord, le malade est perdu. Aussi bien que cette distinction repose sur une hypothèse, c'est là ma manière de juger la gravité du mal. Aussi demandé-je à mes collègues d'abandonner pour quelque temps la distinction d'aigu et de chronique pour adopter cette autre base. On comprend du reste que le chloral n'ait point de prise sur les cas où le système respiratoire est pris d'emblée. Il n'a point en effet d'action sur le bulbe qui n'est point influencé, et cela est souvent bien heureux, par les hypnotiques ou les anestésiques comme le chloroforme.

M. Tillaux a rempli d'une manière rigoureuse les conditions posées par moi dans la dernière séance. Il est imprudent, disais-je, de condamner l'administration du chloral par la voie des injections veineuses. Dans un cas analogue, où une malade de la salle Sainte-Jeanne suffoquait, je pratiquai la trachéotomie, et je fus assez heureux pour la sauver. Il faut, en un mot, commencer par retirer de l'eau l'homme qui se noie. Aussi ne pensé-je pas qu'on puisse rien objecter aux indications que j'ai posées et que M. Tillaux a si heureusement exécutées. L'important, en effet, est d'obtenir une rémission dans le tétanos. Une fois le spasme respiratoire dissipé, rien ne dit qu'on ne puisse continuer l'administration du chloral par les voies digestives. Aussi est-il nécessaire d'étudier avec soin, et pour ainsi dire à nouveau, la marche du tétanos, la manière dont on en meurt, et enfin sa thérapeutique.

Je donne à la société communication d'une observation recueillie dans le service de M. Lassègue par M. Boutry. (Voir le numéro du 21 mai.)

Était-ce dans ce cas un tétanos : je ne puis l'affirmer d'une manière absolue à cause des accidents tétaniformes que le malade avait à plusieurs reprises présentés dans des accès de fièvres intermittentes; mais qui devait dire que, sans la médication employée, ce malade eût guéri, c'est à la rigueur possible; mais il n'en est pas moins vrai qu'un thérapeutiste abdiquerait en s'abstenant de thérapeutique sous prétexte de chronicité; je ne connais point, pour ma part, de médicament qui, opposé à des spasmes semblables agisse avec une pareille rapidité, et, comme on a observé souvent, que, dans le tétanos, l'état suraigu est presque toujours précédé durant deux ou trois jours d'une période plus bénigne; c'est, je le répète, dans cette période de début qu'il faut intervenir sans hésitation.

La séance est levée à cinq heures vingt minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

VARIÉTÉS

Œuvres d'Oribase.

Traduction par Ch. DAREMBERG. — Tome V. — Paris, 1873.

Ce cinquième volume est une œuvre d'outre-tombe; il était sous presse quand la mort est venue frapper M. Daremberg dans la vigueur de l'âge, dans la plénitude de son talent, dans la toute-puissance de son intelligence. C'est un nom de plus à ajouter à la série nombreuse de ces hommes qui sont tombés foudroyés au moment même où de légitimes succès et de nobles récompenses leur ouvraient un nouvel horizon et commençaient à les dédommager de la sévérité des épreuves qui souvent avaient accompagné leurs premiers pas dans la rude vie du travailleur.

Dans les quatre volumes précédents, nous avons pu lire ce qui nous reste de soixante-dix livres de médecine et de chirurgie qu'Oribase avait écrits sur l'invitation du *très-divin empereur Julien ;* celui-ci renferme neuf livres de sa *Synopsis* et quatre de ses *Euporistes*. La première est un abrégé très-

succinct de son grand ouvrage; il l'a rédigée pour complaire à son fils Eustatius, comme il nous l'apprend dans la dédicace qu'il lui adresse : « J'ai aussi accompli ce travail, lui dit-il, sans répugnance, car j'ai compris qu'il serait très-utile, non-seulement à vous pendant vos voyages, mais aussi aux autres personnes qui ont appris la médecine complétement, et non comme une science accessoire. Les *Euporistes* sont plus destinés aux gens du monde qu'aux médecins : ce sont des instructions en quelque sorte populaires, pour apprendre à soigner des indispositions ou à donner les premiers soins en attendant l'arrivée des hommes de l'art.

La *Synopsis* est donc un ouvrage dans le genre de nos manuels; c'est, si l'on veut, une encyclopédie médicale en miniature. Cet ouvrage a eu une très-grande vogue à partir du septième siècle, alors que, du grec peu connu des médecins, il fut traduit en latin vulgaire : pendant longtemps il fut le seul livre des hommes qui s'occupaient de médecine et de chirurgie; il fut toute leur bibiothèque. On ne peut en donner une idée d'ensemble; on y chercherait en vain un ordre méthodique, excepté pour l'histoire des maladies, qui généralement y sont groupées par régions; mais, hors de là, tout y est jeté pêle-mêle, au courant de la pensée du moment, sans que souvent rien se rattache à ce qui suit ou à ce qui précède : de l'hygiène, de la médecine, peu de chirurgie, mais beaucoup, mais démésurément de formules de médicaments.

Cette absence de méthode rend très-difficiles les recherches que l'on voudrait faire sur un point déterminé des matières contenues dans la *Sinopsis* : pour faire comprendre la nature et le degré de ces difficultés, je me contenterai de noter, par exemple, que dans le livre V les quatorze premiers paragraphes se rapportent à la grossesse, à la nourrice, au régime et aux maladies des petits enfants; que le quinzième parle de la lassitude amenée par les exercices; le vingtième, des remèdes du corps; le vingt-cinquième, des moyens de conserver les dents; le trente et unième, du régime de voyage, etc., etc.: il en est ainsi des autres livres; de là, la nécessité d'une table analytique, par laquelle bien certainement se terminera cette importante traduction des œuvres d'Oribase.

Ne pouvant donner une idée générale des sujets nombreux et disparates traités dans la *Synopsis*, on est obligé d'en faire quelques extraits pour initier le lecteur aux procédés de l'auteur.

Je trouve à la page 46 une classification des eaux minérales qui révèle sur leur composition des connaissances qui n'ont été grandement dépassées que de nos jours; en effet, il y est dit : « Les bains minéraux sont, ou alcalins, ou salins, ou alumineux, ou sulfureux, ou vitrioliques, ou ferrugineux. » Quant aux indications fournies par cette classification, on lit que, en général, toutes les eaux minérales ont des propriétés desséchantes et échauffantes, et conviennent surtout aux constitutions froides et d'une humidité très-prononcée; les eaux alcalines et celles qui contiennent du sel sont utiles dans les fluxions du côté de la tête et de la poitrine, dans l'hydropisie; les eaux alumineuses conviennent contre les crachements de sang, contre les vomissements habituels, ainsi qu'aux femmes dont l'écoulement menstruel se fait irrégulièrement et qui ont souvent des avortements; les eaux sulfureuses échauffent et apaisent les douleurs. En vérité, voilà des données thérapeutiques qui ne s'éloignent pas notablement des nôtres.

(*A suivre.*) MAILLOT.

L'Assemblée nationale vient d'adopter en seconde lecture les articles du projet de loi sur les facultés de médecine, qui décident la création de nouvelles facultés à Lyon et à Bordeaux.

— Le concours pour trois places de médecins des hôpitaux, vient de se terminer par la nomination de MM. Gérin-Rose, d'Heilly et Lépine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SÉE.

Leçons dogmatiques sur les hydropisies (1)

(Recueillies par M. le docteur A. BROCHIN)

Il nous reste à étudier un dernier ordre de faits dans lesquels l'hydropisie dépend encore de causes mécaniques ; nous voulons parler de celle qui s'observe dans l'état puerpéral, c'est-à-dire de la *phlegmatia alba dolens*.

Quelle est l'origine de cette dénomination : *phlegmatia alba dolens?* De temps immémorial on a indiqué chez les femmes venant de faire leurs couches un gonflement douloureux, blanchâtre, des membres inférieurs. Levret pensait qu'il s'agissait là d'un engorgement des vaisseaux lymphatiques. En 1823, Velpeau et M. Bouillaud, faisant de nombreuses autopsies de femmes mortes pendant les suites de couches, trouvèrent des caillots dans les veines; on crut, à partir de cette époque, qu'il s'agissait d'une phlébite; il y a une quinzaine d'années qu'on s'aperçut que les veines n'étaient pas enflammées, et qu'on appliqua à ce phénomène le nom de thrombose. On a donc confondu et l'on confond encore aujourd'hui ce qui se passe dans la *phlegmatia alba dolens* avec ce qui se passe dans les thromboses en général. Trousseau alla même jusqu'à appliquer la dénomination de *phlegmatia alba dolens* à toutes les thromboses cachectiques ; or les symptômes de ces affections sont tout à fait différents. En effet : douleur au niveau de la veine engorgée, sensation de corde le long de cette veine, et, lorsqu'elle est complétement oblitérée, hydropisie commençant par le département capillaire de la veine, tels sont les caractères des thromboses marasmatiques. Dans la *phlegmatia alba dolens* les phénomènes que l'on observe sont tout autres : on voit les femmes enceintes présentant quelquefois une douleur, toujours un gonflement à la cuisse et à la jambe; mais ce gonflement, et ce sont là des différences capitales avec ce qui se passe dans les thromboses marasmatiques, commence toujours par la partie supérieure, se développe souvent avec une grande rapidité et persiste, quoique la circulation collatérale ne soit pas interrompue.

La *phlegmatia alba dolens* dure parfois des mois et des années sans, d'ailleurs, que les femmes en éprouvent d'autre inconvénient qu'un gonflement souvent énorme de l'un des membres inférieurs. Une autre différence très-importante à signaler entre la *phlegmatia alba dolens* et les thromboses cachectiques est la suivante : tandis que ces dernières n'occupent en général qu'une seule veine et tout d'abord le département capillaire de cette veine, les thromboses de la *phlegmatia alba dolens* occupent à la fois les veines du bassin, des cuisses et des jambes. L'aspect du membre diffère aussi dans les deux cas : tandis que dans l'un la peau est tendue, blanche (*alba*) et souvent douloureuse (*dolens*), dans l'autre il n'y a ni phlegmasie, ni blancheur de la peau, ni douleur. Il n'y a donc absolument rien de commun entre ces deux affections.

Les caractères distinctifs de la *plegmatia alba dolens* nous étant maintenant connus, voyons comment elle se produit. Il y a deux formes de *phlegmatia alba dolens*, l'une bénigne, l'autre très-grave; toutefois, celle que nous appelons bénigne présente une réelle gravité, si le caillot, cause de l'hydropisie, ne contracte pas d'adhérences avec les parois de la veine, et venant à se détacher, donne naissance à une embolie. C'est là l'une des causes les plus fréquentes de mort subite après l'accouchement. En effet, quand une femme en couches meurt subitement, c'est le plus souvent par suite d'une embolie pulmonaire. Comment, dans ce cas, se fait la thrombose? La femme qui vient d'accoucher a subi la déchirure de la membrane caduque, la chute du placenta, puis une véritable plaie de la muqueuse utérine; l'utérus se contractant, le sang se coagule dans les veines, des caillots peuvent donc se former, qui, partant de là, se propagent des veines utérines aux hypogastriques, etc. Mais, sauf les cas où il se fait une embolie, ce n'est là que la forme bénigne de la maladie.

En effet, il existe une forme beaucoup plus grave, qu'on a désignée à tort, sous le nom de *plegmatia alba dolens* SUPPURATIVE. Je dis à tort, car ce n'est pas là une véritable suppuration, mais bien plutôt une régression granulo-graisseuse des parois veineuses envahissant les parties environnantes et qui se présente sous l'apparence de pus ; on pourrait appeler cela une phlébite pseudo-suppurative. Cette affection se termine généralement par la mort.

Il y a un moyen bien simple de distinguer le gonflement de la *phlegmatia alba dolens* de celui des thromboses cachectiques. Une simple piqûre d'épingle chez le cachectique fait sortir la sérosité en jet, parce que le tissu cellulaire a conservé toute son élasticité; chez la femme en couche, au contraire, on ne voit rien sortir, parce que le tissu cellulaire est devenu inerte par suite de la phlegmasie dont il est le siége; cette phlegmasie se propage au derme, à l'épiderme, et c'est là ce qui explique

(1) Fin. — Voir les numéros des 24, 26 février, 10 et 12 mars 1874.

co oration blanchâtre (*alba*), et une grand sensibilité (*dolens*) des parties affectées.

L'inflammation, parfois même l'obstruction des vaisseaux lymphatiques qui résulte de cet état pathologique, rend la résorption impossible, et c'est ainsi que cette affection peut durer des années.

La *phelgmatia alba dolens* ne consiste donc pas dans une simple thrombose veineuse; le tissu cellulaire sous-cutané et le derme sont infiltrés et enflammés; les vaisseaux lymphatiques sont obstrués; quelquefois même les ganglions lymphatiques sont engorgés.

NOUVEAU MODE DE RÉUNION DES PLAIES D'AMPUTATION

ET DE QUELQUES AUTRES GRANDES PLAIES

par le docteur Azam, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine de Bordeaux, correspondant de la Société de chirurgie de Paris (1).

L'exposé d'observations qui précède est certainement incomplet au point de vue de ma pratique et de celle de mes confrères de Bordeaux. Plusieurs faits, sur lesquels il n'a pas été pris de notes, m'ont nécessairement échappé; je crois cependant que la relation sincère de tous ceux que j'ai pu recueillir avec des garanties de certitude, représente parfaitement l'état de la question.

J'ai tout rapporté, insuccès et succès; mais si le chiffre des derniers est suffisant pour engager à suivre notre exemple, il ne permet pas encore d'établir une statistique définitive : là, du reste, n'est pas ma prétention.

A Lyon, dans la discussion qu'a provoquée mon exposé verbal, M. Fochier a appuyé de sa pratique les idées que je défends, à l'hôpital de la Croix-Rousse, il fait, comme moi, la suture profonde et la suture superficielle; seulement, au drain, il préfère une mèche.

M. Courty, l'éminent chirurgien de Montpellier, guidé par les mêmes principes généraux, sans rechercher la réunion immédiate, s'applique à unir le plus possible les tissus qui peuvent être réunis. Il fait la suture entortillée avec deux ou trois larges boutons, et assure, par une gouttière, l'immobilité des lambeaux. Il compte de nombreux succès.

En résumé : 26 grandes opérations, 19 guérisons rapides, 7 morts. Ces opérations se décomposent ainsi : 22 amputations, 4 ablations de tumeurs volumineuses.

Sur les 22 amputations, 11 de cuisse, 8 de jambe, 3 d'avant-bras.

Les 11 amputations de cuisse ont donné 6 guérisons. En quinze, vingt et un, dix, quatorze, vingt, vingt et un jours, et 5 morts, dont 2 d'infection purulente, les 3 autres morts sont indépendantes de l'amputation.

Les 8 amputations de jambe ont donné 6 guérisons, en onze, douze, vingt-cinq, onze, douze, quatorze jours et 1 mort de commotion traumatique, 1 mort de pourriture d'hôpital.

Les 3 amputés d'avant-bras ont donné 3 guérisons, en cinq, seize, dix-sept jours.

Sur les 22 amputations, 17 ont été faites pour des lésions chroniques, 5 pour cause traumatique.

Elles ont donné 15 guérisons et 7 morts.

Les 7 décès portent sur 5 amputations pour lésions chroniques et sur 2 amputations traumatiques.

Les 4 ablations de tumeur ont donné 4 guérisons, en vingt, quatorze, trente, vingt-huit jours.

II.

Voici comment je pratique le drainage et la double suture qui donnent à Bordeaux les succès remarquables que je viens de raconter.

S'il s'agit d'une amputation, nature d'opération à laquelle s'applique plus particulièrement ce mode d'agir, l'opération doit être faite à lambeaux à peu près égaux. L'hémostase demande un soin particulier, et je lie toutes les artères, les ligatures faites, je laisse le moignon exposé à l'air pendant quelques instants.

On comprend que toute hémorrhagie secondaire détruirait les sutures et retarderait la guérison. La malade qui fait le sujet de l'observation XII n'a guéri que le vingt-cinquième jour, par suite d'une complication de cette nature.

Cela fait, je procède à l'occlusion de la plaie.

Je place sur le côté de l'os ou des os, plutôt à la partie inférieure, un gros drain dont les bouts réunis en anse sont fixés sur le membre. Il est bon de laver au préalable le drain dans l'eau chaude pour lui enlever l'excès de sulfure de carbone, rien ne peut remplacer ici la belle invention de notre collègue M. Chassaignac. Cela fait, un aide affronte les lambeaux dans toute leur étendue, et je les fixe par un, deux ou trois points de suture enchevillée, suivant la grosseur du membre. Cette suture demande quelques soins. Je me sers d'un fil d'argent double, fixé comme d'usage à un fragment de sonde de gomme élastique, et je transperce les lambeaux à leur base par une aiguille longue et forte, les deux chefs du fil sont tordus et non arrêtés sur le deuxième fragment de sonde. Cette torsion donne la possibilité de relâcher la suture profonde en détordant les fils, dans le cas le plus ordinaire de gonflement des lambeaux entre le deuxième et le sixième jour. L'expérience m'a démontré la nécessité de ce relâchement. Les points de suture enchevillée sont en général placés à 4 ou 5 centimètres au-dessus de la ligne de section de la peau.

Deux fois je me suis servi, pour exécuter ce temps, d'un instrument spécial destiné à remplacer la suture profonde; c'est une sorte de pince à mors transversaux, munis de petites pointes, qui demeure fixée par la pression d'un ressort, lequel, par son élasticité, permet le gonflement des tissus. Mais cet instrument rendant le pansement difficile, j'ai renoncé à son usage. L'idée étant donnée, on pourrait peut-être la réaliser d'une façon plus pratique. Il y aurait quelque avantage à éviter la perforation complète de la base des lambeaux; cependant, je dois le dire, je n'ai jamais vu le pus des profondeurs du moignon s'écouler par le petit conduit des fils d'argent, et, une fois seulement, les orifices extérieurs se sont ulcérés dans les derniers jours de la vie d'un amputé.

Les lambeaux solidement affrontés et unis, je fais une suture entortillée de la peau avec le même soin qu'une suture de la face après une autoplastie. Douze à quinze épingles sont nécessaires à la jambe, vingt à vingt-cinq à la cuisse.

Je ne laisse aux extrémités que le passage le plus étroit possible du drain et des ligatures.

Ici M. Denucé met en usage une modification heureuse, il place entre les points de suture des brins de charpie imbibés de collodion; lorsque celui-ci est sec, il enlève les épingles, passe sur le tout une ou plusieurs couches de collodion, et la suture devient ainsi très-solide. En agissant ainsi, il est inutile de défaire le pansement trop tôt dans le seul but d'enlever les épingles.

L'occlusion étant ainsi complète, je procède au pansement proprement dit; pour éviter l'ulcération ultérieure de la peau, j'enduis celle-ci d'une couche épaisse de cérat dans les points où se déverseront les orifices du drain, je recouvre d'ouate les plaies supérieures et inférieures sur les ouvertures qui puissent faire communiquer le fond de la plaie avec l'extérieur, par dessus le tout j'applique le bandage le plus léger possible, et je recommande au malade le repos le plus absolu du moignon. J'ai employé pour les pansements subséquents, qui sont les plus rares possibles, la glycérine et l'alcool, mais, je dois le dire, l'occlusion étant déjà bien faite, le pansement proprement dit a pour moi peu d'importance. La fièvre traumatique manque presque toujours, ou elle est insignifiante; le malade souffre peu ou pas. Si, comme il est d'usage l'opération doit avoir une suite heureuse, la tolérance du malade après une grande amputation est un sujet d'étonnement.

Deux ou trois jours après, j'enlève les épingles, laissant le plus souvent les deux épingles extrêmes jusqu'au pansement suivant, et si les lambeaux sont tuméfiés, ce qui arrive dans les deux tiers des cas environ, je détors les fils d'argent des sutures profondes, et j'écarte les chevilles l'une de l'autre, l'emploi de la suture collodionnée per-

(1) Fin. — Voir les numéros des 25 et 27 juin 1874.

met de retarder le pansement. On doit néanmoins se préoccuper du gonflement possible des lambeaux.

Pendant les deux ou trois premiers jours, il s'écoule par le drain une grande quantité de sérosité, celle-ci est bientôt remplacée par le pus, qui, vu la rareté des pansements, pourrait ulcérer la peau, si elle n'a été enduite d'un corps gras. Je suis dans l'usage de placer à la partie inférieure du moignon, pour absorber les liquides, une masse de charpie qu'il est possible d'ôter chaque jour sans défaire le pansement tout entier. Cet artifice est d'une exécution facile.

Je repousse absolument toute injection détersive ou autre dans la cavité du drain, et je recommande de ne lui imprimer aucun mouvement. J'ai la certitude que ces injections sont nuisibles, soit en apportant dans les profondeurs du moignon des corps étrangers, soit en agrandissant le canal qui contient le drain, canal qui doit l'enserrer le plus étroitement possible, là est une condition du succès.

Les liquides du moignon s'écoulent par le drain, lentement, comme poussés par le *vis à tergo*, et si le moignon demeure en repos, l'air ne peut pas pénétrer dans les profondeurs de la plaie.

La pensée que ces liquides doivent s'écouler lentement au fur et à mesure de leur sécrétion m'a fait rejeter la mèche profonde que recommande M. Fochier de Lyon. Je craindrais que celle-ci ne fît parfois l'office d'un bouchon. L'examen que j'ai fait du pus contenu dans un drain que je venais d'enlever me fait croire, je l'ai dit plus haut, que dans les profondeurs du moignon ce liquide n'a aucun caractère de putridité.

L'enlèvement des sutures profondes par la section des fils d'argent au ras de la peau se fait du cinquième au septième jour. A ce moment, en effet, en général l'adhérence des lambeaux est faite, on la reconnaît à la disparition du gonflement inflammatoire qui est quelquefois très-peu marqué. Tout chirurgien pourra du reste apprécier l'opportunité de cette manœuvre. Il appréciera aussi le moment où la guérison étant complète, il peut enlever le drain; tout d'abord cela n'est possible qu'après la chute des ligatures qui a très-rarement lieu avant le neuvième jour. L'état de souplesse du moignon et la diminution de la suppuration seront des indices suffisants. Il est clair que le drain ne peut être enlevé que lorsque son trajet est la seule plaie qui reste encore à cicatriser. Je ne parle pas des orifices, même lorsqu'ils sont ulcérés, leur cicatrisation est sans importance.

Le drain oté, une légère compression du moignon ou de la plaie est utile pour affronter les parois de son trajet. Dans ce but le pansement ouaté bien fait, qui unit la compression à l'occlusion, doit être préféré. A ce moment la guérison est complète.

Dès ce jour qui a varié du dixième au vingt-cinquième après l'opération, je fais lever mes opérés et les fais sortir de l'hôpital le plus tôt possible.

Je terminerai par une remarque faite sur la plupart de mes amputés après trois ou quatre ans : j'ai constaté que leurs moignons demeuraient épais et bien nourris. La raison en est simple par suite de l'adhérence des muscles qu'obtient la suture profonde en avant de l'extrémité osseuse, celle-ci demeure couverte d'une couche épaisse et solide dont la rétraction lente est impossible; par suite la convexité si commune après les amputations circulaires est forcément empêchée.

Bien que la méthode que je viens d'exposer soit la meilleure pour obtenir la réunion par première intention, si du moins on en supprime le drainage (voir l'observation XVII, de M. Labat), je n'ai pas l'idée de poursuivre cette chimère dans son entier. Je ne crois pas qu'en principe le chirurgien doive rechercher ce succès.

J'ai seulement voulu réunir par première intention les tissus similaires qui peuvent être unis de cette manière, la peau avec la peau, les muscles avec les muscles. Quant aux os qui, sauf exception, doivent suppurer et bourgeonner, j'ai facilité de mon mieux par le drainage l'écoulement des sécrétions par le repos du drain et du moignon, par la solidité et la perfection des sutures. J'ai protégé contre l'air extérieur la plaie réduite autant qu'il est possible, et j'ai facilité la cicatrisation. Je crois avoir ainsi réalisé la meilleure des occlusions. Du reste quoi de plus facile, si, l'on a des doutes, de compléter cette occlusion opératoire par le pansement ouaté qui devient la meilleure protection de la plaie réduite. J'ajouterai qu'avec la suture collodionnée de M. Denucé, et après la détorsion des fils d'argent, qui n'est pas toujours nécessaire, le chirurgien pourrait ne panser son opéré qu'une seule fois. J'ai réussi sans cette précaution; mais, dans un milieu entièrement insalubre, je l'emploierais sans hésiter.

La question du milieu soulève une objection qui me sera faite ici, et qui a été déjà présentée à Lyon par MM. Verneuil et Ollier.

J'ai pu réussir à Bordeaux dans un hôpital relativement sain, mais cette méthode échouerait dans d'autres hôpitaux où toute réunion par première intention est plus dangereuse qu'utile.

Je répondrai d'abord qu'on ne fait pas des amputations seulement dans les grands hôpitaux. On en fait en ville, à la campagne et dans des hôpitaux notoirement plus salubres que celui de Bordeaux, qui, quoi qu'on en dise, est bien loin de la perfection. Dans ces conditions, cette méthode devrait mieux réussir encore.

D'autre part, que craint-on dans les grands hôpitaux de Paris et de Lyon? On craint précisément l'influence sur les grandes plaies de l'air ambiant considéré comme le véhicule de certaines contagions. L'occlusion ouatée qui réussit à Paris et à Lyon avec ou sans appareil inamovible a des succès, surtout parce qu'elle défend la plaie contre le milieu. Eh bien, l'occlusion que nous employons à Bordeaux n'est qu'un mode de protection de plus ; j'ajouterai qu'elle apporte avec elle la rapidité de la guérison. Or cette rapidité a son prix, car l'influence délétère du milieu agit sur l'opéré, non-seulement par la plaie, mais aussi et au moins autant par la respiration.

Si l'occlusion, rendue ainsi la plus parfaite possible a ces mérites singuliers, la solidité du pansement a, dans certaines circonstances, une valeur non douteuse.

Il est des cas nombreux, particulièrement dans la chirurgie militaire où le déplacement des amputés est une nécessité. Alors les sutures solides permettent leur transport sans douleur ni danger.

Ici j'insisterai sur l'importance de la suture profonde, sa solidité assure le moignon, non-seulement contre les mouvements communiqués, mais contre ceux du malade lui-même.

J'en puis donner la preuve; un chirurgien fait une amputation de cuisse à lambeaux avec drainage et tente la réunion seulement par la suture entortillée, sans suture profonde des lambeaux. Le malade s'étant agité, la réunion de ces derniers ne s'est pas faite, dès lors la réunion de la peau, qui avait été obtenue dès le deuxième jour, a été bientôt détruite par le pus, et le malade est mort d'infection purulente.

Avec la suture profonde il fût peut-être mort; de même, aussi, je ne déduis de ce fait qu'un enseignement, c'est que l'adhésion profonde et solide des lambeaux ne peut être obtenue que par la suture enchevillée, et qu'elle est la condition capitale de la rapidité de la guérison.

Si la méthode que je viens d'exposer doit porter un nom, celui de méthode de l'hôpital Saint-André de Bordeaux la désignerait plus justement que toute autre; elle est en effet une œuvre commune à la plupart des chirurgiens de cette maison. Aucun de ses éléments n'est nouveau, leur réunion seule peut être considérée comme nouvelle. Ces éléments ont des origines diverses : ainsi M. Labat a apporté le drainage profond, M. Dudon la double suture, M. Denucé a perfectionné la suture superficielle, tous nous avons amélioré soit l'ensemble, soit les détails de ces pratiques, et, en ce qui me concerne, je cherche à perfectionner encore une méthode qui nous donne chaque jour des résultats si précieux.

Dans l'intérêt de la science, dans celui des malades, j'ai le désir que d'autres suivent notre exemple et contrôlent notre expérience. Rien ne serait plus facile. C'est dans ce but que j'ai pris la parole devant la Société de chirurgie de Paris, qui réunit les praticiens les plus considérables, ceux qui font le plus grand nombre de grandes opérations.

Nul doute qu'entre leurs mains, tout en tenant compte des conditions différentes du milieu, cette méthode ne réussisse comme entre les nôtres. Nul doute même qu'ils n'y apportent des modifications heureuses qui, jusqu'à ce jour, ont pu nous échapper.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 janvier 1874 (1). — Présidence de M. PETER.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Une lettre de M. le docteur Beni-Barde, remerciant la société de l'avoir nommé membre titulaire dans la dernière séance. — Une brochure de M. le docteur Gillette, relative à divers articles bibliographiques (*Anatomie, Physiologie, Chimie*), extraits du *Bulletin général de thérapeutique*, 1873.

PRÉSENTATION

M. DELASIAUVE présente, au nom de M. le docteur Dally, une brochure intitulée : *Premier Compte rendu des traitements orthomorphiques*, etc. M. Delasiauve se charge de remercier l'auteur au nom de la société.

COMMUNICATION

M. GALLARD fait une communication orale sur un cas de *polype du larynx* dont il présente en même temps la pièce anatomo-pathologique, et qui a donné lieu à une erreur de diagnostic en produisant divers troubles qui ont été attribués à l'encéphale et qui ont déterminé la mort.

On a bien raison de répéter souvent, dit M. Gallard, qu'un livre consacré uniquement aux erreurs de diagnostic serait, pour la science, d'une utilité plus notoire que certains cas de succès publiés à grands fracas : seulement on reproche, à ceux qui commettent ces erreurs, de les dissimuler quelque peu et d'empêcher, par conséquent, les enseignements fructueux qu'elles portent en elles. C'est pour ne pas mériter ce reproche que je tiens à vous présenter cette pièce et à vous communiquer cette observation :

Le 30 décembre dernier, un homme débarque du chemin de fer d'Orléans, et au moment où descendu de wagon, il s'apprête à monter en voiture, il perd connaissance et tombe. Un interne de la Pitié, qu'on est allé chercher, trouve cet homme étendu sur le banc d'une salle d'attente, sans connaissance, pâle et râlant; la respiration est fort pénible; au moment où on lui fait baisser la tête, on constate que la respiration est moins stertoreuse et devient plus libre. Une petite chaufferette avec laquelle il a fait le voyage est encore à côté de lui. Le malade transporté à la Pitié, n'a pas repris ses sens, il est toujours plus pâle que cyanosé, mais il dort paisiblement sans présenter aucun *ronchus*, à peine existe-t-il un petit sifflement au moment de l'expiration. A la visite je trouve un homme qui offre une certaine hébétude lorsque je le secoue pour le réveiller, et qui comprend très-difficilement les questions qui lui sont adressées ; il ne répond que lentement et faiblement : il dit bien qu'il vient du chemin de fer, se rappelle qu'il a passé la journée précédente dans sa ville, mais il ne sait pas pourquoi il est à Paris et ignore toutes les circonstances du voyage. Il exerce la profession de coutelier, ses affaires l'appellent à Paris une ou deux fois par an; mais il affirme, pressé par plusieurs questions que nous lui adressons dans ce sens, qu'il n'est pas souffrant d'habitude et qu'il n'a fait du reste jamais de maladie grave. Au moment où j'examine cet homme, j'entends dernière moi un élève qui prononce le mot de *trachéotomie :* j'éloigne aussitôt cette idée, car le patient ne me semble présenter rien d'inquiétant du côté du larynx; il parle à voix basse, il est vrai, mais il n'offre aucune raucité, aucun cornage. L'auscultation ne fait rien découvrir de bien manifeste, sinon que le murmure respiratoire est faible et gêné par un bruit trachéal. La voix est nette et distincte. Le diagnostic de l'interne avait été congestion cérébrale, j'allais plus loin, je crus à un commencement d'asphyxie et, le mettant sur le compte d'un excès de boisson, je forgeai l'histoire suivante : Il avait probablement dîné d'une façon trop copieuse avant son départ, de là son manque de mémoire, et pendant la nuit passée en chemin de fer, le froid, conjointement aux vapeurs alcooliques, avaient déterminé une congestion du côté des muqueuses bronchique et pulmonaire et une asphyxie qu'expliquait l'aspect plutôt pâle que cyanosé de la face : peut-être était-on en droit d'attribuer une certaine part de ces phénomènes asphyxiques à l'usage de la chaufferette qu'il avait gardée avec lui pendant le voyage. Les suppositions, jointes à l'examen du cou et de la gorge qui ne nous révéla aucune particularité, aucune tumeur comprimant l'arbre aérien, nous firent éloigner l'opportunité de la trachéotomie, que nous regrettâmes de ne pas avoir pratiquée lorsque, le lendemain à *l'autopsie*, nous trouvâmes *l'ouverture supérieure du larynx oblitérée par un polype.* Ce polype, comme vous pouvez vous en convaincre par l'examen de cette pièce, est de la grosseur d'une cerise, et est implanté dans la profondeur du ventricule droit, d'où il émerge en aplatissant les cordes vocales supérieure et inférieure de ce côté, surtout la supérieure, de la même façon que les polypes sortant de la cavité de l'utérus compriment et aplatissent les lèvres du col de cet organe. Évidemment, pendant la vie et le passage de la colonne aérienne, la corde vocale supérieure droite ne pouvait vibrer, et il en était très-probablement de même pour l'inférieure. Comme la voix existait chez ce malade, sans trouble bien marqué, sans cornage, ainsi que nous venons de le dire, les deux cordes vocales gauches ont suffi pour la produire, et c'est cette circonstance qui, jointe à l'obstination de cet homme à nous affirmer qu'il n'avait jamais été malade, nous a conduit à rejeter la trachéotomie. Nous avons appris depuis qu'il venait souvent à Paris consulter un médecin s'occupant spécialement des affections du larynx, et que, dit-on, plusieurs tentatives opératoires avait été faites chez lui. C'est là un commémoratif bien précieux que nous déplorons de ne pas avoir connu et qui aurait très-certainement modifié notre diagnostic.

Telle est l'erreur que j'ai commise, et que je tenais à relater devant vous ; à celui qui ne s'est jamais trompé à me jeter la première pierre.

DISCUSSION

M. LUNIER. Le fait que vient d'exposer M. Gallard ne laissait pas, sans contredit, que de présenter bien des obscurités pour le diagnostique. Je crois que chez cet homme il y avait atonie cérébrale et même une perte assez notable des facultés intellectuelles; ce n'est pas avec conscience de ce qu'il disait qu'il a pu mettre M. Gallard dans l'erreur, en lui affirmant n'avoir jamais été malade; il l'a fait sans le vouloir, par suite de congestions secondaires résultant de l'asphyxie.

M. GALLARD fait remarquer que la trachéotomie aurait très-probablement présenté chez ce malade quelques difficultés opératoires en raison de la configuration du corps thyroïde dont le lobe moyen était très-développé.

M. DELASIAUVE demande à M. Gallard s'il a insisté avec persévérance et à plusieurs reprises sur les questions qu'il a adressées au malade.

M. GALLARD. J'ai formulé à cet homme ma demande de la façon suivante : « Vous savez que vous venez à Paris de temps en temps, était-ce pour vos affaires? » — « Oui, m'a-t-il répondu, je viens à Paris de temps en temps. » — Or, comme nous n'ignorons pas que les commerçants de province viennent à Paris pour veiller à leurs intérêts, la réponse de cet homme m'a paru naturelle. Enfin je lui ai demandé s'il était en traitement pour quelque maladie, et il m'a affirmé être d'une bonne santé habituelle. J'avoue que j'ai été complétement dévoyé par ces renseignements.

M. DELASIAUVE. Je désire faire observer, au point de vue psychologique, que, dans certains cas de congestion, les malades interrogés donnent des réponses pertinentes relativement aux faits passés, tandis que, pour les faits récents, la mémoire leur échappe entièrement.

M. MERCIER serait plus disposé à penser que cet homme avait pour but, dans ses voyages à Paris, de venir consulter un médecin spécialiste qui l'avait déjà interrogé au sujet d'accidents syphilitiques : aussi, pour ne pas éveiller de nouveau les soupçons, ce malade aurait caché la vérité.

M. FORGET. Il serait bon de rechercher quelle a été l'étude clinique que le médecin spécialiste a faite à propos du malade, et se convaincre s'il n'a pas méconnu l'affection.

M. GALLARD tend à penser que le diagnostic a été bien établi par

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 juin.

le médecin, car il voit sur le polype, principalement à la partie postérieure, certaines traces qui semblent indiquer qu'on a dû employer la cautérisation ou peut-être même faire des tentatives de section.

M. FORGET ne partage pas cette opinion : il ne trouve pas de trace aggressive faite par le chirurgien sur la tumeur qui est légèrement bilobée par un sillon médian. Il y a eu erreur de diagnostic de la part du spécialiste. Ce dernier, ne voyant rien dans l'arrière-gorge, aura pensé à une affection syphilitique et traitait en conséquence cet homme qui, ainsi que vient de le dire M. Mercier, a refusé de dire la vérité.

M. FORGET fait remarquer aussi que les troubles insolites qui ont été déterminés par la tumeur sont dus aux caractères anatomiques spéciaux, et surtout à la position qu'elle présente. Dans la majorité des cas où les polypes laryngiens donnent lieu à une gêne subite, à une suffocation instantanée et à des mouvements de toux convulsive, ils sont petits, pédiculés, parfois filiformes et surtout flottants, c'est-à-dire qu'ils jouissent d'une mobilité les plaçant dans des attitudes variés en rapport avec les intermittences de suffocation. Chez le malade de M. Gallard, au contraire, il y avait immobilisation complète du polype qui était servile et constituait une espèce de bouchon latéral incomplet, ne pouvant déterminer les mêmes phénomènes respiratoires que les polypes flottants.

M. GALLARD. J'aurai à compléter cette observation par l'étude histologique du produit morbide et celle de son siége et des connexions avec le ventricule laryngien.

LECTURE

M. CAMUSET lit un rapport sur la candidature de M. le docteur Lemoisne, au titre de membre titulaire dont voici les conclusions :

1° Renvoyer le travail de M. Lemoisne, au comité de publication;

2° Inscrire le nom de M. le docteur Lemoisne sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

ÉLECTION

M. le docteur BOISSARIE est nommé membre correspondant de la société.

LECTURE

M. GILLEBERT D'HERCOURT fils lit, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, le travail suivant :

Examen critique de l'influence que le séjour sur le littoral franco-italien exerce sur la marche de la phthisie pulmonaire. — Ayant eu, pendant plusieurs hivers, l'occasion de pratiquer la médecine dans une des stations méditerranéennes vers lesquelles on a coutume de diriger les phthisiques, j'ai pu observer directement et suivre les modifications que ce nouveau milieu imprime à la marche de la phthisie. Je crois m'être éclairé sur quelques dangers que fait courir aux malades le séjour dans un pays dont les conditions météorologiques sont particulières; je crois pouvoir indiquer une partie des accidents résultant de ces conditions.

Loin de moi la pensée de contester l'utilité qu'un climat plus doux peut offrir dans le traitement d'une foule de maladies chroniques, et en particulier celles qui se rattachent aux fonctions respiratoires; mais, pour ce qui concerne spécialement l'hivernage des phthisiques sur le littoral franco-italien, je dois dire que mes idées, d'abord favorables à cette pratique, se sont singulièrement modifiées par l'expérience.

Mon observation, il est vrai, n'a compris qu'un point limité du littoral, mais l'analogie qui existe entre les nombreuses stations qui y sont échelonnées est grande; les faits sur lesquels je m'appuie pourraient être plus nombreux, mais ils comprennent à peu près toutes les formes de la phthisie. Enfin, depuis que j'ai cessé d'exercer la médecine à Monaco, cinq années se sont écoulées pendant lesquelles il m'a été facile de me livrer, dans le centre de la France, à des études comparatives qui m'ont montré ce que l'on pouvait obtenir grâce seulement à une hygiène bien entendue, secondée par une médication rationnelle.

Aujourd'hui je n'hésite pas à offrir mes réflexions à mes confrères, bien convaincu qu'il y a lieu de reviser quelques points de la thérapeutique de la phthisie, en ce qui concerne l'hivernage des malades sur les bords de la mer, guidé dans mon travail par la vieille maxime : *Primo non nocere.*

Les spécifiques ont fait leur temps dans le traitement de la phthisie; les moyens pharmaceutiques, utiles quelquefois pour prévenir, utiles souvent pour combattre les complications, restent fatalement impuissants quand on les dirige contre la maladie elle-même. C'est au traitement hygiénique presque seul qu'on peut faire honneur des succès rares, mais réels, qu'on a obtenus, c'est à l'hygiène que nous devons rattacher quelque espérance.

Quand un médecin voit qu'un phthisique s'allanguit, quand il observe, sous l'influence de la lésion pulmonaire, des troubles profonds de la nutrition, une diminution graduelle des forces, un affaiblissement croissant de l'énergie vitale, il est aussi souvent porté à chercher un remède à cet état général de débilitation qu'à l'affection pulmonaire elle-même. Il cherche, par l'habitation dans l'atmosphère plus vivifiante des campagnes, par l'exercice en plein air, par une alimentation succulente à réveiller les mouvements organiques et à relever en quelque sorte le niveau de la vitalité. La perspective de l'hiver n'est pas une de ses moindres préoccupations, puisque cette saison va confiner le malade dans l'intérieur des appartements et s'opposer ainsi à l'emploi de la plupart des moyens par lesquels on s'efforçait de lutter contre les progrès du mal. Ajoutons à cela que l'hiver, par les transitions fréquentes des conditions météorologiques, par les abaissements subits de température, par le passage brusque du sec à l'humide, expose à des complications inflammatoires, et, pour le moins, à des catarrhes bronchiques qui aggravent les lésions déjà existantes, hâtent le ramollissement des parties qui n'étaient qu'infiltrées, et surtout déterminent des nouveaux foyers morbides qui s'ajoutent aux premiers. On comprend donc que la plupart des praticiens, animés du désir de soustraire leurs malades aux conséquences fâcheuses de l'hiver, aient profité avec empressement de l'amélioration des moyens de transport pour envoyer les phthisiques dans des régions moins froides, et où l'exercice en plein air leur fût permis. Telle a été l'origine des stations hivernales.

Mais déjà ces avantages, que la théorie indique, ne peuvent être obtenus qu'au prix d'inconvénients qui, dans des conditions données et pour certains individus, sont assez graves. Sans parler des impossibilités matérielles ou de la gêne considérable qu'un pareil déplacement peut imposer au plus grand nombre, sans compter l'influence fâcheuse que peuvent avoir la cessation des occupations ou des relations habituelles, la privation des soins de la famille, que beaucoup ne pourront pas retrouver dans la station vers laquelle on les dirige, il y a lieu d'accorder une importance notable à la fatigue qui résulte d'un voyage souvent fort long.

Mais supposons que le déplacement n'a été conseillé qu'à des gens capables d'en supporter les inconvénients, et que, d'autre part, pour éviter la fatigue et les brusques transitions, on fasse, suivant l'avis de M. le docteur H. Bermet, voyager les phthisiques à petites journées.

Voilà le malade arrivé à l'une de ces résidences où le soleil va être chargé de lui rendre la santé. Il va trouver là les conditions que nous énoncions plus haut : ciel pur, air tempéré, plus grande facilité pour les promenades.

Mais, sur n'importe quel point des bords liguriens, il devra toujours se tenir en garde contre un certain nombre de conditions atmosphériques liées intimement aux causes auxquelles ces pays doivent précisément la douceur de leur climat. Telles sont, par exemple, le refroidissement brusque et l'augmentation de l'humidité de l'air qui arrivent au moment du coucher du soleil. Telles sont encore les vents qui, dans les régions maritimes, se font sentir chaque jour à des heures déterminées et malheureusement les plus favorables à la promenade.

Voilà les avantages du séjour au littoral singulièrement restreints, si l'on veut rigoureusement garantir le malade contre ces divers inconvénients; or, quand bien même on emploierait, pour le faire, la réclusion absolue, on ne pourrait soustraire le phthisique à certaines particularités spéciales aux climats maritimes, et tenant tout à la fois à l'augmentation de la quantité d'ozone et à la présence, dans l'at-

mosphère, de particules salines. Je ne puis m'empêcher de répéter ici, mais pour en faire un usage opposé, une citation que M. de Valcourt inscrit sans commentaires et avec toutes ses conséquences à l'actif des stations maritimes.

« L'air, a dit M. le professeur Guéneau de Mussy, est le premier des aliments, il est aussi, dans la phthisie, le premier des médicaments, il ne fournit pas seulement les matériaux nécessaires à l'hématose, il introduit encore, dans l'économie, des substances absorbables auxquelles il sert de véhicule; il exerce une action *topique* sur la membrane muqueuse respiratoire, et, quand on réfléchit que nous respirons quinze à vingt fois par minute, que chaque inspiration fait pénétrer dans nos poumons un demi-litre d'air environ, on comprend la puissance de cet agent. » Ce langage ne prête pas à double entente, il s'agit d'effets thérapeutiques d'autant plus sérieux, que les substances auxquelles l'air servira de véhicule seront plus actives. Or que remarquons-nous de particulier dans l'atmosphère du littoral, si ce n'est, en première ligne, la présence de particules salines. Il est vrai que ce fait a été nié par quelques auteurs; mais ces dénégations tombent d'elles-mêmes, lorsque des expériences rigoureuses viennent non-seulement prouver l'existence du sel marin dans l'air, mais encore déterminer exactement une zone dans l'étendue de laquelle ce phénomène a lieu. (*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Œuvres d'Oribase.

Traduction par Ch. Daremberg. — Tome V. — Paris, 1873 (1).

Pour les règles de l'hygiène privée, pour celles qui conviennent aux différents âges de la vie, sommes-nous bien certains d'être plus avancés qu'Oribase? Voyons, et nous allons constater qu'à partir de six ou sept ans on devra confier les garçons et les filles à des maîtres de lecture doux et humains; les garçons de douze ans fréquenteront les grammairiens et les géomètres, se livreront aux exercices du corps depuis l'âge de quatorze ans jusqu'à l'accomplissement de la troisième septaine (d'années, c'est-à-dire vingt et un ans); il conviendra de cultiver les sciences, d'entendre les démonstrations philosophiques et d'augmenter les exercices en raison de la vigueur du corps, afin qu'en se fatiguant l'âme et le corps, les jeunes gens ne soient pas enclins à céder aux désirs qui les poussent vers les rapprochements sexuels... Voilà un programme tout tracé pour nos lycées et pour nos maisons d'éducation... Un régime mitigé de l'âme et du corps convient aux gens parvenus à l'âge du déclin, il faut diminuer leurs exercices et restreindre peu à peu la quantité des aliments; c'est en quelques lignes l'hygiène des vieillards.

Je signale en passant, pages 271 à 273, d'intéressantes remarques sur la séméiotique des urines et des crachats. Un peu plus loin, pages 274 à 324, il est question des fièvres; d'abord, des fièvres éphémères qui sont dues à des causes diverses et faciles à déterminer; l'absence complète de causes occasionnelles avant leur invasion est, au contraire, un des signes distinctifs des fièvres dues à la putréfaction... Ce passage est fort instructif et révèle un grand sens pratique, ainsi que ces quelques lignes qui suivent: « C'est encore une particularité propre aux fièvres putrides de commencer par un frisson, sans qu'il y ait eu auparavant un échauffement ou un refroidissement intenses; il en est de même pour *l'oppression* du pouls; on se sert de cette expression lorsque, au commencement de l'accès, les malades ont le pouls inégal et très-petit; car c'est là une propriété spéciale de cette classe de fièvres. Le signe le plus important pour reconnaître les fièvres qui tiennent à la putréfaction consiste dans la qualité de la chaleur; en effet, cette chaleur est mordante de manière à ronger au contact ». J'insiste sur ce fait d'observation, car, malgré les travaux modernes sur le degré de chaleur dans les maladies, j'attache bien plus d'importance à la *qualité* qu'à la *quantité* de cette chaleur; je crois toujours que la constatation d'un ou deux degrés en plus ou en moins aura beaucoup moins de valeur pour le praticien que les données fournies par la *qualité* de la chaleur, par ces nuances exprimées par les mots douce, âcre, halitueuse, mordicante. Aujourd'hui par exemple, comme du temps d'Oribase, n'est-il pas exact qu'on ne trouve que dans la fièvre typhoïde cette sensation particulière et douloureuse que l'extrémité des doigts éprouve en explorant le malade, *cette chaleur mordante de manière à ronger au contact*, comme le dit le vieux médecin de Rome. Malheureusement ces appréciations sont personnelles, on ne peut les exprimer ni par des chiffres ni par un instrument quelconque; mais la pratique y conduit, et je ne saurais trop recommander aux jeunes gens de se familiariser avec cette précieuse méthode d'analyse.

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 juin 1874.

Je ne dirai rien du traitement des fièvres intermittentes qui, du reste, a été nul jusqu'à la découverte du quinquina; mais je rencontre, page 288, une idée fondamentale, qui a été retrouvée et développée par Pinel, savoir que « à chaque espèce de fièvre intermittente correspond une fièvre continue appartenant au même genre ».

Le neuvième livre de la *Synopsis* s'ouvre par des considérations sur les maladies de poitrine et traite ensuite très-succinctement des affections de l'estomac, du foie, des reins, des maladies des femmes et de la goutte. Oribase avait parfaitement saisi les relations qui existent entre l'hémoptysie, l'épanchement pleurétique et la phthisie. La phthisie, dit-il, est un ulcère du poumon; c'est une conséquence de la suppuration ainsi que des crachements de sang.... On appelle suppurés empyématiques ceux qui ont une grande quantité de pus dans la poitrine et dans le poumon; le pus se fraye une route par le haut ou par le bas... S'il n'est pas rapidement rejeté par les crachats, les malades deviennent phthisiques, et ils ont toujours une petite fièvre hectique...

La matière médicale d'Oribase n'est pas à la hauteur de son hygiène ni de sa pathologie. Il y a même entre elles un contraste dont il est difficile de se rendre compte, tant sont accumulées des formules incohérentes, tant sont nombreuses les substances les plus insignifiantes; c'est l'enfance de l'art avec ses crédulités poussées souvent à l'extrême; mais je serais mal inspiré de m'arrêter sur ces puérilités et sur ces obscurcissements du bon sens; il faut faire la part des temps. Ainsi, restant dans le même ordre d'idées, je ne doute pas que la génération future ne fasse sortir de nos pharmacopées bien des formules qui les déparent encore, et que l'on arrivera à ne conserver dans la pratique que les médicaments d'une action réelle, d'une puissance évidente et présentés sous la forme la plus simple. Pour mon compte, dans ma longue carrière de médecin de soldats, je n'ai cessé de demander qu'on réduisît le nombre de ceux inscrits au formulaire des hôpitaux militaires, surtout aux armées en campagne, où leur grande quantité devient une cause incessante d'embarras et de pertes pour le trésor. Je formule le même désir pour les pharmacies civiles qui, pour satisfaire à des ordonnances plus ou moins fantaisistes, sont condamnées à s'approvisionner de substances qui restent souvent plusieurs années à attendre leur emploi d'une utilité ordinairement fort douteuse.

La seconde moitié de ce cinquième volume est un traité sur les médicaments faciles à se procurer et qui porte le nom

d'*Euporistes*. Oribase a fait cet ouvrage pour répondre au désir de son ami, *le très-excellent et très-éloquent Eunape;* j'ai compris, lui dit-il, que vous aviez un grand désir de connaître, autant que cela peut se faire, le mode de traitement des maladies, quel qu'en soit le nombre, par des remèdes non composés et faciles à se procurer, afin que, soit en voyage, soit à la campagne, soit partout ailleurs, lorsque vous n'avez pas de médecin sous la main, vous puissiez promptement et d'une manière appropriée aux maladies, vous servir de cette connaissance pour les cas subits, surtout pour ceux qui sont aigus et demandent des soins instantanés.

Si l'on n'avait pas perdu l'admirable ouvrage de Galien sur le même sujet, il se garderait bien, ajoute-t-il, de le traiter lui-même, et il ne se décide à le faire que parce que les auteurs qui l'ont entrepris, Discoride, Apollonius et Rufus lui-même ne l'ont fait que d'une manière insuffisante et tout à fait superficielle.

Il divise son opuscule en quatre livres : dans le premier, il expose quelques-uns des principes hygiéniques qu'il a consignés dans son grand ouvrage et dans sa *Synopsis;* dans le deuxième, il traite des propriétés générales et des utilités de chaque médicament simple; dans le troisième et le quatrième, il indique le choix des médicaments qui conviennent à chaque affection après avoir reconnu le siége et la nature du mal.

On voit, d'après cet exposé, qu'il nous est inutile de nous étendre davantage sur les *Euporistes;* ce serait répéter ce que nous avons dit sur la *Synopsis ;* nous nous contenterons de rappeler ce que nous avons écrit dès le début de cet acticle, c'est que les *Euporistes* forment un petit traité de médecine domestique, à l'usage des gens du monde bien plus qu'à celui des médecins.

Malgré la mort si prématurée et si regrettable de M. Daremberg, la traduction des œuvres d'Oribase sera faite au complet par l'apparition prochaine d'un sixième volume. Ainsi nous aurons l'idée entière de l'antiquité médicale : ces œuvres, d'une part, nous faisant connaître ce qu'il y a d'essentiel dans les auteurs de second ordre, dont il ne reste plus aucune trace ailleurs; d'autre part, les deux grandes figures de ces temps reculés nous ayant été restituées, la plus grande par M. Littré, la seconde par M. Daremberg, dont la traduction de Galien paraît malheureusement devoir rester inachevée.

Mais, tout en témoignant notre admiration pour ces deux illustres traducteurs, la justice veut que nous reportions une part de notre reconnaissance sur les éditeurs qui ont entrepris ces publications, en sachant bien que ce n'était pas là une opération commerciale fructueuse : en le faisant, les Baillière ont bien mérité de la science ; ils ont placé leur nom à côté de celui des Panckoucke et des Didot, ces savants imprimeurs qui, de nos jours, ont repris les nobles efforts que les Estienne et les Elzevir, aux quinzième, seizième et dix-septième siècles, avaient déployés avec tant d'honneur et d'éclat pour la propagation des lettres et la diffusion des lumières. MAILLOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Bordeaux. — MM. les docteurs Solles et Landes, médecins-adjonts, sont attachés à l'hôpital Saint-André.

M. le docteur Mandillon est nommé médecin-adjoint de l'hospice des Vieillards et de l'hospice des Incurables.

M. le docteur de Lagarde est nommé, au concours, chirurgien-adjoint des hôpitaux.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gabrielli, décédé à Paris dans sa soixante-douzième année.

— A céder de suite une très-bonne clientèle à Beaucaire (Gers). — S'adresser au bureau du journal.

— On demande un médecin pour la commune de Gros-Theil (Eure), à 16 kilomètres d'Elbeuf. — S'adresser au bureau du journal.

Du traitement de la folie par le chlorhydrate de morphine, par le docteur Auguste VOISIN, médecin de la Salpêtrière. — In-8° de 54 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1874, Octave Doin.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 76. — JEUDI 2 JUILLET 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 2 JUILLET 1874. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On a procédé à une élection dans la section de chimie. M. Giraud-Teulon l'a emporté de dix voix sur son principal concurrent, M. Bouis.

Le reste de la séance a été consacré à des débats très-orageux sur une question de convenances académiques. L'Académie, en repoussant les conclusions de M. Delpech et en votant l'ordre du jour, n'a voulu atteindre ni le rapporteur, ni la commission, ni M. Méhu, dont une préparation nouvelle était en cause.

Elle a craint seulement de voir sa dignité compromise dans les prospectus d'une exploitation pharmaceutique.

Les arguments donnés de part et d'autre étaient beaucoup trop personnels pour intéresser nos lecteurs. Mais nous ne pouvons qu'approuver l'abstention de l'Académie en ce qui touche l'approbation ou l'improbation d'un nouveau remède.

D'abord la valeur d'une médication est quelque chose de relatif, tenant à mille conditions qui ne se réalisent pas toujours quand on les cherche. Une commission académique n'aurait jamais le temps d'attendre que la pratique lui révélât toutes les indications ou contre-indications de ce qu'elle aurait à juger. Elle se déciderait au hasard, d'après les premiers cas qui se seraient rencontrés.

Ce n'est pas le hasard d'un vote, c'est l'expérience d'une ou plusieurs générations qui peut servir à éclairer le praticien sur ce qu'il doit attendre d'une préparation donnée.

L'Académie l'a déjà bien compris en instituant sa commission des remèdes secrets et nouveaux, commission spécialement chargée de repousser indifféremment, sans hésitation, tout ce que l'on soumet à son examen.

De cette manière, on ne croit pas que la savante compagnie s'érige en tribunal suprême de médecine et songe à rendre des arrêts semblables à ceux du Parlement sur le quinquina ou l'émétique.

Elle a une trop juste idée de ce qu'elle peut et doit faire pour encourir ce ridicule.

Ce n'est pas son moindre mérite.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC

Syphilis gommeuse, précoce et réfractaire à l'iodure de potassium (1).

III.

Du processus général de cette syphilide gommeuse : brièveté extrême de la phase virulente consécutive à l'accident primitif; — localisation exclusive de ses manifestations sur le tégument externe.

Précocité insolite des gommes survenues trois mois après le début du chancre. Leur tendance fatale à l'ulcération.

Il est vrai que cette première phase a existé; mais elle a été très-courte et incomplète; et ce n'est pas là une des anomalies les moins remarquables. Au lieu d'avoir une durée moyenne, comme c'est le cas ordinaire, de deux ou trois ans, elle a disparu, au bout de deux ou trois mois, pour ne plus revenir. Au lieu d'attaquer simultanément la peau et les muqueuses, elle s'est confinée sur le tégument externe sous la forme d'une roséole papuleuse discrète. Il n'y a eu ni plaques muqueuses labiales, ni angine spécifique. Or, comme ces dernières lésions constituent de petits foyers morbides dont la virulence est d'autant plus grande qu'elles surviennent à une époque plus rapprochée du début de la maladie, il est probable que notre malade eût été incapable de transmettre la syphilis par contagion, même pendant cette période, qui a suivi de si près le chancre infectant.

A partir du moment où les productions gommeuses se sont montrées, toute trace de syphilide cutanée a disparu, et il n'est survenu depuis aucune autre manifestation de cette nature. Un pareil fait donnerait raison aux syphiliographes, qui ont établi comme une loi que la syphilis ne remontait pas son cours; c'est-à-dire qu'une série d'accidents d'une certaine date, ayant fait place à une série d'accidents d'une date plus avancée, était presque toujours éteinte et ne pouvait pas se reproduire. Cette loi, ou mieux cette règle, dont je ne conteste pas la valeur, n'est cependant pas absolue. J'ai vu plusieurs cas dans lesquels des syphilides superficielles et jeunes se sont montrées chez des individus atteints depuis plusieurs mois de syphilis viscérale. Il est vrai de dire que, dans ces faits, la détermination de la syphilis sur les viscères splanchniques avait été prématurée.

Il y avait dix mois que le chancre syphilitique avait débuté

(1) Fin. — Voir les numéros des 11, 18, 23 et 25 juin 1874.

chez notre malade, lorsque la première tumeur gommeuse fit son apparition ; un deuxième survint peu de temps après. Le malade était encore sous l'influence de la cachexie initiale. Ces deux tumeurs suppurèrent et devinrent ulcéreuses. Il y eut alors un temps de repos pendant lequel l'organisme, si fortement éprouvé, reprit des forces et revint à un état de santé presque parfait.

A partir du huitième mois de la syphilis, de nouvelles poussées de tumeurs gommeuses eurent lieu sans interruption pendant trois ans et demi. Tel a été, dans son ensemble, le *processus* de cette troisième phase.

Sa précocité est vraiment extraordinaire. La plupart des auteurs disent, en effet, que les gommes n'apparaissent qu'exceptionnellement, au bout d'un an, deux ans, et qu'elles constituent presque toujours un des symptômes les plus tardifs de la syphilis, puisqu'elles sont le type des accidents tertiaires. Eh bien, ici, c'est au troisième mois qu'elles se montrent. Or, malgré leur précocité, elles ont eu une tendance fatale à l'ulcération dès le début, et, sauf deux ou trois, aucune n'a présenté cette disposition résolutive des suffusions plastiques qui se manifestent quelquefois sur le périoste ou dans le tissu conjonctif pendant la période secondaire de la syphilis. N'est-ce pas là une preuve que la maladie était bien devenue d'emblée diathésique, constitutionnelle, et avait définitivement quitté son caractère de maladie toxique et virulente? On pourrait m'objecter que, si les produits morbides sécrétés par ces tumeurs avaient été inoculés à un individu non syphilitique, ils auraient peut-être donné lieu à un chancre infectant, etc. L'expérimentation n'ayant pas été faite, il m'est impossible de répondre catégoriquement par la négative. Toutefois les tentatives de cette nature sur les tumeurs gommeuses, moins rapprochées de l'accident primitif, il est vrai, mais de contexture identique, n'ayant produit aucun résultat, il est probable qu'il en eût été de même dans le cas qui nous occupe.

IV.

Tumeurs gommeuses circonscrites et tumeurs gommeuses diffuses. Identité de leur nature. — Productions gommeuses périostiques. — Caractères de l'arthropathie complexe du genou gauche. Tumeur blanche syphilitique. — La cachexie initiale n'a pas été suivie ultérieurement d'un état morbide analogue.

Si l'on envisage ces productions gommeuses au point de vue de leur conformation extérieure, on verra que les unes étaient circonscrites et les autres diffuses. Les premières seules mériteraient, à la rigueur, le nom de gommes; mais les autres sont évidemment de la même famille et consistent en une hyperplasie non limitée, non condensée de la substance conjonctive. Leur évolution lente et chronique, leur tendance ulcérative, leur siége, la date de leur apparition, etc., confirment, du reste, leur identité de nature avec la gomme proprement dite.

Quelques-unes de ces productions gommeuses diffuses siégeaient au niveau des articulations, et, comme elles semblaient avoir des racines très-profondes, il est probable qu'elles avaient pris naissance dans le périoste. Il n'a pas existé, cependant, de lésion osseuse bien manifeste; à peine a-t-on trouvé quelquefois un peu d'augmentation de volume dans les extrémités des os sous-jacents.

Les gommes ont donc été exclusivement limitées au tissu conjonctif sous-cutané, et peut-être à quelque point du périoste. Elles n'ont envahi ni les muscles, ni les viscères. Quant à l'affection du genou, qui est survenue à la fin de la maladie, si l'on ne peut l'attribuer exclusivement aux productions gommeuses, il faut reconnaître qu'elles n'y ont pas été étrangères. Je n'ai vu que la première phase de cette arthropathie compliquée; il m'a semblé que la tuméfaction subaiguë, située au-dessous de la rotule, dépendait d'une infiltration plastique des masses du tissu conjonctif de cette région. Cette production morbide a suppuré, puis s'est ulcérée de la même façon que les tumeurs gommeuses. L'extrémité supérieure du tibia a été un peu touchée et est devenue plus volumineuse. Les cicatrices péri-articulaires lui adhéraient, etc. En un mot, autant que j'en puis juger, n'ayant pas suivi le malade pendant la longue durée de cette arthropathie, il s'était produit là une sorte de tumeur blanche syphilitique.

Les désordres résultant de la fonte et de l'ulcération des gommes n'ont pas été considérables. L'arthropathie du genou a constitué l'accident le plus sérieux de cette syphilis. J'avais craint un instant que la fistule du canal de Sténon, consécutive à la gomme de la joue, fût difficile à guérir ; mais on a vu avec quelle facilité elle s'était fermée après une seule cautérisation, bien qu'elle traversât un tissu cicatriciel de nouvelle formation, qui paraissait doué de peu de vitalité.

A partir du moment où le malade a définitivement triomphé de la cachexie initiale qui l'avait si fortement éprouvé, il n'est plus retombé, ou, s'il a éprouvé des alternatives de mieux ou de plus mal, elles ont oscillé dans des limites assez étroites, pour qu'on n'en doive pas tenir compte dans une vue d'ensemble sur l'évolution de cette syphilis. En somme il n'y a pas eu d'incompatibilité entre ces nombreuses gommes ulcérées et un état de santé relativement très-bon. Ajoutez à cela que le malade a supporté, sans en souffrir, des doses énormes d'iodure de potassium.

V.

Cette syphilis gommeuse a été réfractaire à l'iodure de potassium. Effets préventifs du médicament : ils sont à peu près nuls. — Ses effets curatifs. — Cas dans lesquels ils échouent, etc.

Mais pourquoi cet agent thérapeutique si puissant, si efficace dans les manifestations diathésiques de la syphilis, n'a-t-il produit ici aucun de ces résultats curatifs infaillibles qu'on s'accorde à lui attribuer? J'avoue que ma déception eût été grande, si je n'y avais été préparé par des insuccès antérieurs. Avez-vous remarqué combien souvent les merveilles de certains médicaments, qu'on exalte dans les traités de thérapeutique, s'évanouissent lorsqu'on en vient à l'application? Je ne veux pas dire qu'il en soit ainsi pour l'iodure de potassium; toutefois on se ferait d'étranges illusions si l'on supposait qu'il suffit de l'administrer, même à une forte dose, pour guérir toutes manifestations de la syphilis tertiaire.

Dans son action, comme dans celle du mercure, il faut considérer l'effet préventif et l'effet curatif.

Or, en me renfermant, bien entendu, dans le cas qui nous occupe, l'effet préventif de l'iodure de potassium a été absolument nul. J'ai eu beau l'administrer à la dose de 8 grammes pendant plusieurs mois consécutifs, seul ou combiné avec l'hydrargyre, je n'ai empêché aucune gomme de se manifester; et celles qui sont survenues pendant que l'organisme était sous l'influence du médicament ont parcouru toutes leurs périodes de la même façon que si l'on n'avait soumis le malade à aucun traitement spécifique. On me dira peut-être : Mais si vous n'aviez pas administré l'iodure de potassium à ces

doses et avec cette continuité, au lieu de dix ou douze tumeurs gommeuses, votre malade en aurait eu le double ou le triple; au lieu d'une syphilis gommeuse externe limitée au tissu conjonctif sous-cutané, tout l'organisme, muscles, nerfs, os, cerveau, viscères de l'abdomen et de la poitrine, eût été farci de ces productions morbides! — Avec de pareils hypothèses, il serait impossible de raisonner en thérapeutique. Le médecin qui a l'habitude d'une maladie, qui sait comment elle se comporte à ses diverses périodes; qui a souvent calculé sa marche, supputé sa durée, étudié longtemps, à plusieurs reprises et sous tous ses aspects, la physionomie de ses manifestations; qui a manié dans une infinité de cas les médicaments ou les médications qui lui conviennent, etc., a de grandes chances de ne pas se tromper dans son appréciation sur les effets curatifs des agents qu'il emploie. L'expérience acquise est d'un poids plus grand, en pareil cas, que des objections irréfutables. Au surplus ne pourrait-on pas répondre que l'iodure de potassium n'ayant pu empêcher les tumeurs gommeuses de pousser dans le tissu cellulaire sous-cutané, quand il leur en a pris fantaisie, il est peu probable qu'il eût été plus heureux si elles avaient eu la velléité de choisir une autre région et d'autres organes, etc. Il me semble donc qu'il est rationnel d'assimiler, sous le rapport de l'action préventive, l'iodure de potassium au mercure, et qu'on peut dire, sans être taxé d'un scepticisme exagéré, que si cette action préventive n'est pas nulle, elle est du moins extrêmement faible.

Quant à son action curative, ce serait une véritable hérésie thérapeutique de la nier. Seulement on s'exposerait à de nombreux mécomptes si l'on avait en elle une foi absolue, et si l'on admettait que, dans tous les cas, elle se développe avec toute sa plénitude et fait disparaître comme par enchantement les manifestations graves de la syphilis tertiaire.

Je ne crains par d'avancer qu'ici, par exemple, pour je ne sais quelle raison, cette action curative a été déplorablement faible, si toutefois elle s'est manifestée. J'ai suivi ce malade avec la plus grande attention et pendant longtemps; j'aurais été heureux de voir se résoudre ces tumeurs qui pullulaient malgré tous mes efforts. Eh bien, à aucun moment je n'ai pu saisir une de ces améliorations rapides qui contrarient les allures habituelles de la lésion, sont, pour ainsi dire, en dehors de ses mœurs, et font dire à coup sûr : Voici que le médicament agit; sans lui vous auriez eu telle marche, telle durée, telle terminaison; le processus morbide est enrayé, l'involution thérapeutique commence et a promptement abouti à la guérison, etc.....

Combien d'affections viscérales de nature syphilitique sont réfractaires comme notre syphilis gommeuse, à l'action de l'iodure de potassium! En général, presque toutes celles qui siègent dans le parenchyme des organes ne guérissent pas et résistent au médicament. Il a beaucoup plus d'efficacité dans les affections osseuses des parois splanchniques qui intéressent secondairement les viscères.

S'il échoue quelquefois, il y a des cas où il produit des effets curatifs vraiment merveilleux. En voici un exemple; je le cite parce que la dame, âgée de soixante-quatorze ans, n'était pas, par le fait de son âge, dans des conditions d'activité plastique bien aptes à mettre en œuvre la vertu d'un médicament et à lui faire produire tout son effet curatif. C'est pourtant ce qui eut lieu. La patiente avait sur la face interne du tibia gauche une tumeur gommeuse suppurée et, un peu plus haut, une autre non suppurée. Il existait, en outre, chez elle une périostose volumineuse de l'extrémité inférieure du radius droit. Je la fis entrer en juin 1865 à l'infirmerie de l'hospice des Ménages, dont j'étais alors médecin, et je lui fis administrer immédiatement de l'iodure de potassium, en débutant par la dose d'un gramme. Je me rappelle que je fus stupéfait du résultat. Presque instantément et à vue d'œil, une grande amélioration se produisit dans ces tumeurs. Pour en donner une idée, voici ce que je trouve dans mes notes : Le traitement fut commencé le 28 juin; je mesurai ces tumeurs, et le 6 juillet, c'est-à-dire huit jours après, je constatai qu'elle avaient diminué de plus de moitié.

Eh bien, pourquoi n'en a-t-il pas été ainsi chez notre malade. Il était pourtant jeune, vigoureux, d'une santé robuste, d'une constitution exempte de toute autre diathèse que la syphilis et bien autrement doué physiquement que cette pauvre vieille femme arrivée à l'âge de la décrépitude! Réponde qui pourra à cette question. Quant à moi, j'aime mieux ne rien dire que de me perdre en des suppositions sans fondement.

Est-ce un procès que j'intente à l'iodure de potassium? Non. J'ai voulu dire seulement que son cas aurait besoin d'être étudié, revisé et discuté comme celui du mercure.

En résumé :

1° Le chancre infectant le plus simple peut donner lieu à une syphilis irrégulière;

2° Parmi les anomalies de la syphilis, il en est une qui consiste dans la brièveté et la bénignité des accidents cutanés et muqueux, et l'apparition précoce des productions gommeuses;

3° L'observation qui précède prouve que les productions gommeuses surviennent quelquefois trois mois après le début du chancre;

4° Ces gommes précoces évoluent comme la gomme des syphilis anciennes. Il est possible qu'elles n'aient aucune tendance à la résolution et qu'elles soient absolument réfractaires à l'iodure de potassium qui ne peut ni les prévenir ni les guérir.

CHARLES MAURIAC.

Des indications de l'amputation de la jambe. Résultat ultime de la conservation.

Par F. PONCET, professeur agrégé à l'école de médecine militaire du Val-de-Grâce (1).

On connaît les lésions qui nécessitent l'amputation; parmi celles-ci figurent, en première ligne, les lésions graves de l'articulation supérieure ou inférieure. En général, quand un projectile de guerre agit au niveau de l'extrémité supérieure du tibia, l'amputation de cuisse ou la désarticulation deviennent nécessaires; de même les lésions de la partie postérieure du pied conduisent à l'amputation susmalléolaire. Nous n'avons en vue, en examinant les conditions de l'amputation pour les fractures de jambe, que l'amputation soit dans les condyles (de Larrey), soit au lieu d'élection, soit au-dessous de ce point. Nous écartons l'amputation de cuisse, conséquence des lésions de la tête tibiale, et l'amputation susmalléolaire, suite des blessures du pied.

L'opportunité des amputations a, dans ces derniers temps, beaucoup attiré l'attention de la chirurgie militaire. Les travaux de Chenu réunissent de nombreuses statistiques, ceux de Legouest, les études de Spillmann cherchent à interpréter ces chiffres, les travaux du conseil de santé américain (*Washington's Surgeon general's office*) les statistiques allemandes, les thèses inaugurales relatives à la guerre de 1870, nous mettent en possession de matériaux dignes d'attention.

Mais établissons d'abord que, d'accord avec Chenu lui-même, nous n'admettons pas les résultats bruts tirés de l'addition de ces

(1) Ce travail est extrait de l'important article consacré à la JAMBE dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, tome XIX.

chiffres; la manière dont Spillmann a procédé ne nous paraît pas conduire à une notion exacte de la vérité, si elle existe. Notre confrère, aux travaux remarquables duquel nous attribuons une grande importance, part de ce principe : il y a eu X fractures traitées par la conservation, qui fournissent une mortalité A. Un autre nombre X de fractures, traitées par l'amputation, a donné une mortalité B. A étant plus petit que B, il vaut mieux conserver qu'amputer. Mais on a oublié, et les deux camps ont le droit de réclamer à ce sujet, que souvent si l'on a amputé on ne pouvait faire autrement, et que si on a conservé l'on ne pouvait pas et on ne devait pas amputer.

Déjà, en Crimée, après l'expérience des guerres de l'empire, des émeutes de Paris, de la guerre d'Afrique, la chirurgie ne considérait plus tous les coups de feu à la jambe comme devant être suivis fatalement d'amputation; il faut donc admettre que ceux qui conservèrent une jambe brisée par une balle, en Crimée, avaient leurs raisons, et que ceux qui amputaient en avaient d'aussi bonnes. Par conséquent, dans les chiffres fournis comme les donnent toutes les statistiques jusqu'ici, il y a un certain nombre de cas pour lesquels ni l'amputation ni la conservation ne faisaient doute pour personne, et la mortalité de ces opérations, quelle qu'elle soit, ne pourrait changer la conduite du chirurgien; le débat repose donc seulement sur les faits douteux, et ceux-ci ne sont malheureusement pas séparés dans les statistiques. A-t-on tenu compte de ces conditions? Nullement. Viendra-t-il à l'idée d'un chirurgien d'amputer une jambe brisée par coup de feu, quand il n'y a ni esquilles, ni déplacement, ni lésion artérielle? Et cependant, de par la statistique, un cas de ce genre entrera en ligne de compte pour prouver que, s'il y a lésion de l'artère, du nerf et perte de substance osseuse ou cutanée considérable, il faut amputer.

Spillmann a bien compris le vice dont sont entachés ces chiffres, et il a voulu les corriger au moins en ne prenant que les pensionnés comme indiquant les cas les plus graves, où selon lui l'amputation aurait pu être pratiquée. Cette assertion n'est pas admissible. Un cal vicieux avec cicatrice débile ou ulcérée, un raccourcissement par mauvaise coaptation, donnent droit à une pension sans que pour cela on ait jamais eu l'idée d'amputer le pensionné; d'autre part, une fracture grave peut guérir quelquefois sans empêcher le malade de gagner sa vie et sans nécessiter plus qu'une gratification. Voyons néanmoins à quoi on arrive en examinant les cas douteux ou graves, Spillmann a pris soin de définir ce qu'il fallait entendre sous cette dénomination : ce sont les fractures avec esquilles très-nombreuses, causant perte de substance considérable des deux os ou du tibia seulement, ou encore les fractures s'accompagnant de félures allant jusqu'aux articulations, cas pour lesquels est réservée l'amputation dans les traités classiques. Il s'agit de connaître la règle de conduite qu'indiqueraient les statistiques dans ces cas. D'après un de nos jeunes confrère de l'armée, Robuchon, qui a réuni dans une thèse des plus remarquables des chiffres bien plus importants que ceux de Chenu et Spillmann, 4,413 amputations de jambe ont donné 1,981 décès, soit 44,88 pour 100; les amputations primitives ont fourni une mortalité de 44.27 pour 100; les amputations consécutives, une mortalité 59.25 pour 100.

Ces résultats comprennent le siége d'Anvers, les journées de Paris, les guerres de Crimée, d'Italie, d'Amérique, du Danemark, de l'Allemagne et quelques résultats connus de 1870-1871 (Strasbonrg, Metz, Paris).

Jusqu'ici, jamais un chiffre total n'a exprimé une aussi grande généralité de conditions hygiéniques, toutes appartenant à la chirurgie d'armée.

Au dernier moment, Chenu nous a communiqué les résultats généraux des amputations de jambe dans la dernière guerre; ces chiffres sont effrayants par le quotient de la mortalité.

En effet, sur 3,704 amputations de jambe, il y a eu : 3,055 décès; 654 guéris; soit une mortalité de 82.34 pour 100.

Les 654 guéris ainsi répartis : au quart supérieur, 20; au tiers supérieur, 286; au tiers moyen, 34; au quart inférieur, 45; audessus des malléoles, 26; sans indication, 243; total, 654.

D'autre part, la chirurgie conservatrice des fractures de jambe nous donne :

	PENSIONNÉS	GUÉRIS	MORTS
En Crimée	94	298	135
	32	69	8
En Italie	129	39	53

Nous croyons utile de conserver les cas portés *guéris* par Chenu, car ils contiennent un total de 154 fractures par éclats d'obus, et nous connaissons trop bien la gravité de ces blessures pour les ranger parmi les cas légers.

Soit donc : pensionnés 255; guéris, 426; morts, 191, ou 22 p. 100 de mortalité.

Nous ne connaissons pas les chiffres fournis par la chirurgie conservatrice à la jambe pendant la guerre de 1870.

La conclusion est formelle, il faut donc mieux conserver qu'amputer, même à la jambe. Pour la désarticulation du genou et l'amputation de la cuisse au tiers inférieur, la mortalité est telle qu'il existe un écart énorme comparativement à la conservation.

L'amputation de cuisse, sur 4,234 opérations faites à Anvers, à Paris (1830), en Crimée, en Italie, en Amérique, en Allemagne (pendant la guerre de 1870), a fourni une mortalité de 77 pour 100; et 205 désarticulations une moyenne de 69,25 pour 100.

Donc, en chirurgie de guerre, la statistique démontrant une mortalité beaucoup plus grande, pour les cas mêmes les plus graves, dans les amputations de jambe que dans les cas traités par la conservation, il vaudrait mieux conserver qu'amputer.

Sur 100 amputés, il en meurt 44 (et ce chiffre bénéficie des progrès de l'hygiène hospitalière chez les nations étrangères); sur 100 jambes conservées il ne meurt que 22 sujets.

Nous ne voulons, malgré tout, accepter ni ces conclusions, ni celles de Spillmann, qui penche pour l'amputation dans les complications graves, et nous demandons quel est le chirurgien qui, en présence du malade, aura recours à ces chiffres pour tracer sa ligne de conduite; il examinera la blessure, les délabrements, la perte de substance des os, l'état des vaisseaux, il fera surtout entrer en ligne de compte l'hygiène du malade, et il décidera.

Que les chirurgiens de Paris établissent des statistiques pour leur pratique dans les hôpitaux de l'Assistance publique, rien de mieux : les conditions resteront assez longtemps les mêmes pour que les solutions numériques puissent servir à leurs successeurs. Il n'en est pas de même à l'armée, où les modificateurs hygiéniques, tout-puissants, varient tellement suivant la fortune de la guerre, que les règles résultant d'une campagne sont contredites par la guerre suivante.

Les chiffres connus de la guerre de 1870 seraient véritablement décourageants, si l'on devait baser sur eux une ligne de conduite pour la chirurgie opératoire; mais ils ne doivent constituer, nous l'avons dit, qu'un coefficient de notre hygiène hospitalière militaire.

Legouest, accordant une faible valeur aux chiffres, croit l'amputation indispensable si les deux os de la jambe sont broyés dans une grande étendue, ou le tibia seul fracturé avec éclats volumineux et perte de substance considérable.

Nous avons déjà fait remarquer que la lésion de l'artère n'était pas un cas d'amputation. La ligature, soit d'après la méthode d'Anel, soit dans la plaie, la compression mieux encore, suffisent pour arrêter l'hémorrhagie.

Dans la pratique civile, les conditions de traumatisme n'étant pas les mêmes, la stupeur consécutive aux contusions par éclats d'obus étant beaucoup plus rare, les soins, les conditions hygiéniques étant surtout différents, il y a lieu de voir si la statistique nous donne d'autres résultats.

Robuchon, réunissant encore pour les amputations traumatiques la pratique de Malgaigne, des hôpitaux de Londres, de Liverpool, de Devon, de Glasgow, de l'hôpital de Leeds, a réuni : 201 amputations primitives donnant 87 décès, soit 43 pour 100 de mortalité; 125 amputations secondaires ont fourni 61 décès, soit 45 pour 100.

Pour la conservation nous connaissons les résultats suivants :

Th. Bryant, à Guy's hospital, donne sur 129 cas, 35 morts; Leisrinck, à Hambourg, sur 41 cas, 19 morts; Weber, à Heidelberg, sur 11 cas, 3 morts; Norris, de Philadelphie, sur 111 cas (parmi lesquels 53 accidents de chemins de fer), 36 morts; total 292 cas, 93 morts. Soit 31 pour 100 de mortalité.

D'après la statistique, nous retrouvons donc, avec un écart moins grand toutefois, les règles qui seraient applicables à la chirurgie d'armée. Dans les hôpitaux civils des grandes villes, pour les fractures compliquées, il vaut mieux conserver qu'amputer. Nous voudrions ne pas avoir énoncé cette conclusion que des faits bien choisis et très-nombreux permettraient seuls d'établir. La discussion de 1869 à la Société de chirurgie n'a pas beaucoup éclairé cette question : sauf la large communication articulaire, pour laquelle l'amputation a été déclarée nécessaire, les autres complications n'ont pu être jugées par une règle précise. La loi la plus vraie est assurément celle qu'a posée Verneuil, recommandant de considérer surtout l'état organique du blessé, l'état anatomique de la blessure et le milieu dans lequel on observe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 juin 1874. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'intérieur adresse à l'Académie des échantillons de lait condensé, avec prière de donner son avis sur ce produit, au point de vue de l'alimentation des enfants du premier âge. (Renvoi à la commission de l'hygiène de l'enfance.)

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Chevance sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Passy en 1873 ;

2° Un rapport final de M. le docteur Lebêle, médecin des épidémies pour l'arrondissement du Mans, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Neuvillallais, en mai dernier ;

3° Un compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Meuse en 1873 (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Pannaire accompagnant l'envoi d'un travail pour le concours du prix Barbier ;

2° La relation d'une épidémie de petite vérole qui a régné en 1870 et 1871 dans le département de la Somme, par M. le docteur Lenoel, médecin à Amiens ;

3° Une lettre de M. le docteur Laussedat, médecin à Bruxelles, accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *Études médicales et sociales sur la Suisse.*

PRÉSENTATIONS

M. Laboulbène présente, au nom de l'auteur, M. le docteur Fredet, médecin à Clermont-Ferrand, un opuscule intitulé : *Quelques notes sur les accidents produits par la morsure de la vipère.*

M. Amédée Latour présente : 1° au nom de l'auteur M. le docteur Castan, une brochure intitulée : *De l'enseignement de la médecine, son caractère et son but ;* 2° au nom de M. le docteur Chéreau, l'article *Charlatanisme*, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Bérenger-Féraud, médecin en chef de la marine, un volume intitulé : *De la fièvre jaune au Sénégal.*

M. Chatin dépose sur le bureau un volume intitulé : *Traité pratique de la détermination des drogues simples d'origine végétale*, par M. le docteur Planchon, professeur à l'école de pharmacie de Paris.

M. Gubler fait hommage à l'Académie, de la part de l'auteur, M. Campbell, de deux mémoires : 1° sur l'anesthésie obstétricale ; 2° sur la tolérance anesthésique obstétricale.

DISCUSSION

M. Depaul. Ce dernier titre induirait en erreur ceux qui n'auraient pas lu les mémoires en question. En effet, généralement on entend, par anesthésie, un état dans lequel les malades ont perdu la faculté de se mouvoir et de se sentir, dans lequel ils sont étrangers au monde extérieur. Or ce n'est pas là ce qu'obtient le docteur Campbell. A l'imitation de notre regretté confrère, M. le docteur Chailly, qui avait publié un mémoire intitulé : *De l'atténuation du chloroforme*, il atténue tellement les doses de chloroforme qu'il n'endort pas, mais se borne à rendre la sensibilité plus obtuse, et à étourdir ses accouchées. C'est ainsi qu'il a pu donner le chloroforme à un certain nombre de femmes sans accidents ; mais quand on endort, on n'a pas d'immunité chez les femmes en couche ; je connais des cas où la mort en est résultée.

M. Gubler. Je n'avais pas besoin de dire que l'anesthésie obstétricale et l'anesthésie chirurgicale sont différentes, chacun le sait.

M. Depaul. Comment le saurait-on, quand rien n'empêcherait d'anesthésier les femmes en couche aussi profondément que tout autre malade ? Or il faut le savoir, M. Campbell n'anesthésie qu'au premier degré.

M. Gubler. Je trouve que M. Depaul croit que ses collègues sont trop ignorants. (Murmures.) Ils n'en sont pas à confondre deux choses aussi distinctes que l'anesthésie obstétricale et l'anesthésie chirurgicale. D'ailleurs les mémoires de M. Campbell ne laissent aucun doute à cet égard.

M. Depaul. Mais tout le monde ne les a pas lus.

RAPPORT

La commission chargée d'examiner le coton iodé de M. Méhu ayant modifié ses conclusions, M. Delpech donne lecture de la rédaction nouvelle.

Après une discussion très-vive, à laquelle prennent part MM. Depaul, Devergie, Bouvier, Ricord, Piorry, Larrey, Delpech, Chauffard, Blot, Béclard, Gavarret, Gosselin, Broca, l'ordre du jour, proposé par M. Gosselin, est adopté à une grande majorité.

La séance est levée à cinq heures un quart.

VARIÉTÉS

Les Facultés de médecine en France (1).

IV.

DU CHOIX DES VILLES OU DOIVENT ÊTRE ÉTABLIES LES FACULTÉS NOUVELLES.

Les raisons qui ont déterminé le choix de votre commission se tirent de considérations générales, et de considérations spéciales aux conditions particulières dans lesquelles se pose le problème.

Considérations géographiques. — Ces conditions particulières tiennent à ce que nous ne sommes pas entièrement libres. En outre de Paris, deux facultés de médecine existent déjà, à l'existence desquelles nous n'avons ni le droit ni le désir de porter atteinte. L'une d'elles, créée sous l'impulsion d'un sentiment patriotique qui n'a pu s'embarrasser des réflexions et des considérations que nous développons dans ce rapport, est absolument isolée dans le Nord-Est, et ne saurait être, pour les facultés nouvelles, une occasion de difficultés. Il en va tout autrement de celle de Montpellier dont la circonscription effective s'étend, comme nous l'avons vu, sur quelques départements littoraux du Midi, et qu'avoisinent de très-près deux des villes qui ont demandé la transformation de leurs écoles secondaires (Marseille à 151 kilomètres, Toulouse à 247).

(1) Suite. — Voir les numéros des 19, 21, 26, 28, 30 mai, 2, 4, 9, 11, 20, 23 et 25 juin 1874.

L'inspection seule de la carte indique donc que les contrées les plus éloignées des centres actuels sont le Centre et le Sud-Ouest, puis l'Ouest, enfin le Nord, et nous incite, si toutes les autres conditions sont égales, à tenter tout d'abord de leur donner une juste satisfaction; les deux villes de Lyon et de Bordeaux se trouvent donc en premier lieu attirer notre attention; puis viendraient Nantes, puis Lille et Toulouse, et en dernier rang Marseille, dont la faculté ferait sans doute une redoutable concurrence à celle de Montpellier.

La longue étude que nous avons faite de la distribution des médecins et des étudiants en médecine à la surface de la France, nous suggère des réflexions d'un autre ordre, mais qui doivent prendre place ici.

Les diverses régions de notre pays peuvent être, pour la question qui nous occupe, divisées en trois catégories. Les unes forment et possèdent un nombre à peu près suffisant de médecins, et cela malgré la difficulté que ceux-ci éprouvent à recevoir leur instruction complète : telles sont les vallées de la Garonne et de ses affluents. D'autres produisent et possèdent peu de médecins, cette pénurie pouvant être avec toute vraisemblance attribuée à l'éloignement des centres d'enseignement, aux frais considérables que les voyages entraînent, frais plus sensibles encore à des populations assez pauvres; c'est le cas des pays de la basse Loire, de la Vendée, de la Bretagne d'une part, et, d'autre part, des régions du Rhône et de la Saône, de l'Auvergne, du Dauphiné. Il est enfin des contrées qui manquent de médecins, qui ne fournissent que peu d'étudiants en médecine, et qui cependant ne peuvent attribuer cette pénurie ni à l'éloignemeut des facultés existantes, ni à la pauvreté des populations : ce sont les départements du Nord-Ouest, et surtout du Nord.

Il semble y avoir, en un mot, des pays qui veulent et peuvent former des médecins, des pays qui le voudraient, mais ne le peuvent, des pays qui le pourraient, mais ne le veulent.

La considération de ces faits montre qu'une faculté nouvelle trouvera aisément dans les régions du premier groupe des éléments de succès. Que, dans celles de la seconde catégorie, son installation rendra de grands et utiles services, et qu'elle y pourra prospérer si on la place dans une ville bien choisie, réalisant les conditions dont nous parlerons plus bas. Que, pour les contrées dont il est question en dernier lieu, il n'y a pas lieu d'espérer qu'on puisse, en plaçant au milieu d'elles un nouveau centre d'enseignement complet, y susciter avec une intensité suffisante un mouvement que rien n'empêche aujourd'hui de naître et de porter ses fruits; si, par exemple, il ne vient presque pas d'étudiants du département de la Somme à Paris, il n'en saurait aller davantage à la faculté qu'on vous demande d'établir à Lille.

De ces réflexions ressort la conclusion que Bordeaux d'abord, puis Toulouse, pour les premières régions, Lyon et Nantes pour les secondes, sont nettement indiquées. Bordeaux nous paraît devoir l'emporter sur Toulouse, comme étant le point de convergence de tout le bassin de la Garonne; Lyon est hors de conteste; Nantes ne semblerait pas moins utile; Lille serait éliminée et aussi Marseille, centre d'un pays mixte où les médecins ne manquent pas, mais où il ne naît cependant que bien peu d'étudiants en médecine, malgré la proximité de la faculté de Montpellier.

Les considérations générales qui doivent guider dans le choix des villes où pourront être instituées les facultés sont plus nombreuses et non moins importantes.

Population des villes. — La première condition que doit présenter la ville en question, celle qui, lorsqu'on y regarde de près, entraîne toutes les autres, c'est que cette ville possède une population nombreuse. En effet, celle-ci nécessite de vastes hôpitaux où le jeune étudiant puisse trouver les éléments de son éducation pratique en chirurgie, médecine et obstétrique. Les malades sont la matière première de la médecine, et, en dehors des connaissances théoriques acquises dans les cours, les livres, les collections et les laboratoires, on peut dire que la valeur de l'étudiant sera en raison directe du nombre des malades, le nombre supposant la variété.

De plus, du nombre des malades dépend le nombre des décès et, par conséquent, de ces recherches nécroscopiques dans lesquelles le professeur instruit trouve matière à tant d'enseignements utiles, soit qu'elles confirment le diagnostic porté pendant la vie, soit qu'elles lui démontrent à la fois et son erreur et la cause de cette erreur.

Enfin, dans les hôpitaux des grandes villes seulement, peuvent se trouver, en nombre suffisant pour l'étude, ces malheureux dont les cadavres, qu'aucune famille ne vient pieusement réclamer, servent aux dissections et font acquérir aux élèves l'indispensable instruction anatomique, que ne peuvent donner ni les figures des atlas, ni les pièces préparées des musées.

Ce serait commettre une faute impardonnable que d'établir aujourd'hui une faculté de médecine dans une ville comptant moins de 100,000 âmes. Sans doute, il fut une époque dans l'histoire de la médecine où des établissements d'enseignement médical ont pu, sur un bien plus petit théâtre, acquérir une juste et vaste renommée; mais c'est qu'alors le raisonnement tenait dans l'enseignement une place qu'y ont prise presque tout entière, au grand bénéfice de la science et de la pratique, l'observation et l'expérimentation : or celles-ci ne peuvent se développer que dans de vastes cliniques, avec des malades nombreux et variés.

Tout le monde est d'accord sur ce point, et je ne saurais mieux faire que de citer à ce propos un passage d'un rapport de M. Wurtz, membre de l'Académie des sciences, doyen de la faculté de médecine de Paris :

« Il ne faut pas songer, dit-il, à établir une faculté ailleurs que dans une grande ville..... Il me paraît inutile d'insister sur la nécessité d'offrir aux étudiants en médecine les éléments d'une instruction anatomique et clinique aussi variée et aussi complète que possible, et cette instruction, ils ne peuvent la trouver que dans les grands hôpitaux. L'expérience a prononcé à ce sujet. En Allemagne, les facultés de médecine languissent dans les petites universités, à l'exception peut-être de la faculté de Wurtzbourg, qui doit sa prospérité au grand hôpital national de la Bavière (*Julius Hospital*) dont elle occupe les services. »

On ne saurait mieux dire, ni dire avec plus d'autorité.

Il est encore d'autres raisons pour lesquelles il importe d'établir dans de grandes villes les facultés de médecine. Celles-ci, en effet, offrant en même temps qu'une population hospitalière, nombreuse, une autre population capable de constituer de riches clientèles, peuvent former et retenir, par l'attrait d'une situation considérable, des praticiens émérites, lesquels feront des professeurs de clinique véritablement capables d'instruire des élèves. Sans doute, dans une petite ville, un homme éminent peut, surtout dans le domaine de la chirurgie, attirer à lui une clientèle lointaine; mais il ne sera qu'une exception, et c'est dans les grandes villes seulement que peut se créer un corps nombreux de médecins et de chirurgiens chez qui l'expérience n'aura pas dû attendre, pour

être suffiamment autorisée, l'âge où le professorat n'est plus possible.

En France, les professeurs de nos facultés se recrutent presque exclusivement parmi les agrégés, qui ont été nommés au concours, ces agrégés, pour la plupart, ont passé déjà par les fonctions diverses de prosecteur, d'aide d'anatomie, et par l'internat des hôpitaux (je parle pour Paris, car il n'y a que sept internes à Montpellier), fonctions obtenues au concours. Il faut donc, pour que ce corps des agrégés atteigne la valeur de premier rang qu'on admire en lui à Paris, que de puissants moyens d'études aient été mis à la disposition de ses membres pendant qu'ils étaient étudiants, qu'ils aient pu, devenus docteurs et en préparant leurs concours, trouver dans leur clientèle naissante, avec des ressources pour le présent, le légitime espoir d'une importante situation future.

Sans cet espoir, qui ne peut être réalisé que dans une grande ville, les élèves étrangers au siége de la faculté, si distingués qu'ils soient, la quitteront pour aller chercher ailleurs des positions plus sûres, et l'agrégation, livrée aux seuls médecins que leur origine empêche de se déplacer, diminuera de valeur; ses concours seront délaissés et parfois même désertés. En 1868, à Montpellier, un concours pour les sciences dites accessoires a échoué complétement, faute de candidats; à Strasbourg, sur deux concours en 1865 et 1868, on ne put nommer qu'un agrégé, tant la pénurie était grande. Mais Strasbourg ne comptait que 85,000 âmes et Montpellier que 55,000.

Enfin, dernière raison dont la valeur est sérieuse, les villes populeuses sont les villes riches ; ce sont celles du moins dont le budget considérable peut supporter, sans une surcharge relative importante, le poids des dépenses ordinaires ou extraordinaires que leur imposeront l'installation et le fonctionnement des facultés nouvelles. Une supputation simple montre qu'une faculté organisée sur le pied de celle de Nancy, convenablement dotée en bibliothèque, collections, amphithéâtres de dissection, laboratoires de physique, de chimie, de physiologie, de pathologie, d'histologie, ne peut, dans les conditions actuels du prix et du nombre des inscriptions et des examens, couvrir ses frais à moins de compter de 6 à 700 étudiants.

Il faut donc que la ville soit assez riche pour faire aisément face aux excès de dépenses qui la menaceront pendant les premières années. Il faut qu'elle ne soit point forcée de reculer par la suite devant les dépenses nouvelles qu'il pourra être utile de faire pour faciliter les recherches scientifiques, instituer des bourses et des prix, favoriser les voyages de perfectionnement des élèves, soit à Paris, soit à l'étranger, attirer au sein de sa faculté par des offres importantes quelque savant éminent, etc. Personne ne saurait douter que si la faculté de médecine de Montpellier eût été installée dans une ville populeuse et riche, celle-ci eût tenu à honneur de fournir à l'établissement illustre auquel elle aurait dû sa gloire, tous les moyens d'action qu'exige la science moderne.

Si maintenant nous envisageons à ce point de vue les six villes qui ont adressé leurs demandes à l'Assemblée, nous voyons qu'en effet elles ont toutes une population supérieure à 100,000 âmes. En tête se place Lyon (322,000 habitants), puis Marseille (313,000), Bordeaux (194,000), Lille (158,000), Toulouse (127,000), Nantes (116,000). (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté, en date du 29 juin 1874, un concours pour un emploi de suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont (sciences accessoires) est ouvert à Clermont, le 30 novembre 1874.

— En rentrant à Paris, après un mois d'absence, nous trouvons un papier timbré dans lequel M. Abeille nous invite, — par ministère d'huissier, — à donner *in extenso*, ainsi que suit, le titre de la communication qu'il a faite à l'Académie de médecine, le 9 juin 1874 :

« Epanchement purulent de la plèvre gauche de trois mois et demi de date, de quatre litres et demi de pus avec brides maintenant le poumon refoulé, chez une jeune fille de quatorze ans ; compliqué aux quatre derniers jours de fistule pleurobronchique, des tumeurs sous le sein et de fusées purulentes sous-aponévrotique dans la moitié latérale inférieure du même côté par suite d'érosion intercostale souscutanée de lymphangite avec engorgement ganglionnaire émaciation jusqu'au marasme, asphixie opération de l'empyème par incision intercostale in extremis, au seizième jour réduction de l'incision aux conditions de la ponction avec canules et appareils à courant continu et à injections à l'abris du contact de l'air, une année de lutte incessante, guérison radicale. Les injections iodées et phéniquées ont été impuissantes à désinfecter. Supériorité démontrée des injections à l'alcool camphré et à l'alcool à soixante-trois degrés. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Mémoires d'un estomac, écrits par lui-même pour le bénéfice de tous ceux qui mangent et qui lisent et édités par un ministre de l'intérieur, traduit de l'anglais sur la huitième édition revue et augmentée, par le docteur Gros, médecin en chef de l'hôpital de Boulogne-sur-Mer. — Paris, 1874, 1 vol. in-18° de VII-117 pages. — Prix : 2 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Du débridement du col dans les accouchements, par M. le docteur J. Viguier, ancien interne de la Maternité de Paris. — In-8°. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Adrien Delahaye.

De la paryngite syphilitique tertiaire, par M. le docteur Machon. — In-8°. — Prix : 50 c. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 77. — SAMEDI 4 JUILLET 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 4 JUILLET 1874. — N° 77.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Ulcère simple de l'estomac.

L'ulcère simple de l'estomac a été décrit par Cruveilhier d'une façon très-remarquable. Ce n'est pas une maladie excessivement rare, car à l'autopsie, en examinant indifféremment l'estomac de tous les malades qui succombent dans un service, on rencontre de tels ulcères sur un nombre proportionnel assez élevé. Il serait donc très-important d'en préciser le diagnostic durant la vie dans la plupart des cas. Mais la chose est-elle possible?

S'il en fallait croire un clinicien dont le nom fait autorité, le grand Trousseau, on devrait y renoncer.

En effet, prenant un à un tous les symptômes indiqués par Cruveilhier, Trousseau s'est attaché à démontrer que chacun d'eux n'avait rien en lui-même de caractéristique.

Les vomissements de sang? On peut les rencontrer non-seudans le cancer de l'estomac, mais en dehors de toute lésion appréciable de cet organe. Ils peuvent être supplémentaires des pertes menstruelles chez certaines hystériques. (Mon père, en effet, en a vu un exemple très-remarquable.) Ils peuvent survenir, comme les hémorrhagies de la muqueuse nasale, sans qu'on sache pourquoi ni comment. Trousseau en rapporte un exemple des plus probants, car l'hémorrhagie fut mortelle, et l'autopsie permit de constater l'intégrité complète des parois stomacales.

Les vomissements alimentaires? mais on les trouve également dans le cancer, dans la gastrite chronique, dans certaines formes de dyspepsie purement nerveuses, etc.

Les crises de douleur siégeant à la région épigastrique? Mais n'est-ce pas aussi un symptôme commun par excellence?

De telle sorte que l'ulcère de l'estomac se confondrait le plus souvent, d'une part, avec la gastralgie, et d'autre part, avec le cancer, à moins que, dans ce dernier cas, on sentît à la palpation une tumeur abdominale appréciable.

Trousseau me semble être allé trop loin.

Sur plusieurs malades que j'ai observés dernièrement, tant à l'hôpital temporaire qu'à la Charité, j'ai toujours trouvé, d'une façon très-nette, un signe que Cruveilhier avait fait ressortir avec raison, et que, depuis lors, on a un peu trop laissé dans l'ombre : je veux parler de la douleur rachialgique, toute spéciale quant à son siége, qui répond, dans l'ulcère simple, à la douleur épigastrique.

Dire qu'il y a rachialgie, ce ne serait rien dire; car, dans toutes les autres affections stomacales, dans l'embarras gastrique aigu ou chronique, dans la gastralgie, il est de règle de trouver, le long de la colonne vertébrale, des points sensibles à la pression.

Seulement ces points appartiennent dans l'embarras gastrique à la névralgie intercostale concomitante. Nous avons établi précédemment que cette névralgie peut devenir prédominante, au point d'inquiéter le malade par-dessus tout, dans l'embarras gastrique épidémique ou saisonnier. Nous avons raconté comment, dans une sorte d'épidémie d'embarras gastrique observée par nous chez des jeunes gens qui suivaient le même régime, le *point de côté* très-violent éprouvé par beaucoup d'entre eux leur avait fait croire d'abord qu'il s'agissait sans doute de fluxions de poitrine. Cette douleur siégeait, en général, vers le septième espace intercostal. En outre du point rachialgique, on trouvait, dans le même espace, un point antérieur, infiniment plus douloureux dans la plupart des cas, et souvent un point latéral ou deux points latéraux.

Bien différente est la rachialgie de l'ulcère stomacal.

Située à un niveau de beaucoup inférieur, vers le haut de la région lombaire, elle ne répond pas à des points antérieurs de névralgie superficielle. Elle s'exaspère en même temps que les douleurs épigastriques, comme les maux de reins ressentis par les femmes en couche s'exaspèrent aux moments pénibles du travail.

Et la comparaison est d'autant plus exacte que les crises les plus violentes de douleurs siégeant à la fois à la région épigastrique et à la région rachidienne, surviennent d'ordinaire alors que l'estomac contient des aliments, et aboutissent au rejet de ces aliments après un temps plus ou moins long.

Les deux malades que je viens d'observer à l'hôpital temporaire, dans le service de M. Ferrand, celles que j'ai vues récemment à la Charité décrivaient toutes à peu près dans les mêmes termes ces accès de douleur.

Un peu après le repas, surtout celui du soir, elles commençaient à ressentir, vers le creux de l'estomac, des souffrances qui, bientôt, devenaient excessives et se faisaient sentir également dans le dos, vers le bas de la région dorsale et le haut de la région lombaire.

Si l'on avait voulu réunir dans un cercle les points douloureux, ce cercle eût été perpendiculaire à l'axe du corps, au

lieu d'être oblique, comme il l'est, lorsqu'il s'agit de névralgies intercostales.

Ceci est des plus importants pour le diagnostic différentiel.

En effet, quand on a d'abord constaté l'absence de points douloureux dans tout le reste de la région dorsale (et tel était le cas chez toutes les malades que nous avons dernièrement étudiées); quand on trouve cette douleur située, en arrière, au même niveau que l'appendice xyphoïde; quand, en outre, on apprend que les crises de douleurs les plus violentes, survenues à la suite du repas, se terminent enfin par des vomissements de substances alimentaires; quand cet état s'est prolongé pendant plusieurs mois sans que les malades aient pris un aspect vraiment cachectique; quand on ne découvre aucune tumeur abdominale, on a bien des chances de tomber juste en diagnostiquant un ulcère de l'estomac, alors même qu'il n'y a pas de vomissements de sang.

Ces vomissements de sang n'avaient pas manqué chez les deux malades du service de M. Ferrand.

Chez l'une qui, après quelques temps de séjour dans les salles, souffrant toujours autant et vomissant toujours, vient de partir pour le Vésinet, ils avaient paru dès le début, il y deux ans environ.

Cette femme avait beaucoup souffert. Fille-mère, elle était restée comme domestique dans une maison où elle était entrée d'abord comme nourrice, et elle y avait eu pendant quelques années des fatigues vraiment excessives; pourtant elle n'avait pas cessé de travailler et croyait se porter à peu près bien, lorsque tout à coup elle se trouva mal et vomit des flots de sang.

Depuis lors elle ne cessa plus de souffrir. Elle vomissait régulièrement une partie de ce qu'elle prenait à chaque repas; assez souvent ces vomissements étaient faciles et rapides; mais, quelquefois, la nuit surtout, ils étaient précédés de souffrances atroces, qui duraient plusieurs heures et pendant lesquelles l'estomac semblait prêt à se déchirer. C'était alors que la douleur rachidienne devenait extrême. Mais même dans l'intervalle, bien que beaucoup moins vive, elle existait toujours, au moins en tant que sensibilité à la pression. Pendant près de deux ans, ne voulant pas abandonner sa place, bien que se sentant de plus en plus faible, cette femme avait continué une besogne assez pénible.

A son entrée à l'hôpital, elle était maigre, mais beaucoup moins qu'on aurait pu s'y attendre après une si longue période de vomissements journaliers; elle était pâle, mais non jaune comme les cancéreux. On ne trouva aucune tumeur abdominale. La palpation de la tumeur épigastrique provoquait de la douleur, mais il n'existait pas la moindre trace de névralgie intercostale. La langue n'était pas très-chargée; l'appétit était conservé, sans être vorace.

Dans le même service entrait quelques jours plus tard, le 22 juin, une autre femme, dont la maladie était plus récente.

Agée de trente et un ans, Alsacienne, mariée, cette femme avait travaillé dans des fabriques, puis s'était placée comme domestique. Elle avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à la fin de mai dernier.

Vers cette époque, il y a environ cinq semaines, elle sentit que ses digestions se faisaient moins bien. Peu de temps après, elle commença à vomir et, vers le commencement de juin, elle vomit deux fois du sang.

Depuis ce moment, elle vomissait à peu près tous les jours. Souvent elle ne rendait que le matin le repas pris le soir. En cas pareil, elle souffrait beaucoup, durant toute la nuit. La douleur partait de l'épigastre pour aboutir à la région lombaire; cette douleur était très-aiguë, comme si l'on avait pincé ou piqué l'estomac; elle cessait après que l'estomac s'était vidé.

Sous l'influence d'un meilleur régime, cette femme a vu son état s'améliorer de beaucoup depuis son entrée à l'hôpital. Elle ne vomit plus que d'une façon exceptionnelle, a bon appétit, réclame du vin au lieu de lait, et parle déjà de s'en aller. Après l'examen le plus attentif à ce point de vue, on n'a pas découvert chez elle de névralgie intercostale.

On n'en a pas trouvé non plus chez d'autres malades observées à la Charité, et dont je ne donne pas ici l'observation parce que le diagnostic, bien que parfaitement établi à mes yeux, pourrait prêter à contestation, vu l'absence de gastrorrhagie.

Mais dans l'ulcère de l'estomac l'hémorrhagie gastrique est un simple accident; elle y fait très-souvent défaut, du moins sous forme d'hématémèse. Quand à l'autopsie on va trouver les cicatrices caractéristiques d'anciens ulcères de l'estomac guéris, on a souvent la certitude qu'il n'y a jamais eu de vomissement de sang, car ce n'est pas là un symptôme qui puisse facilement passer inaperçu ou être oublié par les malades.

Ce qui paraît le plus essentiel, c'est ce qui touche au siége, à la marche, à la nature des douleurs éprouvées, à leur relation très-intime avec l'état de plénitude de l'estomac, pendant les jours de crises, avec les vomissements qui terminent ces crises.

Les vomissements si opiniâtres que l'on observe chez certaines hystériques ne s'accompagnent pas de douleurs analogues. Nous reviendrons du reste bientôt sur ce sujet.

Une opération de varicocèle.

Que de procédés n'a-t-on pas préconisés contre le varicocèle ?

Le but que se proposent aujourd'hui les chirurgiens est de conserver le testicule tout en détruisant le paquet de veines dilatées.

Il fut un temps où l'on n'hésitait pas à sacrifier le testicule dans le cas de varicocèle, comme dans celui de ces hernies volumineuses que l'on voulait guérir radicalement en fermant la poche scrotale; mais de pareilles tentatives ne nous semblent pas de nature à être encouragées, alors même que le malade se félicite d'un résultat satisfaisant pour lui, comme il est arrivé récemment chez un herniaire opéré dans des circonstances que nous raconte un de nos correspondants.

Pour en revenir à l'opération du varicocèle, nous rappellerons que, suivant M. Rigaud, de Strasbourg, et bien d'autres, la destruction des veines variqueuses ne doit pas amener l'atrophie du testicule. M. Rigaud soutenait même que quand on avait, suivant sa méthode, en exposant à l'air tout le paquet veineux, amené l'oblitération de ces vaisseaux à l'aide d'une phlébite adhésive, le testicule atrophié déjà sous le poids du varicocèle pouvait reprendre sa vitalité et ses dimensions antérieures.

Le fait d'un malade opéré par M. Tillaux, et revu dix ans après l'opération, vient prouver qu'une autre méthode de destruction plus radicale des veines affectées permet également la conservation de cet organe.

Voici en peu de mots l'exposé de la méthode opératoire employée par M. Tillaux et du résultat obtenu.

En 1864, alors que M. Tillaux suppléait M. Chassaignac à l'hôpital Lariboisière, il reçut dans son service un jeune homme, B... V..., âgé de vingt et un ans. C'était un ouvrier ébéniste qui, pour faire un travail assez pénible, était obligé

de rester debout pendant toute la journée. Vers l'âge de dix-huit ans, il ressentit quelques petites douleurs dans la région des bourses; il se contenta de porter un suspensoir et il put continuer de travailler. Mais peu à peu ces douleurs augmentèrent d'intensité, et en vinrent à prendre un caractère névralgique très-marqué. Tout travail était devenu impossible; aussi ce jeune homme alla-t-il à plusieurs reprises à l'hôpital réclamer les secours de la chirurgie. C'est dans ces circonstances qu'il se présenta à la consultation de M. Tillaux.

Les bourses pendantes descendaient à gauche jusqu'à la la partie moyenne de la cuisse. Le scrotum était rouge, les veines du cordon variqueuses et considérablement augmentées de nombre et de volume. En raison des douleurs vives auxquelles était en proie ce malade et en raison de l'impossibilité où il se trouvait de gagner sa vie, M. Tillaux se rendit à ses instances pressantes, se décida à l'opérer et le fit entrer dans son service.

Le procédé opératoire fut le suivant : après avoir séparé du paquet variqueux, le canal déférent assez facile à reconnaître au palper grâce à sa dureté caractéristique, M. Tillaux fit un pli à la peau, passa un fil d'argent en arrière des veines du cordon, puis tordant les deux extrémités de ce fil, étreignit sous l'anse métallique toute la portion variqueuse et le pli de peau de façon à en obtenir la section complète : M. Tillaux fit trois ligatures de ce genre le long du cordon. La réaction fut peu vive, un petit abcès se produisit au pli de l'aine, mais il se ferma rapidement, et le malade sortit de l'hôpital complétement guéri deux mois et demi après l'opération.

Il reprit alors son travail pénible et n'a pas cessé de le continuer depuis dix ans. Aujourd'hui il rentre à Lariboisière dans le service de M. Tillaux, pour une ténosite sèche des tendons extenseur de l'avant-bras ; et du côté des bourses on constate ce qui suit :

Le scrotum est aminci sans changement de coloration, quelques veinules variqueuses rampent à la surface. Le testicule gauche *ne présente aucun degré d'atrophie ;* il descend un peu plus bas que le droit. Trois cicatrices linéaires blanchâtres témoignent des trois ligatures qui ont été appliquées sur le trajet du cordon. A la palpation on sent manifestement un certain nombre de veines variqueuses plus ou moins dilatées, ne présentant aucune trace d'induration. *La pression n'est nullement sensible.* Cette absence complète de douleurs, bien que depuis dix ans le malade n'ait pas cessé de se livrer à des travaux excessivement pénibles et fatigants, est un point capital sur lequel nous appelons particulièrement l'attention.

La section des veines a donc produit chez ce malade un résultat durable et très-avantageux. Dr Victor REVILLOUT.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 mai 1874. — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine.

Fistule uro-génitale guérie par la cautérisation, par M. le docteur Lorge, de Gand.

M. TILLAUX adresse un travail de M. Grandesso Sylvestri : *sur une observation d'opération césarienne, avec suture élastique de l'utérus; succès pour la mère et l'enfant.*

LECTURE

Tétanos. — Injections intra-veineuses de chloral. — M. TILLAUX lit, au nom de M. Oré de Bordeaux, membre correspondant, une lettre en réponse à une observation de M. Cruveilhier, relative à un cas d'injection de chloral dans les veines d'un tétanique.

Monsieur le président,

J'ai lu dans divers journaux de médecine l'histoire abrégée du malade atteint de tétanos traumatique, que M. le docteur Cruveilhier a traité à l'hôpital Saint-Louis, *par les injections intra-veineuses de chloral.* J'ai cru, cependant, devoir attendre, pour apprécier ce fait, qu'il fût *officiellement* publié par l'auteur lui-même, tel qu'il a été lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 1er avril. *La Gazette des Hôpitaux* du 28 renferme cette observation, si impatiemment attendue, suivie des réflexions qu'elle a suggérées à mon honorable confrère. Le cas en litige est trop grave pour le laisser passer inaperçu et pour que je ne réclame pas, de votre bienveillance et de votre justice, le droit de répondre à quelques-unes des propositions émises par M. Cruveilhier.

Qu'il me soit permis, d'abord, de faire une observation générale :

Quand on veut juger sérieusement une méthode, quand on veut pouvoir la combattre ou l'adopter, le devoir le plus impérieux de l'observateur est de se placer dans les conditions formulées par l'auteur de la méthode. M. Cruveilhier a-t-il agi ainsi?

« Je viens présenter, dit-il, à la Société de chirurgie, une observation où l'emploi du chloral en injection dans les veines n'a pas été suivi de guérison. J'ajouterai tout de suite que la méthode de M. Oré n'a été appliquée, dans toute sa rigueur, qu'à une période déjà avancée de l'affection. »

C'est, en effet, *la veille* de la mort du malade, alors que les accidents duraient depuis *neuf* jours, que M. Cruveilhier s'est décidé, suivant sa propre expression, à employer ma *méthode dans toute sa rigueur.* A-t-il, dès lors, le droit de la critiquer, et ne serait-il pas bien plus autorisé à critiquer celle qu'il a substituée à la mienne?

M. Cruveilhier motive, il est vrai, sa manière de faire en s'appuyant :

« Sur le défaut d'instrumentation appropriée, et l'hésitation où il était sur le procédé à employer dans une opération aussi délicate, diversement décrite par les auteurs, et sur laquelle M. Oré n'a pas cru devoir donner des détails qui lui ont paru sans doute inutiles. »

Cette dernière observation démontre jusqu'à l'évidence que M. Cruveilhier ne connaissait pas bien ce qui a été écrit sur les injections intra-veineuses de chloral, lorsqu'il a traité son malade.

On lit, en effet, dans le premier volume publié en 1873, par l'Association française pour l'avancement des sciences, p. 1024 :

« Il faudra se servir d'une seringue à injection, dont le corps de pompe pourra renfermer une solution de 10 grammes de chloral dans 10 grammes d'eau. La tige du piston sera graduée de manière à savoir toujours quelle est la quantité de chloral qui aura été introduite dans le vaisseau. On commencera par pousser une petite quantité de solution, *un gramme ou deux*, pour interroger les prédispositions du malade. S'il supporte bien cette dose, sans présenter de phénomènes inquiétants, on continuera à injecter jusquà 6 ou 8 grammes, en une seule fois. On aura le soin d'avoir près de soi un appareil électrique, *fonctionnant*, afin de s'en servir, s'il y a lieu. C'est une sécurité qu'on ne saurait se refuser, si l'on se rappelle, ainsi que je l'ai établi le premier, combien l'action des courants est utile dans les accidents produits par le chloral. » (Dr ORÉ. — *Des injections intra-veineuses de chloral*, tome Ier, p. 971.)

Ainsi, non-seulement j'ai indiqué la forme de l'instrument, sa contenance, le dosage de l'injection, mais j'ai eu le soin de bien préciser la manière de la faire. J'ai recommandé de tâter le malade pour éviter les accidents qui pourraient se produire chez un sujet réfractaire, enfin j'ai insisté sur la nécessité d'avoir toujours près de soi un appareil électrique, *fonctionnant*, destiné à combattre les accidents qui se manifesteraient.

M. Cruveilhier continuera-t-il à dire : « M. Oré n'a pas cru devoir donner des détails qui lui ont sans doute paru inutiles. »

Mais j'arrive aux réflexions dont mon honorable confrère fait suivre l'histoire de son malade.

Première réflexion. — 1° *Difficulté de l'injection.* Il a essayé successivement quatre procédés. Je ne parlerai que du premier et du dernier. Le premier (le mien) : *Ponction sans dénudation de la veine qu'il déclare le plus mauvais.* Le deuxième (le sien) : *Mise à nu de la veine, soulevée par un stylet, avec incision des parois et injection par l'ouverture,* qu'il déclare le meilleur.

Pourquoi le procédé, qui consiste à ponctionner d'emblée la veine sans la dénuder, est-il le plus défectueux? « C'est qu'il nous a donné, dit M. Cruveilhier, un phlegmon assez étendu, que le tissu cellulaire est complétement sphacélé, que la veine cubitale présente sa tunique externe comme noirâtre et comme sphacélée; qu'aucune coagulation ne se trouverait dans la veine, ce qui semble indiquer que l'injection s'est faite en entier dans le tissu cellulaire.

L'argument, on en conviendra, est bien étrange! *Ponction directe de la veine sans dénudation,* n'a jamais été synonyme de *ponction du tissu cellulaire sans piqûre de la veine.* Dira-t-on que le procédé qui consiste à ponctionner la tunique vaginale pour y injecter de l'iode, dans l'hydrocèle, est mauvais; parce que, au lieu de pénétrer dans la sereuse, on aura fait l'injection dans le tissu cellulaire du scrotum, et déterminé, par suite, le sphacèle?

Chez mon premier tétanique, j'ai piqué neuf fois les veines de l'avant-bras, par cette méthode; chez le second, j'ai fait quatre piqûres; récemment chez un jeune homme auquel j'ai pratiqué, avec succès, une injection d'ammoniaque pour combattre des accidents occasionnés par une morsure de vipère, je m'en suis encore servi; il en a été de même chez un malade que j'ai anesthésié avec une injection de 10 grammes de chloral dans 30 grammes d'eau, et auquel j'ai fait, le 1er mai, au milieu de l'insensibilité la plus absolue, une résection partielle du calcanéum.

Ce procédé m'a constamment réussi. Je n'en connais pas de plus simple, de plus rapide, de plus sûr. Il est aussi facile que la saignée du bras. Que l'on pique, en effet, une veine gonflée par une ligature circulaire, avec une pointe de lancette ou avec celle d'un trois-quart capillaire très-effilé, n'est-ce pas la même chose? Il y a, toutefois, une précaution à prendre, c'est de n'injecter la solution que lorsque le trois-quart ôté de la canule, *le sang coulera par cette dernière; alors seulement*, *on peut être* assuré que le liquide injecté pénétrera dans le torrent circulatoire et non dans le tissu cellulaire.

A ce procédé, M. Cruveilhier préfère l'*isolement de la veine soulevée par un stylet et divisée pour laisser passer l'injection.* Que l'on se représente un malade auquel cinq ou six injections intra-veineuses seront devenues nécessaires, et qui aura cinq ou six veines ainsi dénudées, croit-on qu'il n'aura pas une chance absolument exceptionnelle s'il ne présente pas, à court délai, des symptômes de phlébite et de coagulation.

Deuxième réflexion. — « Un second fait important à établir est l'innocuité de l'injection dans les veines. Je citerai les injections d'eau dans le choléra. Je m'appuierai sur l'opinion professée par M. Vulpian, qui affirme que les injections de chloral ne déterminent aucune phlébite. »

J'avais établi l'innocuité des injections intra-veineuses de chloral *sur les animaux,* dès l'année 1872, dans les notes que j'ai adressées à la Société de chirurgie.

M. Vulpian n'a donc fait que confirmer cette innocuité par les expériences qui datent du mois de décembre 1873, ainsi que cela résulte de la communication faite à la Société de biologie (séance du 20 décembre 1873), par le docteur M. Carville, son préparateur.

« Nous avons employé, dit M. Carville, pour endormir les animaux en expérimentation, les injections intra-veineuses d'une solution d'hydrate de chloral, suivant les indications de M. Oré, de Bordeaux. L'effet produit est merveilleux, en quelques secondes les animaux sont endormis, etc.

« A l'aide de ce procédé, nous avons pu maintenir, dans un sommeil parfait, des chiens pendant trois, quatre et six heures, etc. » *Gaz. méd. de Paris,* n° 2, p. 23, an. 1874.)

Quant à l'innocuité et à l'absence de phlébite, à la suite de ces injections, *chez l'homme,* M. Vulpian n'a pu les admettre, que parce que je les ai établis le premier.

« Plus récemment, dit l'éminent professeur de la Faculté de Paris, un chirurgien de Bordeaux, M. Oré, a eu l'heureuse témérité de l'injecter directement dans le système veineux, à titre de mode de traitement du tétanos. » (*Progrès médical,* p. 183, 1874.)

M. Cruveilhier aurait pu, il me semble, m'accorder une part à une priorité qu'il paraît ignorer.

Troisième réflexion. — Ce n'est donc pas l'injection intra-veineuse que l'on doit rendre responsable de l'insuccès dans le cas de M. Cruveilhier, c'est la nature de l'injection. « M. Oré conseille une solution de 9 grammes de chloral pour 10 grammes d'eau, or M. Vulpian m'engage à n'employer que la solution au cinquième. »

Le conseil de M. Vulpian repose sur l'expérience suivante : Si l'on met en contact un verre de montre, avec du sang extrait d'un animal strychiné, la solution de M. Oré, on obtient la même action que si l'on versait de l'alcool, il se fait une coagulation plus ou moins volumineuse qui ne se reproduit pas, si l'on répète la même expérience avec la solution de M. Vulpian.

A cette expérience, M. Vulpian lui-même ajoute : « Je ne saurais conseiller les injections telles que les a formulées M. Oré, *à moitié.* Il serait imprudent de se fier à l'innocuité des injections, dans ce cas; le sang peut se coaguler dans le cœur ou les capillaires du poumon, en outre, les injections de chloral peuvent agir topiquement sur l'endocarde et déterminer une irritation capable de réagir sur les fonctions du cœur tout entier, etc. » (*Progrès médical,* an. 1874, p. 198.)

A l'expérience du verre de montre que l'on ne saurait sérieusement comparer à ce qui se passe lorsqu'une solution d'hydrate de chloral, lancée dans le torrent circulatoire, se répand, *à l'abri de l'air,* dans toute la masse du sang; à tous ces raisonnements qui ne sont, en définitive, que des hypothèses que rien n'autorise à soutenir, je réponds par des faits :

1° Jamais dans mes expériences sur les animaux, et elles sont nombreuses, je n'ai constaté le moindre phénomène qui puisse donner aux craintes que vous exprimez la plus légère apparence de vérité.

2° Jamais, chez mon premier tétanique, neuf injections de chloral, *par moitié,* n'ont rien produit de semblable. Il en a été de même chez le dernier, malgré quatre injections.

3° Ne retrouve-t-on pas la même innocuité chez le malade de mon ami le docteur Léon Labbé, qui a cependant employé ma formule?

Donc la solution par moitié n'offre aucun danger, quoi qu'il en soit, je suis très-disposé à étendre davantage, et cela pour une raison physiologique que des expériences récentes m'ont mis à même de vérifier. En étudiant expérimentalement, en effet, l'influence que l'eau tenant en solution des substances médicamentaires, exerce sur la circulation des capillaires du poumon, lorsqu'on l'injecte directement dans les veines, j'ai constaté que la gêne de la circulation devenait d'autant plus grande que la solution, plus concentrée, prenait la consistance *sirupeuse* ou *oléagineuse.* C'est ce qui m'a conduit chez un dernier malade dont l'histoire abrégée trouve ici sa place, à faire usage d'une solution de chloral au tiers.

Un jeune homme de dix-huit ans, porteur d'un sequestre du calcaneum, est entré dans mon service, à l'hôpital Saint-André. Le 1er mai, j'ai procédé à l'extraction de ce séquestre. L'opération devant être longue, je résolus d'insensibiliser ce malade à l'aide d'une injection intra-veineuse. 10 grammes de chloral dissous dans 30 grammes d'eau furent injectés *lentement* par l'une des radiales droites; le malade s'endormit tranquillement, sans présenter *le moindre trouble dans la respiration,* qui resta toujours calme et régulière. L'insensibilité étant aussi complète que possible, j'enlevai la portion d'os nécrosée. L'opération dura vingt-cinq minutes; une fois achevée, je dirigeai un courant dans le pneumo-gastrique gauche, qui fit cesser immédiatement l'anesthésie.

Je n'hésite pas à penser que l'absence absolue de dyspnée observée chez ce malade, bien que la dose de chloral ait été la même (10 gr.) tient, d'une part, à ce que la solution, *plus étendue,* a mieux passé

à travers les capillaires du poumon ; d'autre part, à l'obstacle apporté à l'entrée de tout corps étranger dans le sang par un tamis métallique très-fin que j'ai fait ajouter à ma seringue à injection.

L'élasticité des parois vasculaires permettant d'augmenter, sans aucun danger, la quantité d'eau, rien n'empêchera de faire, comme je viens de le dire, le mélange au *tiers*. Mais ce que mon expérience personnelle m'autorise à affirmer, c'est que, pour *produire dans le tétanos la sidération complète du pouvoir réflexe*, chez l'adulte, la dose de 10 grammes, environ, est habituellement indispensable, quelle que soit d'ailleurs la quantité de véhicule. Avec des doses moindres 2, 3, 4, 5 grammes, on n'amène qu'un sommeil et un calme tout à fait passagers, ainsi que je l'ai observé chez mon premier tétanique.

M. Cruveilhier, oubliant qu'il n'a employé ma méthode qu'une *seule fois*, dans toute sa rigueur, la veille de la mort de son malade, lui attribue les *coagulations* que l'autopsie a révélées. Si telle était la cause de ces lésions, il n'aurait dû les observer que dans la *dernière veine* piquée ; or elles existaient dans toutes, alors qu'elles n'avaient reçu que 3, 4, 5, 6 grammes de solution.

J'ai été plus heureux ; j'ai pu injecter quinze fois la solution, à moitié, sans rien observer de semblable. Il en a été de même de M. Léon Labbé. « Dans la veine cubitale superficielle droite, dit-il, au point ou l'injection a été faite, il n'y a ni caillot dans la veine, ni inflammation dans la paroi du vaisseau et des parties voisines. » (*Gazette des Hôpitaux* du 30 avril.)

A quoi tiennent ces différences? je l'ignore ; je me contente de les signaler.

Quatrième réflexion. — « Nous ferons aussi des réserves sur la durée de l'insensibilité signalée par M. Oré, et qui dans son observation est de dix heures en moyenne, M. Vulpian ne l'ayant pas vu dépasser cinq ou six heures, ce qui est notre moyenne, sauf pour la dernière injection effectuée sur un malade déjà très-affaibli. »

La durée de l'insensibilité chez mon malade a été constatée par tous ceux, et ils sont nombreux, qui l'ont suivi avec la plus scrupuleuse attention, depuis le premier jour du traitement jusqu'à sa guérison, c'est donc un fait incontestable. J'ajouterai que M. Vulpian n'a pas expérimenté comme moi, puisqu'il repousse les injections *par moitié*, pour n'employer que des solutions au cinquième. La différence dans les résultats s'explique suffisamment par la différence dans *le dosage*, je n'en veux du reste d'autre preuve que la déclaration de M. Cruveilhier lui-même. Il n'a pas vu l'insensibilité durer, en moyenne, plus de cinq à six heures, *sauf après la dernière injection où elle a été beaucoup plus longue*.

Il est vrai que pour cette dernière injection, *seule*, M. Cruveilhier déclare qu'il a employé ma formule.

Il invoquerait vainement l'état de faiblesse du malade, car il aurait obtenu le même résultat si, dès le début, il avait employé la formule dont il s'est servi à la fin.

Cinquième réflexion. — « La troisième conclusion de M. Oré est l'espérance de triompher rapidement du tétanos par ce mode nouveau d'administration du chloral, or, sur quatre cas, il y eu trois insuccès. »

Il suffit d'analyser ces trois insuccès pour démontrer que deux sont favorables à la méthode. Mon premier tétanique a vécu quinze jours; si, au lieu d'injecter des doses *insuffisantes* qui n'ont jamais produit qu'un sommeil et un calme de courte durée, j'avais agi comme pour le second, il aurait très-probablement guéri.

Le fait de M. Léon Labbé est-il défavorable à la méthode?

Il s'agissait d'un tétanos *suraigu* à marche très-rapide, chez lequel, en moins de deux heures, la température s'élevait de 5 dixièmes de degré. Le malade devait, suivant M. Labbé, succomber avant quelques heures.

Contre de semblables tétanos, j'avoue que je ne connais aucune médication efficace, et, cependant, M. Labbé résume ainsi les faits observés par lui chez son malade.

« Injection de 10 grammes de chloral en seize minutes, sans autre accident qu'un peu de toux et l'apparition de quelques symptômes passagers d'asphyxie, après l'opération. — Disparition des secousses douloureuses et de la tétanisation des muscles, après la pénétration dans la veine de 3 grammes de chloral. — Sommeil profond, après l'injection de 8 grammes. — Abaissement de la température qui, en six heures, descend de 2°1. »

Les accidents se reproduisant, on ne fait pas de nouvelles injections et le malade succombe. Ce fait me semble incontestablement favorable à la méthode. Or, bien que je sois convaincu que dans ce cas une nouvelle injection aurait pu retarder la mort, mais non l'empêcher, ne suis-je pas étonné de voir M. Labbé lui-même « exprimer le regret qu'une nouvelle injection n'ait pas été faite, lorsque les symptômes étaient reparus avec toute leur intensité ».

Quant à l'insuccès de M. Cruveilhier, il me permettra bien, après tout ce qui précède, de ne pas le mettre sur le compte des injections intra-veineuses.

Mais puisque l'occasion s'offre à moi de dire toute ma pensée sur cette méthode dans le traitement du tétanos, je la saisis avec empressement.

Quel but le chirurgien doit-il se proposer dans le traitement de cette maladie? Supprimer d'abord, s'il est possible, la cause qui l'a produite, chercher ensuite à faire cesser, avant tout, la contracture musculaire qui, en se généralisant rapidement, produit l'asphyxie, par suite de l'exaltation du pouvoir excito-moteur de la moelle épinière. Il faut donc *sidérer* ce pouvoir excito-moteur, le paralyser, et cela, d'une manière continue, pendant plusieurs jours de suite. Il faut lui faire subir un phénomène semblable à celui que l'on désigne, en chirurgie, sous le nom de *choc*. Je ne conteste pas qu'on ne puisse arriver à ce résultat en administrant le chloral, par les voies digestives, puisqu'on y est arrivé déjà.

Mais j'affirme qu'on y parviendra avec plus de certitude à l'aide des injections intra-veineuses. Il suffit, pour en être convaincu, d'avoir expérimenté une seule fois et d'avoir constaté l'*instantanéité*, la *continuité* et la *puissance* d'action de l'hydrate de chloral. C'est ainsi que chez mon dernier malade il a suffi de 30 grammes de cette substance introduite en trois fois, à vingt-quatre heures de distance, pour faire cesser la contracture ; sans doute, de loin en loin, le malade a présenté, pendant plus de quinze jours, des crises convulsives, tantôt générales, tantôt localisées. Mais ces crises, toujours de courte durée, ont fini par s'épuiser. Que l'on songe, au contraire, aux doses énormes de chloral, 180, 200, 240 grammes que nécessite l'emploi de ce médicament par la voie stomacale; aux troubles qu'elles doivent occasionner nécessairement dans les voies digestives et, par suite, dans la nutrition (1).

En résumé, l'injection de chloral dans les veines employée contre le tétanos est un moyen *plus sûr*, *plus rapide*, *plus efficace*, que par les voies ordinaires de l'absorption.

Mais où la méthode des injections intra-veineuses est appelée à donner des résultats incomparables, c'est dans l'*anesthésie chirurgicale*. Pouvoir *doser* l'anesthésique, faire durer son action tout le temps nécessaire, et supprimer cette action, à volonté, n'est-ce pas la solution du problème de l'anesthésie? Or c'est là ce que j'ai observé chez le malade dont j'ai rapporté plus haut l'observation.

Je termine par une dernière réflexion : La méthode des injections intra-veineuses, qu'il s'agisse du chloral *qui ne constitue qu'un élément isolé*, ou de toute autre substance, aura, je ne me le dissimule pas, bien des luttes à soutenir, avant d'acquérir droit de domicile dans la science. Mais je reste convaincu qu'elle triomphera de tous les obstacles, et qu'elle est appelée à jouer un rôle immense dans la thérapeutique.

Recevez, etc.

Dr Oré,
membre correspondant de la société de chirurgie.

(*A suivre.*)

(1) Mais M. Cruveilhier se tromperait étrangement s'il me supposait cette opinion que, grâce aux injections intra-veineuses de chloral, le tétanos va devenir une maladie aussi facile à guérir que la fièvre intermittente avec le sulfate de quinine. Telle n'a pas été et telle n'est pas ma pensée, malgré le dernier résultat heureux si rapidement obtenu.

Je ne saurais non plus accepter le reproche que l'on m'adresse de vouloir substituer toujours, et quand même, les injections intra-veineuses aux autres modes d'administration de chloral. Le tétanos est un ennemi trop redoutable pour ne pas diriger contre lui, soit isolément, soit en les associant, tous les moyens dont on peut disposer.

VARIÉTÉS

Les Facultés de médecine en France (1).

Ressources hospitalières. — L'examen détaillé des ressources hospitalières des diverses villes est des plus instructifs au point de vue qui nous occupe. Nous avons rassemblé dans le tableau F, page 145, tous les documents relatifs à la population des hôpitaux et aux ressources d'études qu'ils présentent. Or la supériorité de Lyon s'affirme tout d'abord, et l'on est étonné de voir que jusqu'ici tant de moyens de travail soient restés presque inutiles à l'enseignement médical. Ces conditions uniques en France sont dues non-seulement au groupement d'une population nombreuse, industrielle et pauvre, mais à la générosité d'une administration hospitalière dont les immenses richesses permettent d'ouvrir gratuitement l'hôpital aux malades indigents de tous les pays.

Lyon possède en outre de deux grands hôpitaux militaires, quatre hôpitaux de premier rang et un grand nombre d'hospices et d'asiles divers. En 1872, ces établissements ont reçu dans leurs lits 32,762 malades, dont 25,615 véritablement malades, c'est-à-dire soignés dans les hôpitaux, sans compter les hospices ou asiles divers. Il s'y est fait 1,873 accouchements. A la tête de leurs nombreuses salles se trouvent trente ou quarante chefs de service nommés au concours, assistés de quarante ou cinquante internes, titre aussi envié à Lyon qu'il l'est à Paris. Le nombre des morts en 1871 a été de 3,136 ; en 1872, il s'était élevé à 3,722, et la moyenne des dernières années permet d'affirmer que les hôpitaux pourront livrer chaque hiver un millier de sujets pour les études anatomiques.

Ressources immenses pour l'enseignement théorique et pratique ; ressources qui dépassent le tiers de celles que présente Paris (en 1873, 107,746 malades, 6,726 accouchements, 11,269 décès, 100 chefs de service, 247 internes en médecine et pharmacie). On comprend toute leur richesse quand on jette un coup d'œil sur la pénurie à laquelle l'exiguïté des villes de Montpellier et de Nancy réduisent, dans leurs moyens matériels d'enseignement, les éminents professeurs de ces deux facultés. On apprécie aisément alors la vérité du propos spirituel tenu par le regrettable inspecteur général pour la médecine, M. le professeur Denonvilliers.

« Ce qu'il faudrait pour votre prospérité, disait-il à ses collègues de Montpellier, ce serait qu'il fût créé à Lyon un quartier Montpellier et qu'on vous y transportât : vous apporteriez là votre longue habitude de l'enseignement, vos doctrines et vos idées philosophiques, et vous recevriez en échange des services d'hôpitaux, des sujets de dissection, en un mot des éléments de travail et d'observation ; la matière de l'étude vous manque. »

Marseille et Bordeaux viennent après Lyon, à peu près au même niveau. En 1872, les hôpitaux de Marseille ont reçu 11,765 malades, il y a été fait 291 accouchements, on y a constaté 1,251 décès.

Ceux de Bordeaux, en 1872, ont compté 10,168 malades ; mais la mortalité n'a été que de 798 ; il a été fait 610 accouchements (2).

Lille a reçu en 1872, dans ses lits d'hôpitaux, 8,291 malades ; il y a été fait 312 accouchements ; le nombre des morts s'est élevé à 756.

A Nantes, en 1873, 6,471 malades civils, 138 accouchements et 654 décès.

Enfin, à Toulouse, en 1872, sur 3,996 malades traités, 154 accouchements ; décès, 321.

On voit que toutes ces grandes villes, sauf Toulouse, qui ne possède que peu d'industries et où la population aisée manifeste une répugnance profonde pour le séjour à l'hôpital, offrent avec une abondance suffisante la matière première de l'étude. Il n'est pas inutile de rapprocher ces faits de ceux que présentent Montpellier et Nancy, Montpellier (57,827 habitants) a reçu en 1872, dans les salles de ses hôpitaux civils et militaires, 5,586 malades : il y a été fait 113 accouchements ; la mortalité a été de 323. A Nancy (52,978 habitants), en 1872, il y a eu 3,825 malades, 92 accouchements, 338 décès.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 juillet.

(2) Il est intéressant de voir combien à Bordeaux, et surtout à Lyon, le nombre des accouchements est considérable dans les hôpitaux. Si on le compare à la population totale de la ville, on voit que, pour Lyon, il y a 1 accouchement à l'hôpital pour 172 habitants ; à Bordeaux, il y en a 1 pour 318 habitants. Dans les autres villes, ils sont bien plus rares : Lille, 1 pour 507 habitants ; Toulouse, 1 pour 806 ; Nantes, 1 pour 859 ; Marseille, 1 pour 1,075. A Paris, il y en a 1 pour 275 habitants ; Montpellier, 1 ponr 510 ; Nancy, 1 pour 576.

Conférence médicale tenue à Paris en 1870.

Nous avons l'honneur de publier l'arrêté de compte des sommes reçues ou dépensées au nom de la conférence médicale de Paris, de 1870.

RECETTES (souscriptions)

MM. Marchal de Calvi	100f »
Le Sourd	100 »
Caffe	20 »
Guillon	20 »
Gallard	20 »
Dally	10 »
Revillout	10 »
Topinard	5 »
X	20 »
Lucas-Championnière	10 »
Danet	20 »
Thévenet	20 »
Deramond	10 »
Leduc	10 »
Boutin	5 »
De Robert de Latour	10 »
Dechambre	20 »
TOTAL des recettes	410f »

DÉPENSES.

Frais d'expédition et d'affranchissement de 1,800 lettres de convocation	101f »	
Impression des lettres de convocation	37 40	
Achat de 8 exemplaires des comptes rendus des travaux de la conférence (remis aux souscripteurs), à 2f 80 l'un (net)	22 40	
TOTAL des dépenses	160f 80	160f 80
Différence en caisse		249f 20

Certifié conforme :

Le trésorier,

Dr E. LE SOURD.

Par lettre en date de ce jour, nous avons versé ce reliquat de 249 fr. 20 dans la caisse de l'Association des médecins de la Seine.

Association pour la recherche, l'application et la propagation des meilleures méthodes d'éducation.

Cette association a été conçue au mois de juin 1873 ; le 11 janvier 1874, elle s'est définitivement constituée, comptant déjà près de trois cents adhérents ; aujourd'hui, au bout d'une année à peine d'exis-

tence, le nombre de ses membres est de cinq cents et va s'accroissant tous les jours. Un pareil succès n'a rien qui puisse surprendre, si l'on songe que cette association répond aux besoins les plus impérieux de notre temps : *l'éducation des enfants.*

Aussitôt après sa constitution définitive, l'association s'est mise au travail ; elle a immédiatement publiée un premier bulletin qui contenait, outre la liste des membres, un discours de M. Levasseur, de l'Institut, membre du comité de fondation ; un rapport de M. A. Godard, directeur de l'école Monge, secrétaire général du comité ; une allocution de M. Laboulaye, député à l'Assemblée nationale, et quelques pages de M. Michel Bréal, professeur au Collége de France, sur l'*Avenir de l'école Monge.* Cette école est, en effet, intimement liée à l'association dont elle est pour ainsi dire le laboratoire.

Le deuxième bulletin, qui vient de paraître, nous montre de quelle façon intelligente le *comité général des études* a organisé ses travaux. Il s'est divisé en six commissions : 1° commission des langues ; 2° commission de l'histoire et de la géographie ; 3° commission des sciences mathématiques et du dessin ; 4° commission des leçons de choses et de sciences naturelles ; 5° commission de l'hygiène scolaire et de l'enseignement de l'hygiène ; 6° commission de bibliographie. Ces différentes commissions se sont déjà réunies plusieurs fois et sont en pleine activité.

Nous aurons, sans aucun doute, à revenir sur cette association ; mais nous avons voulu, dès à présent, en signaler l'existence à tous ceux qui, comme nous, se préoccupent de l'avenir du pays et sont convaincus qu'il est tout entier dans l'amélioration de l'enseignement.

Nous engageons vivement nos lecteurs à se procurer les publications de l'association pour la recherche, l'application et la propagation des meilleures méthodes d'éducation. Ils les trouveront à l'école Monge, 32, rue Chaptal, qui est, comme nous l'avons dit, le champ d'expériences des idées de l'association, aussi bien quant à l'instruction qu'au point de vue de l'*installation matérielle*, et dont le directeur fait avec plaisir les honneurs à toutes les personnes qui désirent la visiter.

Dr PASSANT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner des récompenses honorifiques aux membres des conseils d'hygiène publique et de salubrité qui se sont le plus particultièrement distingués par leurs travaux pendant l'année 1872.

Médaille d'or. — M. le docteur Huette (de Montargis).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Ricard (de la Charente). — Fortin (de l'Eure). — Nivet (du Puy-de-Dôme). — Bancel (de Seine-et-Marne). — Thouvenet (de la Haute-Vienne). — M. Astaix, pharmacien, secrétaire du conseil d'hygiène de la Haute-Vienne. — M. Griois, vétérinaire, membre du conseil d'hygiène de la Somme. — M. le docteur Drouineau, secrétaire du conseil d'hygiène de la Charente-Inférieure.

Rappels de médailles d'argent. — MM. les docteurs Pilat (Nord). — Dehée (Pas-de-Calais). — M. Martin-Barbet (Gironde). — M. Dubos (Oise). — M. Verrier (Seine-Inférieure).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Méplain (Allier). — Mallet (Charente-Inférieure). — Lemoine (Côtes-du-Nord). — Hugot (Aisne). — Berthaut (Aisne). — Pujos (Gers). — Aussant (Ille-et-Vilaine). — M. Bossey, ingénieur des mines (Ille-et-Vilaine). — MM. les docteurs Maurice (Loire). — Joly (Oise). — M. Gossard, pharmacien (Pas-de-Calais). — M. le docteur Petel (Eure). — M. Malbranche (Seine-Inférieure). — MM. les docteurs Rey (Nord). — Lemaistre (Haute-Vienne). — Pamard (Vaucluse). — Bernier (Charente-Inférieure).

— Le corps de l'internat vient d'être encore cruellement frappé par la mort de MM. Leteinturier (de Montmartre) et Paul Hybord, chef de laboratoire de clinique de la Faculté.

— *Muséum.* — En l'absence de M. le professeur Daubrée, M. Stanislas Meunier, aide naturaliste au Muséum, fera dimanche prochain, 5 juillet, une course géologique à Beynes, Montainville et la ferme de l'Orme.

Rendez-vous à six heures trois quarts du matin, à la gare Montparnasse.

Une réduction de 50 pour 100 sur le prix des places est accordée aux personnes qui prendront part à cette excursion.

Le cours relatif à la géologie des environs de Paris a lieu tous les mardis et samedis, à quatre heures un quart, dans l'amphithéâtre de minéralogie du Jardin des plantes.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Bouchut

Du changement de nourrice.

La question si fréquente et souvent si délicate du changement de nourrice se présente très-souvent au médecin, et elle repose sur des éléments si opposés ou sur des considérations si complexes qu'il en résulte de véritables embarras de pratique dont je vais vous parler.

Il faut changer la nourrice soit par ce qu'elle est malade, soit parce que son lait est insuffisant ou mal employé, et que l'enfant ne profite pas.

Tout ce qui est relatif à la nourrice se trouve indiqué dans la *sixième édition de mon hygiène de l'enfance et de l'allaitement*, qui va paraître dans quelques jours. On y trouve avec détails l'influence des maladies anciennes de la mère et particulièrement de la syphilis; — l'influence des maladies actuelles avec ou sans altération immédiate du lait ; — enfin l'influence éloignée des affections morales.

Aujourd'hui je ne veux m'occuper que du changement de nourrice nécessité par l'état du nourrisson, particulièrement par son défaut d'accroissement mesuré à la balance. C'est là, comme l'ont établi Guillot, Bouchaud, Blache, Odier, et tant d'autres, le moyen de ne pas se tromper dans les résolutions à prendre. Je me suis beaucoup occupé de ce sujet, j'ai fait de nombreuses pesées d'enfants, et comme les résultats de l'observation en ville diffèrent notablement des résultats hospitaliers, je veux vous faire connaître les différences.

D'une manière générale il faut savoir que les moyennes de l'hôpital sont toujours inférieures à celles de la ville. Cela s'explique par les conditions hyposthénisantes où se trouvent les enfants, mais ce n'est pas le point le plus important des motifs du changement de nourrice. Ce changement repose entièrement sur le défaut d'augmentation de poids des enfants; mais, pour bien apprécier ce qui est relatif à ce sujet, il faut établir le *poids des nouveau-nés ; l'accroissement des jours qui suivent la naissance*, *et enfin l'accroissement de l'enfant à la mamelle*, jusqu'à la fin de la première année ou jusqu'au sevrage.

Du poids des nouveau-nés.

Au moment de la naissance le poids des enfants varie entre 3 et 4 kilogrammes, et les poids de 5, 6 et 7 kilogrammes sont exceptionnels. Mme Lachapelle en a reçu un qui pesait 6 kilogrammes ; Baudelocque 6k500, et Merriman 7 kilogrammes. D'une autre part on en reçoit qui ne pèsent que 1 kilogramme et demi ou 2 kilogrammes ; mais c'est qu'alors la mère est malade ou l'enfant né avant terme.

Les garçons pèsent un peu plus que les filles. Ainsi, sur 119 enfants comprenant 63 garçons et 56 filles, Quetelet a trouvé 3k20 comme poids moyen des garçons et 2k91 comme poids moyen des filles.

Le poids maximum des garçons a été 4k50 et le poids minimum 2k34.

Le poids maximum des filles a été 4k25 et le poids minimnm 1k12.

Ces résultats ont été confirmés par Winckel et par quelques autres médecins.

Les enfants des femmes qui ont déjà eu des enfants, ou *multipares*, pèsent ordinairement un peu plus que ceux des femmes primipares, ou qui accouchent pour la première fois. Cela dépend en général de l'âge de la mère, qui n'est pas toujours alors celui de l'époque convenable à la maternité. Ainsi, sur 2,053 nouveau-nés, pesés par Duncan, il y en eut 1,042, dont le poids moyen fut de 7 livres 10, et qui appartenaient à des primipares, tandis que sur 1,042 de multipares le poids moyen fut de 7 livres 227.

Ces résultats sont également ceux de Hecker, de Munich, et de Foisy, en France.

Quant à l'influence de l'âge plus avancé de la mère sur le poids des nouveau-nés, Duncan l'a également démontré d'après les pesées de 2,053 enfants.

Ans.	Enfants.		Livres.	Onces.
22	787	le poids moyen fut.	7	3.157
25	805	—	7	4.807
25	763	—	7	5.597
30	325	—	7	3.046
30	424	—	7	7.223
32	45	—	7	5.076
35	563	—	7	4.991

Des recherches récentes de Foisy sur 1,518 enfants confirment entièrement ces résultats.

Voici, d'après lui, le poids moyen des enfants nés à terme, par rapport à l'âge de la mère et à son état de primiparité ou de pluraparité.

AGE DE LA MÈRE.	MULTIPARES.				PRIMIPARES.			
	GARÇONS.		FILLES.		GARÇONS.		FILLES.	
	Nombre des cas d'accouc.	Poids moyen.	Nombre des cas d'accouc.	Poids moyen.	Nombre des cas d'accouc.	Poids moyen de l'enfant.	Nombre des cas d'accouc.	Poids moyen de l'enfant.
15 à 19 ans	8	3.125	10	3.205	44	3.260	37	3.155
20 à 24 ans	85	3.318	97	3.164	136	3.267	134	3.021
25 à 29 ans	122	3.331	114	3.290	55	2.969	44	3.116
30 à 34 ans	57	3.390	62	3.454	12	3.212	12	3.140
35 à 39 ans	31	3.391	37	3.313	»	»	»	»
40 à 50 ans	10	3.405	8	3.111	»	»	»	»

En dehors de ces moyennes, qui ne donnent qu'une idée approximative et générale du poids des nouveau-nés, sans s'appliquer à aucun enfant en particulier, il y a des circonstances individuelles qui font varier ce poids. Parmi elles, je citerai la taille des parents, leur constitution, les accidents de la grossesse et leur maladie.

Les races naines et les races géantes n'engendrent pas des enfants auxquelles on puisse appliquer cette loi des moyennes de poids. J'ai vu des parents de très-petite taille avoir une fille qui ne pesait qu'un kilogramme, tandis que, dans les familles où le père et la mère en bonne santé étaient de haute stature, le poids des enfants était de 4 kilogrammes et demi.

Chez des femmes débiles et lymphatiques, atteintes d'anémie ou de chlorose, mariées à des hommes délicats et grêles, les enfants sont très-petits et ne pèsent pas plus de 2 à 3 kilogrammes. Au contraire, chez des sujets forts et vigoureux, si la grossesse n'a pas été maladive, les enfants sont très-lourds, leur naissance est très-douloureuse, et j'ai connu un accoucheur qui prenait alors ses précautions pour avoir des enfants moins gros, moins pesants et d'une arrivée plus facile pour la mère. Il diminuait la dose des aliments pendant la grossesse, et, comme cela n'a pas d'inconvénient pour le nouvel être, comme un petit nouveau-né peut devenir un enfant très-vigoureux, il avait adopté cette pratique d'une manière générale dans tous les cas où il redoutait d'avoir des enfants trop volumineux.

Les vomissements trop fréquents et trop abondants de la grossesse diminuent aussi beaucoup le poids des enfants. Ainsi j'ai vu une dame de bonne constitution habituelle qui ayant vomi ses aliments, pendant toute la durée de sa grossesse, n'enfanta qu'une fille de 2 kilogrammes et demi.

La scrofule et surtout la syphilis réduisent souvent le volume et le poids des enfants. Cette dernière arrête la nutrition de l'enfant, le tue bien souvent; mais, s'il échappe aux premières difficultés de la vie intra-utérine, il arrive au jour petit et maigre ne pesant quelquefois pas plus de 2 kilogrammes. Qu'elle provienne du père et de la mère, cette maladie est la plus funeste de toutes celles qui agissent sur le produit de la conception. Il est fâcheux que le monde n'en sache pas plus long sur ce sujet, car si terrible que soit ce mal, il est très-aisément guérissable, et dans les familles où il y a des avortons syphilitiques, il suffit d'un traitement de quelques semaines chez le père et chez la mère pour avoir ensuite des enfants à terme et d'un poids suffisant.

Les hémorrhagies de la grossesse, si elles ne sont pas trop considérables ni trop fréquentes, n'ont pas d'influence appréciable sur le poids de l'enfant; mais, si elles sont très-abondantes, l'enfant peut perdre 1 à 2 kilogrammes de son poids.

Je citerai enfin, d'après Foisy, l'influence des varices de la mère, car, sur 80 cas, ce médecin a constaté que la moyenne du poids des enfants était alors de 50 à 200 grammes au-dessous de la moyenne ordinaire.

De l'accroissement des nouveau-nés.

Chaussier est le premier qui ait établi que les nouveau-nés perdaient de leur poids pendant les jours qui suivaient leur naissance, et qu'ils ne commençaient à profiter d'une manière sensible qu'à la fin de la première semaine. Quetelet l'a démontré à l'aide de la balance (1).

Ainsi les poids moyens trouvés par cet observateur sont :

Premier jour	3^{k}126
Deuxième jour	3^{k}057
Troisième jour	3^{k}017
Quatrième jour	3^{k}035
Cinquième jour	3^{k}039
Sixième jour.	3^{k}035
Septième jour.	3^{k}060

Siebold, Winckel (2), Quinquand (3), ont confirmé ces résultats, Bouchaud (4) admet bien aussi la vérité du fait, mais il signale quelques exceptions qu'il estime être dans la proportion d'un quinzième des cas observés. Alors le poids de ce nouveau-né s'accroîtrait dès les premières heures de la vie.

Ces exceptions ne renversent pas la loi générale, et l'on peut dire qu'en général les enfants nouveau-nés perdent de 30 à 100 grammes le premier jour. Cela peut continuer encore le second jour et les jours suivants; mais, en général, le poids s'élève de nouveau à partir du troisième jour de la naissance, et il arrive rapidement au poids primitif. Dans les observations de Bouchaud, on a vu des enfants perdre au plus 200 grammes le premier jour et 10 grammes au moins. Le second jour, il n'a jamais vu qu'une perte de 135 grammes, chiffre maximum, et 5 grammes comme chiffre minimum.

Il est une chose qu'il faut bien savoir, c'est qu'on aurait tort de juger les déperditions et l'accroissement des nouveau-nés d'après les chiffres recueillis à l'hôpital ou dans les maternités, chez des enfants placés dans de mauvaises conditions hygiéniques, ou nés de mères malheureuses ou abandonnées, qui les soignent mal, dans l'arrière-pensée criminelle de les voir succomber au plus vite. En ville, chez les enfants bien soignés les déperditions sont moins considérables, l'accroissement plus fort et les quantités de lait prises par les enfants bien au-dessus de celles qu'on trouve indiquées dans les statistiques hospitalières.

Causes de la perte de poids des nouveau-nés.

Les causes ordinaires de la diminution du poids des nouveau-nés à leur arrivée dans le monde extérieur sont physiologiques et pathologiques. Ce sont : 1° *l'évacuation du méconium*, évaluée à 60 ou 90 grammes, et qui commence peu après la naissance pour se prolonger pendant deux ou trois jours ; 2° *l'évacuation des urines*, environ 10 à 15 grammes peu après la naissance ; 3° *la transpiration pulmonaire et cutanée*, évaluée à 55 ou 60 grammes ; 4° *la petite quantité de liquide* prise le premier jour. Telles sont les causes physiologiques ordinaires de la perte de poids du nouveau-né dans les premiers jours de la vie.

(1) *Recherches sur le poids de l'homme aux différents âges.* (*Annales d'hygiène* 1833.)
(2) *Union médicale* 1863.
(3) *Thèse de Paris* 1872.
(4) *Thèse de Paris* 1864.

Quant aux causes pathologiques, ce sont :

La faiblesse de naissance chez les enfants nés avant terme, ou naturellement si petits qu'ils n'ont pas la force de boire ni de teter, et qu'ils refroidissent très-rapidement :

L'ictère, si habituel chez les enfants, et qui, lorsqu'il est très-considérable, dépend d'une maladie du foie et de la veine ombilicale, ce qui met l'enfant hors d'état de se nourrir.

Enfin, les autres maladies accidentelles du nouveau-né, telles que la sclérose, l'ophthalmie purulente, la bronchite, la pneumonie, la diarrhée, le muguet, etc. Toutes ces affections ralentissent le mouvement nutritif et l'assimilation, de sorte que, en dehors de la perte de poids normale et passagère, il y a une perte de poids qui se prolonge davantage et qui peut mettre l'enfant dans un état assez grave pour entraîner la mort.

Il faut ajouter à ces causes de dépérissement des nouveau-nés celles qui résultent d'un allaitement vicieux, incomplet et mal dirigé. En effet, les femmes qui n'ont que du mauvais lait, ou pas assez de lait, celles dont le bout de sein est petit, et mal formé ou incomplet, nuisent à leurs enfants. D'une part, le lait ne profite pas, l'enfant n'en prend pas à sa suffisance, il s'endort au sein et souffre d'inanition. Si l'on ne pèse pas l'enfant avant et après chaque tetée, on peut croire qu'il a bu, tandis qu'il n'a presque rien pris, et il souffre d'inanition. Il se refroidit et perd de son poids. Si l'on n'y fait pas attention, il peut mourir.

De l'accroissement des enfants à la mamelle.

Dès que la chute du cordon ombilical est accomplie, et lors qu'après avoir perdu de son poids pendant sept jours l'enfant a repris son poids de naissance, il doit sans cesse s'accroître d'une façon régulière dont on peut déterminer les lois. S'il y a infraction à la règle il faut se tenir en éveil, et si l'infraction continue, les parents doivent changer de nourrice.

L'enfant vient-il bien, est-il gras et ferme, tette-t-il avec ardeur, sans dormir dès qu'il est au sein, augmente-t-il de 20 à 30 grammes par jour dans les cinq premiers mois, et de 10 à 15 grammes dans les sept mois suivants, la nourrice est bonne à conserver.

Au contraire, l'enfant est-il pâle et reste-t-il stationnaire ou perd-il de son poids; a-t-il les chairs molles, un peu de diarrhée, on peut conclure que le lait est insuffisant ou mauvais, et il faut changer la nourrice.

Il n'y a, du reste, qu'un seul moyen pour savoir si l'enfant tette suffisamment, c'est la balance de M. Guillot; la romaine de Odier, Blache, Mathieu, ou le berceau-bascule de Groussin. De cette façon, on sait ce que l'enfant tire chaque fois qu'il tette, et si on le pèse toutes les semaines, on apprend ce qu'il a gagné en poids, voici ce qu'on observe :

1° A l'âge de deux jours accomplis (chaque jour étant de vingt-quatre heures), il pèsera 100 grammes de moins qu'à sa naissance, diminution qui correspond à l'excrétion du méconium.

2° A l'âge de sept jours il sera revenu au même poids que celui de sa naissance.

3° De sept jours à l'âge de cinq mois, il augmentera *en moyenne* de 175 grammes par semaine, ce qui fait environ 25 grammes par jour.

4° A partir de l'âge de cinq mois, il n'augmentera plus, en moyenne, que de 15 grammes par jour.

5° A l'âge de cinq mois il pèsera le double de ce qu'il pesait à sa naissance.

6° A l'âge de seize mois son poids sera seulement le double de celui qu'il avait à cinq mois.

Toutefois il ne faudrait pas attacher à ces chiffres un caractère de rigoureuse précision. Un enfant peut ne gagner que 15 ou 20 grammes par jour, par exemple, et être cependant dans d'excellentes conditions de santé. L'important, c'est qu'il gagne ces quelques grammes.

Pour ce qui regarde la quantité de lait prise à chaque tetée, il faut peser avant et après l'allaitement. La différence de poids indique la quantité de lait introduite et comme l'apprend l'expérience elle doit être de 80 à 100 grammes. Si elle n'atteint pas 50 grammes, la nourrice est insuffisante.

Au reste, afin que l'on comprenne bien ce que je dis, je vais reproduire quelques tableaux dressés par Bouchaud, pour montrer, d'après la loi d'accroissement des nouveau-nés, quelles sont les bases scientifiques du changement des nourrices.

Ils montrent, d'une part, le poids que doit acquérir l'enfant dans sa première année, et, de l'autre, la quantité de lait qu'il doit prendre à chaque tetée d'après son âge.

On sait que l'enfant qui vient de naître perd, dans les deux premiers jours de la vie, 100 grammes de son poids, soit par l'excrétion du méconium, soit par défaut d'assimilation. Au troisième il commence à profiter, et, au septième jour, il a repris son poids de naissance. Il augmente ensuite de 20 à 25 gr. par jour pendant cinq mois, puis de 10 à 15 grammes pendant les sept mois suivants, de manière à arriver du poids moyen de naissance, 3 kilog. 250, à 9 kilogrammes au bout d'un an. Cette augmentation de poids formerait une progression arithmétique croissante dont le premier terme est 750, le dernier 200, et la raison 50 grammes.

	Naissance	1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	6 mois	7 mois	8 mois	9 mois	10 mois	11 mois	12 mois
Augmentation	Gr. »	Gr. 750	Gr. 700	Gr. 650	Gr. 600	Gr. 550	Gr. 500	Gr. 450	Gr. 400	Gr. 350	Gr. 300	Gr. 250	Gr. 200
	3.250	4.000	4.700	5.350	5.950	6.500	7.000	7.450	7.850	8.200	8.500	8.750	8.950

Et si l'on divise l'augmentation moyenne de chaque mois par 30, on aura l'augmentaton moyenne par jour :

1er mois	2e mois	3e mois	4e mois	5e mois	6e mois	7e mois	8e mois	9e mois	10e mois	11e mois	12e mois
Gr. 25	Gr. 23	Gr. 22	Gr. 20	Gr. 18	Gr. 17	Gr. 15	Gr. 13	Gr. 12	Gr. 10	Gr. 8	Gr. 6

Veut-on savoir maintenant quelle quantité de lait l'enfant nouveau-né ou à la mamelle doit prendre par repas et par jour, on a qu'à jeter un coup d'œil sur les tableaux suivants.

Au premier jour, il ne prend donc que 3 grammes de colostrum par tetée, c'est-à-dire de lait rudimentaire encore mal élaboré; au deuxième jour, il prend 15 grammes par repas; au troisième jour, 30 à 40; au quatrième, 55, ce qui fait, en supposant dix repas par jour, 30 grammes le premier jour, 150 grammes le second, 400 le troisième, et 550 le quatrième.

A un mois, la tetée est de 70 grammes par repas, ou, pour neuf repas en vingt-quatre heures : 630 grammes.

A deux mois, la tetée est de 100 grammes à chaque repas, et, pour sept tetées, en vingt-quatre heures : 700 grammes.

A trois mois, 120 grammes par repas, soit, pour sept tetées par jour : 840 grammes.

A quatre mois, 150 grammes par repas, soit par jour, s'il y a six tetées : 950 grammes.

	10 TETÉES				9 TETÉES	6 A 7 TETÉES							
	1er jour	2e jour	3e jour	4e jour	1er mois	2e mois	3e mois	4e mois	5e mois	6e mois	7e mois	8e mois	9e mois
Quantité de lait en 24 heur.	Gr. 3	Gr. 15	Gr. 40	Gr. 55	Gr. 70	Gr. 100	Gr. 120	Gr. 140	Gr. 140	Gr. 140	Gr. 140	Gr. 140	Gr. 140
Poids de la tétée	30	150	400	550	630	700	850	950	950	950	950	950	950

Ces résultats d'hôpital sont inférieurs à ceux que j'ai obtenus dans la ville sur des enfants placés dans de meilleures conditions; mais, malgré les différences entre les moyennes obtenues dans ces conditions différentes, les chiffres qu'on vient de lire éclairent le médecin de la façon la plus complète, et il n'a qu'à se laisser guider par eux, selon son intelligence, pour répondre avec précision aux demandes des familles sur le changement de nourrice.

Ainsi donc : *si l'enfant ne profite pas, et si son poids n'augmente pas, ou si la quantité de lait prise à chaque tetée est insuffisante, il faut changer la nourrice.*

La question n'est plus la même lorsqu'il s'agit d'une maladie aiguë fébrile avec courbature et prostration.

On rentre alors dans les catégories que j'indiquais au début de la conférence, et pour l'exposé desquelles j'ai renvoyé à l'ouvrage que j'ai publié à ce sujet (1). Il faut patienter si la maladie de la nourrice n'est pas grave, mais si la nature en est mauvaise, si elle doit se prolonger et produire l'altération du lait, il n'y a pas à différer : le changement de nourrice est nécessaire.

Une fois cette résolution prise, il faut trouver la nourrice destinée à remplacer celle qui ne convient plus, et qui ne doit être avertie qu'au moment même de la substitution. C'est le meilleur moyen, pour la famille et pour le nourrisson, de n'avoir pas à souffrir de la mesure, devenue indispensable.

(1) E. Bouchut. *Hygiène de la première enfance* et règles de l'allaitement, du sevrage, du choix des nourrices, etc. Paris, 1874. *Sixième édition.*

HOPITAL GÉNÉRAL DE LIMOGES. — M. LEMAISTRE

Duplicité du vagin.

(Observation recueillie par M. DUNOYER, interne du service.)

Les exemples de duplicité du vagin sont assez rares pour que nous jugions à propos de publier l'observation suivante :

A. J., âgée de quinze mois, est entrée dans le service le 6 juin 1874. Robuste et bien constituée, cette petite fille présente une infirmité très-fâcheuse : une disposition anormale ne lui permet pas de retenir ses matières fécales et ses urines qui s'échappent au dehors par intermittence.

A l'examen des parties génitales, voici ce que l'on constate : Les grandes lèvres, les petites lèvres et le clitoris ne présentent rien de particulier. De la base du clitoris part une ligne saillante constituée par un soulèvement de la muqueuse adossée à elle-même. Cette ligne, espèce de raphé médian, est dirigée verticalement en bas par une longueur d'un centimètre. Il se bifurque alors pour former deux lignes obliques de dedans en dehors, de haut en bas, et un peu d'avant en arrière. Ces deux lignes obliques, d'une longueur de 4 à 5 millimètres, se terminent à deux orifices situés de chaque côté à la face interne des grandes lèvres, celui de droite un peu plus bas que celui de gauche. Entre ces deux orifices se trouve une vaste scissure médiane étendue du point de bifurcation du raphé médian à la partie inférieure de la vulve : il en sera parlé plus loin. Dirigés obliquement de dedans en dehors, les deux orifices latéraux sont bordés par un bourrelet plus saillant à l'orifice de gauche qu'à l'orifice de droite. Béants, ovalaires, ils admettent facilement l'introduction d'une sonde de 3 millimètres de diamètre. Ces orifices révèlent la présence de canaux qui viennent de l'intérieur. En effet, une sonde introduite dans ces ouvertures pénètre aisément à une profondeur qui varie selon qu'on examine le canal de droite ou celui de gauche. Celui de droite a 3 centimètres de longueur; celui de gauche 4 centimètres. Considérés dans leur ensemble, le raphé médian vertical et les deux obliques représentent exactement un Y renversé. Le pied de la lettre correspond au clitoris; les extrémités des deux branches aux deux ouvertures latérales anormales; la bifurcation des branches occupe exactement la place où l'on rencontre normalement le méat urinaire, qui, chez cette petite fille, manque en ce point.

Quant à l'endroit où se trouve l'ouverture vaginale dans l'état normal, on y constate la grande fente verticale médiane dont nous avons déjà parlé. Cette fente verticale, de 12 millimètres d'étendue, sans trace de membrane-hymen à son pourtour, laisse passer entre ses bords, pour faire hernie à l'extérieur, quand l'enfant accomplit le moindre effort, une masse rougeâtre, plissée, mamelonnée, représentant assez bien l'aspect d'une framboise. C'est la partie inférieure de la muqueuse du rectum. Du milieu de ces replis s'échappent par intermittence un mélange semi-liquide d'urines et de matières fécales. Si l'on introduit le doigt par la fente verticale médiane, on tombe dans une vaste anfractuosité où le toucher permet de constater les particularités suivantes : En avant un vaste cul-de-sac qui, situé en arrière de la symphise des pubis remonte très-haut dans la cavité abdominale; sur les côtés on sent, à travers les parois du cul-de-sac, deux petits corps aplatis qui appartiennent très-probablement à la matrice ou aux ovaires; en arrière, ce vaste cul-de-sac est limité par une bride transversale, élastique, au dessus de laquelle le doigt tombe dans une gouttière (partie inférieure du rectum dépourvue de paroi antérieure), limitée en haut par un trou qui n'est autre chose que l'ouverture du gros intestin. Si maintenant l'on fait pénétrer un spéculum de l'anus par la grande scissure médiane, on aperçoit facilement, placé derrière la symphyse du pubis, et sur la ligne médiane, un petit tubercule rougeâtre, du centre duquel sont lancés avec force des jets d'urine. Il y a donc une vessie bien conformée et munie de son sphincter, mais peu ou point de canal de l'urèthre. Notons enfin que la vulve est plus grande que de coutume, qu'il y a absence complète de périnée et d'ouverture anale.

A quel organe appartiennent les deux ouvertures situées sur les parties latérales de la grande scissure médiane? Mon chef de service, M. Lemaistre, avait d'abord pensé qu'elles pouvaient être l'ouverture des uretères. Mais l'examen avec le spéculum *ani* qui a permis de déterminer la présence d'une vessie bien constituée, l'a forcé à abandonner cette hypothèse. Du reste aucun liquide ne sort par ces orifices, et leur calibre est plus considérable que l'ouverture inférieure des uretères. Dès lors, M. Lemaistre a été convaincu que ces deux ouvertures latérales étaient celles de deux vagins et que les organes génitaux internes de l'enfant avaient subi un arrêt de développement, dès les premiers mois de la vie intra-utérine.

En résumé, le vice de conformation, très-rare dans son espèce, que présente cette petite fille, nous offre comme surtout dignes d'intérêt les deux ouvertures externes de deux vagins séparés par une fente qui est l'orifice d'une espèce de cloaque à l'intérieur duquel viennent s'ouvrir la vessie et le rectum.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 janvier 1874 (1). — Présidence de M. PETER.

M. GILLEBERT D'HERCOURT fils continue la lecteur de son travail : Mon père a fait, à ce sujet, des recherches auxquelles j'ai assisté

(1) Suite. — Voir les numéros des 23 et 30 juin 1874.

et dont le résultat est fort précis. Son mode d'expérimentation était le suivant : il prenait un drapeau de tulle d'une superficie de 400 centimètres carrés, le lavait avec grand soin dans l'eau distillée, puis l'exposait en un point dont la hauteur au-dessus du niveau de la mer et l'éloignement du rivage étaient précisés. Après vingt-quatre heures, le drapeau était enlevé, lavé de nouveau daus une quantité déterminée d'eau distillée qui était à son tour traitée par une solusolution de nitrate d'argent. On voyait apparaître alors un précipité blanc, caillebotté, insoluble dans l'eau et dans les acides, soluble dans l'ammoniaque. C'était donc bien là du chlorure d'argent. On continuait les lavages jusqu'à ce que l'essai par le nitrate d'argent ne donnât plus le moindre louche, à ce moment le drapeau, bien pur de chlorure de sodium pouvait servir à une nouvelle expérience.

Ces recherches, répétées pendant plus de cent jours, ont conduit mon père à poser les conclusions suivantes :

1° Il existe sur les bords de la mer une zone atmosphérique qui est constamment imprégnée de particules salines;

2° Les distances auxquelles j'ai pu constater, dans l'air du littoral, la présence de ces particules m'autorisent à assigner, comme dimension à cette zône, à Monaco, au moins 4 ou 500 mètres d'étendue horizontale perpendiculaire à la côte, et 66 mètres au moins d'élévation à partir de la surface de l'eau.

Il va sans dire que la proportion de chlorure de sodium est d'autant plus considérable que l'on expérimente en un point plus rapproché du rivage, et qu'elle augmente par le fait de l'agitation des flots, mais sa présence est constante, même pendant les plus grands calmes, et personne ne peut se soustraire à son action dans la zone indiquée plus haut.

Que ce soit là une condition utile dans le traitement de certaines maladies ou pour certains malades, je le veux bien, j'en suis même convaincu; il y a probablement là une partie du secret de cette excitation que l'on ressent au bord de la mer, et dont se trouvent si bien les enfants scrofuleux et rachitiques.

Mais il faut savoir ce que l'on fait, il ne faut ordonner qu'en connaissance de cause, un *pansement au sel marin* pour les bronches des phthisiques auxquels on peut trouver bon de faire suivre ce *traitement substitutif*.

Je n'ignore pas que la maladie qui nous occupe a été divisée en éréthique et en torpide, les climats marins étant formellement contre-indiqués dans le traitement de la première forme. Mais cette division me semble beaucoup trop large, et elle est à coup sûr beaucoup trop artificielle. S'il est des phthisies éréthiques qui n'ont été ou ne deviennent jamais torpides, il est peu de phthisies torpides assez réfractaires à l'excitation pour ne pas s'accompagner, à un moment donné, d'un degré variable d'éréthisme.

Je crois donc ne rien exagérer en engageant à surveiller atenttivement un traitement local bien capable d'amener quelque révolte chez le phthisique le plus torpide.

Il est bien entendu que je parle ici de la côte et point des voyages en pleine mer, acceptés par M. Fonssagrives, pour les phthisiques à tempérament lymphatique et exempts de manifestations fébriles trop prononcées. Entraînés par cette opinion et par les observations qui viennent à son appui, des écrivains distingués et pathologistes de premier ordre, MM. Hérard et Cornil, en ont conclu que le séjour au bord de la mer peut offrir de grands avantages à côté de quelques inconvénients faciles à éviter. Mais en ce qui concerne la présence du sel marin dans l'air ambiant, il ne faut pas confondre la pleine mer et la côte. Ici le mouvement continuel de l'eau, ses chocs répétés contre les rochers ou sur la plage, favorisent la pulvérisation de l'eau salée que la plus faible brise transporte. En pleine mer, au contraire, aucun obstacle ne vient rompre les longues ondulations de la surface, sauf par des temps assez gros pour forcer les malades à garder la cabine. Les croisières en pleine mer et dans des parages tempérés ne peuvent donc être comparées à l'habitation sur le bord de la mer.

Une autre condition que doivent subir les hivernants, et qui étend ses effets sur un territoire singulièrement plus vaste que ne le fait la précédente, est l'état ozonométrique de l'air. Impossible d'éviter l'action de ce puissant agent d'excitation; car, si les quantités d'ozone diminuent à mesure que l'on s'éloigne de la plage, elles restent en tous cas, même à de notables distances, de beaucoup supérieures à ce qu'on observe dans les villes ou les campagnes éloignées de la mer.

Il résulte, d'expériences faites à Monaco par mon père, que la présence de l'ozone peut toujours y être constatée, et que sa quantité y est toujours très-élevée, à ce point que, chaque hiver, la moyenne dépasse la moitié de l'échelle chromatique de Bérigny, et que le maximum atteint souvent le plus haut degré de cette échelle. A côté de cela, nous relevons, dans les *Bulletins météorologiques* des grandes villes du centre de la France, des mois entiers pendant lesquels il a été impossible de constater la quantité la plus minime d'ozone.

Il est bien vrai que l'action physiologique de l'ozone n'a pas encore été déterminée d'une façon suffisante. Toutefois, l'activité beaucoup plus grande des combinaisons chimiques dans lesquelles intervient l'oxygène ozonisé, d'une part, et, d'autre part, la similitude de certains états généraux que l'homme ressent au bord de la mer, et dans les pays de montagne où l'ozone est également abondant ont fait admettre, d'une manière générale, que l'air ozonisé agit comme un véritable excitant.

C'est à l'action de cet agent que M. Fonssagrives attribue la fréquence des bronchites qu'il a observées dans les parages équatoriaux, et le savant professeur d'hygiène ajoute que « cette particularité peut bien expliquer en partie l'influence fâcheuse du séjour du littoral de la Manche et de l'Océan sur la marche de la phthisie. »

En tout cas, il est conséquent de penser que l'ozone active aumoins les combustions organiques; et nous cherchons précisément un résultat opposé quand nous soumettons les phthisiques à l'usage de certains médicaments, tels que la digitale ou l'acétate de plomb ou l'arsenic qui agissent aussi sur la combustion mais en la modérant.

Il est encore une question que nous devons soulever. Elle a trait à une qualité des atmosphères maritimes qui a été l'objet de jugements contradictoires. L'air du littoral est-il sec? est-il humide? On a répété à loisir que l'air de Nice est sec, vif, irritant. M. Lubanski s'élève contre cette assertion, et engage à consulter sur ce point l'hygromètre de Saussure, dont il donne une minutieuse description. Cet instrument indiquant, à Nice, une moyenne de 58°2, M. Lubanski en conclut que l'atmosphère de cette station est 8°2 plus près de l'extrême humide qu'elle ne l'est de l'extrême sec.

On pourrait faire observer d'abord que l'instrument de Saussure ne compte plus que pour mémoire parmi les météorologistes, qui emploient habituellement le psychromètre d'August. Mais passons et admettons l'hygromètre à cheveu. Tout n'est pas fini quand on a lu le degré du cadran dont les divisions ne sont qu'arbitraires, et surtout nullement proportionnelles; l'expérience, pour être complète, exige l'emploi de tables de correction calculées par August, Gay-Lussac, etc. Or, en faisant passer les 58°2 par les susdites tables, on obtient 34°5.

Il faut donc, pour être scientifiquement exact, retourner la conclusion de M, Lubanski et dire : « La moyenne hygrométrique de Nice est de 15°5 plus près de l'extrême sec qu'elle ne l'est de l'extrême humide.

En comparant ce chiffre avec ceux de Paris, Lyon, Bordeaux, on voit que l'air de Nice peut être, à bon droit, considéré comme sec.

Ces différents points établis, il nous reste à examiner quels phénomènes se produisent chez les phthisiques soumis à ces diverses influences, et s'il y a lieu d'établir des rapports de cause à effet.

Il est regrettable de ne pas trouver plus de déductions thérapeutiques dans les nombreux écrits qui ont été publiés sur les climats marins. Presque tous, d'ailleurs, sont marqués au coin d'un optimisme dangereux. Les quelques auteurs qui ont seulement émis un doute sur la valeur curative de l'ensemble des conditions climatologiques des stations maritimes y sont traités de la belle façon.

Fodéré, par exemple, accusait Nice de faire passer la phthisie de l'état chronique à l'état aigu, tandis qu'il observait que dans l'intérieur des terres on constatait souvent de longues trêves dans la mar-

che de cette maladie. Enfin, il émettait l'idée d'un principe malfaisant résidant dans « les éléments des sels muriatiques que l'analyse fait trouver en abondance dans ces parages, » A cela M. Vahu répond « qu'il ne faut pas envoyer au bord de la mer des phthisiques arrivés à période de ramollissement. » Mais cette période n'est pas unique, le poumon d'un phthisique est le théâtre d'une quantité de fontes tuberculeuses successives, et séparées souvent par de notables temps de répit. Or, lorsque les premiers symptômes de la cruelle maladie attirent l'attention du médecin, ou bien le travail morbide effectué ne laisse aucun doute sur la nature du mal, et alors on peut être à la veille d'un commencement de ramollissement du foyer le plus ancien; ou bien, l'auscultation n'amène que des présomptions, et alors, qui viendra nous dire, après guérison, si nous avons eu affaire à une phthisie pulmonaire.

Au reproche d'action malfaisante exercée par les sels muriatiques dont parle Fodéré, M. Vahu oppose les conclusions des analyses de Roubaudi. Ces conclusions sont passablement contradictoires entre elles; elles disent, en effet : 1° l'air du littoral ne contient ni acide chlorhydrique ni chlorures; 2° lorsque la mer est agitée, des molécules d'eau de mer flottent dans l'air et sont transportées par les vents.

Ces molécules d'eau de mer qui ne sont le résultat ni de l'évaporation, ni de la vaporisation, ne contiennent-elles donc pas leur part de chlorure de sodium?

Abordant maintenant la question des modifications que subit la maladie, nous remarquerons que les unes sont communes pour tous les phthisiques, que d'autres sont spéciales à certains cas, mais que toutes, qu'elles surviennent dans l'état général ou dans l'état local, présentent un lien de parenté qui tend à les faire attribuer aux mêmes causes.

Je n'entrerai pas dans le détail de chacune de mes observations, mais je répète que celles-ci ont porté sur les principales formes de phthisie décrites, et sur des tempéraments de types très-divers. (*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Les Facultés de médecine en France (1).

Mouvement intellectuel. — Mais ce serait commettre une erreur funeste que de classer les villes exclusivement au point de vue de la population, et de donner aveuglément la préférence à celles qui sont les plus nombreuses et qui fournissent le plus de malades et de décès. Un autre élément doit ici entrer en jeu, à savoir les conditions du milieu scientifique que présente la ville, le mouvement intellectuel dont elle est le théâtre, les établissements d'enseignement supérieur qui y fonctionnent déjà.

C'est là, sur certains points, matière à appréciations difficiles et délicates, qui prêtent singulièrement à la controverse et où la preuve ne peut se faire de manière à imposer silence aux protestations du patriotisme local. Sans doute il est permis de dire encore ici que le mouvement intellectuel est à son maximum d'activité dans les grandes villes, par cette raison que là se donnent rendez-vous les intelligences d'élite de la médecine, du barreau, de l'industrie, que là l'État entretient ses fonctionnaires de premier rang, que là les grandes fortunes, héréditaires ou acquises, donnent le loisir de l'étude et de la production scientifique, littéraire ou artistique à un plus grand nombre d'hommes de valeur; mais aller au delà semble bien difficile.

Quand on en arrive à toucher ce point délicat, chacune des grandes cités dont nous nous occupons fait revivre avec orgueil son passé illustre et les noms des grands hommes qu'elle a fournis à la science et particulièrement à la médecine.

Toulouse rappelle son université, fondée en 1229, et sa faculté de médecine qui ne disparut qu'à la Révolution, bien qu'elle eût fort périclité; elle met en avant les noms chers aux médecins, de Pinel, de Larrey, de Delpech, d'Esquirol, qui sont nés dans cette ville ou y ont commencé leurs études.

Nantes réclame aussi la faculté de médecine qui, dépendant de l'université de Bretagne fondée en 1460, subsista jusqu'en 1792, et elle se pare du nom du plus illustre des médecins de ce siècle, de Laennec, qui débuta dans ses études aux cours libres du docteur Darbefeuille.

Bordeaux fait valoir la prospérité de la faculté de médecine qui faisait dès 1441 partie de son université, et qui recevait comme docteurs, tant de « gens de rare doctrine et bien expérimentés ». Au nombre de leurs illustres successeurs elle cite en ce siècle le célèbre Magendie.

Lyon fait remonter au temps de Charlemagne l'institution de cours de médecine dans son école des sciences et des lettres; et parmi la glorieuse pléiade des médecins auxquels elle a donné soit le jour, soit l'éducation intellectuelle, elle cite aux premiers rang Rabelais, Michel Servet, Bichat, Lisfranc, Gensoul, Bonnet, sans parler de ceux qui vivent encore et dont le nom est connu dans toute l'Europe savante.

Lille, dont l'école date de 1852, et Marseille ont un passé beaucoup moins illustre.

Du reste, l'existence des facultés de médecine au moment où la Révolution les supprima, n'avait pas grande signification; on en comptait 18 en France, la plupart fort singulièrement placées (Besançon, Perpignan, Angers, Orange, Douai, etc.) et dont deux seulement, Paris et Montpellier, étaient dans un état prospère.

Mais c'est du présent et non du passé qu'il s'agit. Votre commission a multiplié ses sources d'information. Elle a consulté les hommes les plus compétents, examiné les publications scientifiques qui prennent naissance dans les villes en compétition. Ce n'est pas tout, pour avoir sur le détail des faits des renseignements à la fois plus intimes et plus précis, elle a donné mission à l'un de ses membres d'en aller faire snr place un examen impartial et approfondi.

Grâce à cette enquête minutieuse, elle est arrivée à ce résultat, plus aisé à énoncer qu'à démontrer à cause de la multiplicité des détails et des motifs, qu'il convient de placer au premier rang, tout à fait hors pair, au point de vue de l'importance du mouvement intellectuel médical et scientifique, la grande ville de Lyon, que toutes les autres considérations nous ont déjà fait mettre en tête;

Puis vient Bordeaux, dont les sociétés savantes fournissent un contingent considérable au développement des sciences physico-chimiques et naturelles;

Toulouse ensuite, remarquable par son respect des hommes d'étude, son culte des choses de l'esprit, culte un peu trop platonique peut-être dans le domaine des sciences pures;

Lille, où les grandes industries suscitent et entretiennent des recherches importantes, particulièrement dans l'ordre des applications scientifiques;

Nantes, où l'on est frappé du nombre des observateurs attentifs qui se consacrent au développement des sciences naturelles, nombre d'autant plus remarquable qu'il n'existe en cette ville aucun établissement et, par conséquent, aucun professeur d'enseignement supérieur;

Enfin, et au dernier rang, dans cette classification où l'appréciation difficile risquera d'être par beaucoup plus de per-

(1) Suite. — Voir les numéros des 2 et 4 juillet.

sonnes taxée d'injustice et d'arbitraire, Marseille, dont la production scientifique provient presque exclusivement des professeurs de sa faculté et de son lycée. (*A suivre.*)

Concours d'agrégation.

Les candidats à la faculté de médecine de Nancy ont adressé à M. le ministre de l'instruction publique, la pétition suivante :

« *A M. le ministre de l'instruction publique.*

« M. le ministre,

« L'arrêté ministériel en date du 5 juin, qui concentre à Paris les concours d'agrégation pour les facultés de médecine, vient apporter un grand trouble à la situation des candidats assez nombreux qui appartiennent à la région scientifique de l'Est.

« Espérant que vous voudrez bien, monsieur le ministre, revenir sur une décision si contraire aux intérêts de tous, nous venons vous exposer les conditions désastreuses qui nous sont faites par le nouvel arrêté.

« L'illustre et malheureuse faculté de Strasbourg, transférée à Nancy, a attiré à elle dès sa réorganisation un certain nombre de docteurs, ses anciens élèves, heureux de retrouver les traditions qui lui étaient chères. Plusieurs d'entre nous, établis autrefois dans des provinces si fatalement cédées à l'Allemagne, ont abandonné par patriotisme pays et clientèle et ont dû chercher à se créer une situation médicale nouvelle à Nancy. D'autres, travaillant dans les hôpitaux et laboratoires de Paris, ont quitté leurs positions et sont venus se fixer à Nancy pour retrouver leurs anciens maîtres, avec l'espérance d'entrer à la faculté par la voie de l'agrégation. D'autres enfin habitant nos provinces de l'Est, animés du noble et légitime désir de s'associer aux travaux d'une faculté dont ils honorent les traditions, formaient aussi le vœu ardent d'un concours prochain.

« Le concours aujourd'hui est décidé, les places sont nombreuses, mais c'est à Paris que devront être subies les épreuves; les espérances des candidats de l'Est sont tristement déçues.

« Il est à peu près impossible, monsieur le ministre, de nous transporter à Paris pour quelques mois; un praticien ne peut quitter sa clientèle, et plusieurs d'entre nous, mariés et pères de famille, ne peuvent faire un sacrifice considérable dans l'espoir d'un résultat d'ailleurs illusoire et pour conquérir un titre auquel sont attachés de si faibles émoluments.

« Ces conditions, en quelque sorte inacceptables, nuiraient énormément au recrutement de l'agrégation en province, et pour Montpellier et Nancy les candidats praticiens feront nécessairement défaut. Il est douteux d'ailleurs que les candidats de Paris puissent consentir à venir habiter la province avec une position universitaire de tous points insuffisante; si l'ambition de quelques-uns devait se borner à posséder simplement le titre d'agrégé sans en remplir les fonctions, le but de l'institution se trouverait ainsi entièrement faussé.

« Nous nous permettons, de vous signaler aussi, monsieur le ministre, l'inconvénient qui résulterait de l'éloignement de la Faculté de ceux d'entre nous qui, remplissant des fonctions, laisseraient ainsi en souffrance des services importants.

« Ces considérations, monsieur le ministre, nous semblent de nature à légitimer auprès de vous la demande que nous avons l'honneur de vous faire, de bien vouloir, dans un esprit de justice et d'équité, modifier l'arrêté du 5 juin, dont la teneur est si contraire aux traditions des Facultés de médecine et aux précieux intérêts de la science en province.

« Veuillez agréer, monsieur le ministre, l'assurance de notre profond respect.

« Dr Eug. MARCHAL, chef de clinique d'accouchement à la Faculté de médecine de Nancy; Dr R. ENGEL, préparateur de chimie à la Faculté ; Dr H. PITOY, ancien externe des hôpitaux de Paris ; E. FRIANT, licencié ès sciences naturelles, préparateur à la Faculté des sciences ; Dr ARON, médecin aide-major à l'hôpital de Nancy; Dr Paul SPILLMANN, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef des autopsies à la Faculté ; Dr H. CHRÉTIEN, aide de physiologie expérimentale à la Faculté, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris; Dr VALENTIN, professeur suppléant, prosecteur à la Faculté de médecine de Nancy; Dr SOGNIÈS, ancien chef de clinique de l'École de médecine de Nancy.

M. Chatin, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris, vient d'être élu membre de l'Académie des sciences (section de botanique).

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 8 juillet, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Rapport de M. Cailletet sur la candidature de M. Hauregard ; — 2° Statistique médicale du bureau de bienfaisance du septième arrondissement, pendant les deux premiers trimestres de 1874 ; — 3° Rapport de M. Lejeune sur le mémoire de M. Scheuer (de Spa); — 4° Discussion sur le nouveau mode de rétribution des médecins des bureaux de bienfaisance, proposé par le docteur G. Martin.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse....	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.016	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.......................... 1.33

Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » : sesqui-oxyde de fer; — de chaux; Chlorure de sodium; Matières organiques 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DRAGÉES CARBONEL
AU PERCHLORURE DE FER PUR

Spécifique contre les HÉMORRHAGIES, la LEUCORRHÉE et la CHLOROSE, la DIARRHÉE CHRONIQUE, l'ALBUMINURIE, etc. — *Médicament Tonique, Analeptique, Antilymphatique.*
Dépôt : rue Richelieu, 31, Paris et pharmacie CARBONEL, Avignon.

VIN TONIQUE RECONSTITUANT
DU DOCTEUR FORESTIER
VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
à l'écorce d'oranges amères

Tous les organes de la presse médicale : *Gazette des Hôpitaux, Courrier médical, France médicale, etc.*, ont depuis dix ans, signalé l'excellence de cette préparation qui contient, dissous dans d'excellent vin de Malaga, les deux éléments formateurs des *os* et du *sang*, le *quinquina* et le *pyrophosphate de fer*.

La facilité avec laquelle l'économie s'assimile le vin de quinquina au pyrophosphate de fer, l'absence de toute saveur styptique, la double influence qu'en raison de ses deux éléments formateurs il semble devoir exercer, tant sur la composition du système osseux, que sur la reconstitution du sang, telles sont les qualités qui recommandent à priori *cette nouvelle préparation ferrugineuse* (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*).

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 41.

Granules arsenicaux de Challonneau
Chevalier de la Légion d'honneur.
Pharm., 143, ancien 229, rue St-Denis, à Paris.

Exactement dosés à 1 milligr. et préparés avec les arséniates de **soude**, de **potasse**, de **fer**, d'**ammoniaque**, d'**antimoine**, et avec l'**acide arsénieux**. — *Exiger mon cachet et ma signature.*

ERGOTINE
DRAGÉES D'ERGOTINE DE BONJEAN

(Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.)

D'après les plus illustres médecins, les DRAGÉES D'ERGOTINE sont employées avec le plus grand succès pour faciliter le travail de l'accouchement, contre les hémorrhagies utérines, les engorgements de l'utérus, les métrorrhagies, l'épistaxis, les dysenteries et diarrhées chroniques, etc., et la solution d'ergotine au 10e (Ergotine, 10 grammes; eau, 100 grammes) est un des précieux hémostatiques que possède la médecine.

DÉPÔT GÉNÉRAL : à la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

DRAGÉES COCHEUX
FERRO BASIQUES
A l'Huile de foie de morue iodée

Ces dragées contiennent du lactate de fer combiné à l'huile de foie de morue iodée au moyen de l'oxyde de calcium. Elles sont d'une absorption et d'une assimilation très-faciles; elles ne donnent lieu à aucun renvoi. Elles conviennent dans toutes les affections où les ferrugineux sont employés. Les propriétés excitantes qu'elles tiennent de l'iode, jointes à l'action reconstituante de lactate de fer et de chaux, ont donné de très-bons résultats chez les scrofuleux et les rachitiques.

Dose : **4 à 6 par jour.**

Ph. 45, r. Taitbout, Paris, et dans les pharmacies.

ÉPILEPSIE
HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

SALINS (Jura)

Salines fortes Eaux-mères Sels d'eaux-mères
Anémie, lymphatisme, rachitisme, stérilité;
Même propriété que les eaux de Kreuznach.
Ouverture 1er juin. — Dépôt des *Sels d'eaux-mères* à la Cie de Vichy et principales pharmacies.

CONSTIPATION

Guérie sans purger par les pilules de **PODOPHYLLE COIRRE**, 3 fr. — 24, rue du Regard, Paris, et principales pharmacies.

PILULES DE LOUVARD
AU FER *PUR* INALTÉRABLE ET A L'ABSINTHE

A la dose de neuf par jour, en trois fois, une heure avant le repas, c'est la préparation ferrugineuse la plus efficace et celle dont l'action est la plus rapide dans la chlorose et l'anémie. Quels que soient les désordres de l'estomac, elle est toujours bien tolérée, et, sous son influence, les fonctions digestives sont rétablies en quelques jours.

Pharmacie **LOUVARD**, rue Royale, 60, à **Versailles**. — Vente au détail, pharm. GUINHABERT, 108, r. de Grenelle-Saint-Germain, Paris, et dans les principales pharmacies.






PEPSINE BOUDAULT

SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, SUCCESSEUR DE BOUDAULT, 24, RUE DES LOMBARDS, A PARIS.

PRIME DE **16,600** FRANCS — MÉDAILLES D'**OR** A LAROCHE

QUINA LAROCHE

Extrait COMPLET **des 3 SORTES de quinquinas**

Triple ÉLIXIR *de* QUINQUINA *reconstituant, tonique* et *fébrifuge*. A base de vin d'Espagne et d'un goût agréable, ce produit participe du *vin* et du *sirop* de quinquina, mais leur est bien supérieur en efficacité.

Le procédé **Laroche** consiste à ÉPUISER, par une série de véhicules variés et un outillage spécial, la *totalité* des nombreux principes contenus dans les trois meilleures sortes de quinquinas (*jaune, rouge et gris*), principes essentiels qui se complètent l'un par l'autre, et qui manquent presque toujours dans les préparations ordinaires de quinquina.

Combiné au fer le *Quina Laroche* **FERRUGINEUX** offre une préparation aussi *complète* que possible, pour tous les cas où le *quinquina* et le **Fer** sont jugés utiles.

PARIS, 22 et 15, rue Drouot, et dans toutes les pharmacies françaises et étrangères du monde.

G. Laroche

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le travail que M. Le Fort vient de lire à l'Académie doit faire époque en médecine. Et cela non-seulement parce qu'il fait espérer la guérison des cataractes sans opération, résultat réputé naguère impossible, mais surtout parce qu'il ouvre devant les praticiens des horizons nouveaux, leur montrant la puissance d'un nouvel agent thérapeutique.

Cet agent c'est encore un courant électrique, mais un courant très-faible, entretenu longtemps.

Nous avons longuement parlé de ces courants très-faibles à propos d'un premier mémoire de M. Le Fort.

La question était de savoir s'ils pénétraient en réalité dans les tissus.

On le niait généralement, parce qu'on se faisait une idée très-exagérée de la résistance que le corps humain opposait à l'électricité. On croyait que l'homme était très-mauvais conducteur de ce fluide. Ce n'était pas exact.

Sur notre demande, l'illustre Rhumkoff a institué des expériences dont nous avons déjà rendu compte l'année dernière, et qui ont démontré le passage facile du courant d'un seul couple à petites surfaces, à travers un circuit formé d'une trentaine de personnes.

Devant l'évidence, on ne put dès lors se refuser à admettre le passage d'un courant accusé par le galvanomètre; mais on soutint que ce courant, affaibli par la résistance qu'il éprouvait, avait perdu le pouvoir d'influer sur les nerfs, sur la nutrition, sur le fonctionnement, sur la vitalité, s'il pouvait encore influencer l'aiguille magnétique dans les tours de spire d'un appareil infiniment sensible.

Tout récemment encore, un savant professeur, dont les paroles font presque loi en pareille matière, soutenait énergiquement cette théorie.

Aujourd'hui les faits la renversent : les objections de cabinet disparaissent devant la preuve expérimentale : il est clair qu'un courant faible peut agir, puisque certainement il agit.

Qu'on le remarque bien, cette fois la démonstration ne peut laisser place à aucun doute. Il ne s'agit pas, en effet, d'une de ces guérisons qu'on peut interpréter de diverses manières, d'une de ces maladies mal connues dans leur cause, dans leur mécanisme, dans leur marche, dans leurs expressions anatomiques ou fonctionnelles, que modifie parfois une impression morale.

Il s'agit des altérations anatomiques les plus faciles à suivre dans toutes les phases de leur évolution. L'opacité du cristallin ou du corps vitré, etc., tout voile antérieur à la rétine, est sous le regard du médecin qui peut aisément se rendre compte de ses progrès quand il le veut; et jusqu'ici aucune action morale ne l'a jamais fait disparaître.

Le mieux est donc pour les physiciens d'avouer franchement qu'ils ont encore beaucoup à apprendre en ce qui touche les applications de l'électricité à la thérapeutique. Nous aurons à revenir bientôt sur ce sujet.

Dr Victor REVILLOUT.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. DOLBEAU

De l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire.

(Leçons recueillies par M. V. PIETKIEWICZ.)

L'ostéo-périostite alvéolo-dentaire est une maladie le plus souvent indolente, faisant tomber successivement les dents sans carie, caractérisée par des lésions inflammatoires du périoste et du cément tout à la fois, procédant constamment du bord gingival vers le fond de l'alvéole.

Successivement désignée sous les noms de *suppuration conjointe* des alvéoles et des gencives, de *pyorrhée inter-alvéolo-dentaire, gingivite expulsive*, elle a reçu dans ces dernières années de M. Magitot le nom d'*ostéo-périostite alvéolo-dentaire.*

Anatomie pathologique. — Ce n'est d'abord qu'une petite inflammation du périoste alvéolo-dentaire débutant au niveau du collet de la dent par une vascularisation légère de cette membrane sur une partie seulement ou sur tout son pourtour. Bientôt le périoste épaissi perd sa consistance normale et se décolle. La couche de cément sous-jacente n'étant plus recouverte par son organe de nutrition, devient rapidement le siége d'une ostéïte suivie de nécrose lente. Des rugosités, des irrégularités de la substance osseuse démontrent sa résorption, et le cément se détruit peu à peu augmentant ainsi la capacité de l'alvéole et diminuant le volume de la racine.

En même temps du côté du périoste se développent des végétations de volume variable. Ces fongosités fournissent un pus épais, jaunâtre, en contact permanent avec les parties malades, qui remplit l'alvéole et déborde la gencive. La dénudation du faisceau nerveux à l'extrémité de la racine par les

progrès de la maladie ou la propagation de l'inflammation à la pulpe dentaire peuvent provoquer de violents phénomènes douloureux, mais c'est là une exception.

Étiologie. — Les causes de cette affection sont multiples : En tant que maladie locale, isolée, elle est rare; presque toujours elle est étroitement liée à un état général mauvais ou diathésique.

C'est un des accidents constants du début de la glycosurie. Chez les diabétiques, ce n'est point la carie, comme on le dit souvent, mais l'ostéo-périostite qui ébranle et fait tomber successivement leurs dents.

On l'observe souvent aussi dans la maladie de Bright.

La goutte, le rhumatisme prédisposent à cette affection d'une façon bien évidente.

Les femmes y sont particulièrement exposées à l'époque de la ménopause.

C'est quelquefois aussi une des complications des affections gastro-intestinales.

Enfin, alors qu'aucun trouble dans la santé générale, aucune diathèse ne peut éclairer l'étiologie de l'ostéo-périostite, les malades vous mettent eux-mêmes sur la voie de l'hérédité en rappelant que leurs parents ont ainsi prématurément perdu leurs dents les unes après les autres sans qu'elles soient autrement altérées.

Symptômes. — Le début de l'affection est presque toujours annoncé par une légère déviation de la dent, déviation qui s'accompagne bientôt d'nn peu d'allongement. Le trouble apporté ainsi dans les rapports normaux de la bouche est souvent le premier phénomène qui attire l'attention des malades.

En même temps, sur le bord libre de la gencive, au niveau de la dent affectée, apparaît un petit liséré rougeâtre d'abord très-étroit. La gencive légèrement tuméfiée s'écarte déjà du collet et permet d'introduire un petit stylet dans cet intervalle.

Un peu plus tard, le gonflement de la gencive a augmenté, la rougeur s'est étendue dans le sens vertical, des ulcérations, des fongosités ont pu se développer aussi, et en même temps on peut constater un faible ébranlement de la dent malade.

Bientôt tous ces phénomènes s'exagèrent ; la résorption de l'alvéole elle-même augmente encore l'écartement de la gencive ; l'ébranlement de la dent est considérable ; un stylet, en donnant au doigt la sensation de rugosités, permet de constater l'étendue des altérations du cément. Une suppuration abondante s'établit; l'haleine des malades devient d'une fétidité extrême.

Enfin le développement de fongosités aux dépens des lambeaux de périoste qui retiennent encore la dent, exagère de plus en plus l'ébranlement de cet organe et le repousse de l'alvéole jusqu'à ce qu'un jour il finisse par se détacher et tomber, soit spontanément, soit à l'occasion du moindre choc.

Marche. — Siége. — Terminaison. — L'ostéo-périostite est une affection à marche chronique, durant des mois et des années. Peu douloureuse en général, elle présente par moments des périodes inflammatoires aiguës de courte durée pendant laquelle s'exagèrent tous les phénomènes morbides.

Son siége le plus habituel est aux molaires, puis, par ordre de fréquence, aux incisives et surtout aux incisives inférieures.

Souvent elle débute par une seule dent, parcourt, ainsi localisée, toutes les phases de son évolution jusqu'à la chute de l'organe, puis se propage ensuite à une autre. Plus souvent encore plusieurs dents, voisines ou non, sont atteintes en même temps. Parfois enfin elle occupe simultanément toutes les dents des deux mâchoires, et la maladie, dans ce cas, est liée à des phénomènes généraux graves.

Pronostic. — Le pronostic de cette affection est toujours sérieux, car si elle n'est enrayée à temps, elle entraîne fatalement la chute de l'organe malade et peut apporter ainsi des obstacles considérables aux fonctions physiologiques de la bouche.

Traitement. — Les médecins ont essayé un grand nombre de substances pour le traitement de l'ostéo-périostite et en particulier des topiques liquides en applications avec un pinceau sur les gencives,

La teinture d'iode (Marchal de Calvi; Delestre) est un des médicaments le plus employés, mais sans succès le plus souvent, croyons-nous.

Concurremment à l'usage du chlorate de potasse auquel il soumet ses malades, M. le docteur Magitot fait pénétrer de l'acide chromique solide et pur entre la gencive et le collet de la dent, c'est-à-dire dans la cavité même de l'alvéole, siége du mal, à l'aide de petites baguettes de bois effilées. Ces applications sagement ménagées et répétées tous les huit ou dix jours, lui ont donné d'heureux résultats,

Enfin, dernièrement. M. Desprès a préconisé contre cette maladie l'emploi du chlorure de zinc.

HOPITAL BEAUJON. — M. Le Fort

De la guérison de la cécité due à l'opacité du corps vitré par l'application des courants continus faibles et permanents.

(Travail lu à l'Académie dans la séance du 7 juillet 1874.)

Dans la séance du 6 mars 1872, j'ai communiqué à la Société de chirurgie un travail ayant pour but de faire connaître une nouvelle méthode d'application de l'électricité, méthode consistant en la substitution des courants continus, faibles mais permanents, aux courants continus énergiques et temporaires dans les paralysies, les contractions musculaires et les lésions de nutrition. La communication que j'ai l'honneur de faire à l'Académie a pour objet l'application de cette méthode au traitement des opacités du corps vitré, application heureuse puisqu'elle m'a permis de rendre en quelques semaines l'intégrité de la vision à des malades atteints d'une cécité jusque-là incurable.

Qu'il me soit permis, sans revenir sur des faits déjà publiés par moi, de rappeler rapidement en quoi consiste ce moyen thérapeutique, quel est son but et son mode d'application.

La faradisation; c'est-à-dire l'emploi des courants d'induction, méthode à laquelle se rattachent les nombreux et magnifiques travaux de M. Duchenne (de Boulogne) a pour effet de provoquer dans les muscles au niveau desquels on applique les réophores, ou dans les muscles animés par les nerfs sur lesquels on fait agir l'électricité, des contractions permanentes et en quelque sorte tétaniques, dont la durée varie avec celle de la faradisation. Un muscle qui ne fonctionne plus ne tarde pas à dégénérer : c'est en faisant se contracter des muscles qui n'obéissent que peu ou pas à l'action de la volonté que la faradisation prévient, combat cette dégénérescence, réveille l'excitabilité nerveuse, fortifie le muscle, arrête et guérit les paralysies. Mais elle ne paraît avoir sur la nutrition qu'une action indirecte en faisant faire isolément à un muscle ou à un groupe de muscles ce qu'on pourrait appeler de la gymnastique sur place.

Les courants continus énergiques dont Remak a vulgarisé l'emploi et qui ont fait en France le sujet des recherches et des travaux de Hiffelsheim, Legros et Onimus, donnent au moment de l'interrup-

tion et de la fermeture du courant des effets analogues à ceux que produit la faradisation. De plus, dans des circonstances encore mal définies et lorsque l'on n'interrompt pas le passage du courant, ils que donnent lieu assez souvent à des contractions musculaires, tandis les courants d'induction n'en produisent aucunes ou n'en produisent que de très-incomplètes. Parfois, même en les faisant agir sur des parties paralysées, on obtient avec les courants continus énergiques des contractions musculaires, alors que du côté sain le passage du même courant n'en provoque aucune.

Par un phénomène inverse l'application des courants continus peut provoquer la résolution musculaire dans des muscles contracturés, ce que ne saurait faire la faradisation.

Mais je n'ai point à faire le parallèle des courants induits et des courants directs de la pile sur les paralysies et les contractions musculaires; ma communication porte sur un autre point : elle a trait à l'influence que peut avoir sur la nutrition et sur la guérison des lésions de nutrition l'application de l'électricité.

Dès 1865, il m'avait semblé que puisque les courants faradiques et galvaniques agissent sur le muscle par l'intermédiaire du nerf, ils pourraient bien aussi, en excitant l'action du nerf, agir sur tous les phénomènes qui sont, d'une manière immédiate, sous l'influence de l'innervation, c'est-à-dire sur la calorification, la nutrition et le fonctionnement des organes.

L'action des courants continus sur la nutrition a, du reste, été reconnue et mise en lumière par Remack, Brown-Sequard, Schiff, Legros et Onimus, Hitzig, etc., mais ils employaient, soit dans les expériences physiologiques, soit surtout dans les applications thérapeutiques, des courants énergiques dont l'action n'était continuée que pendant des séances de quelques minutes de durée. Or l'action du système nerveux sur la nutrition étant assentiellement permanente, il me parut nécessaire de rendre aussi permanente que possible l'application des courants. De plus, si l'électricité peut exciter l'action nerveuse, elle ne saurait la remplacer, aussi me paraît-il non-seulement inutile, mais nuisible d'employer des courants énergiques qui pourraient non-seulement exciter mais perturber l'action du système nerveux. Je fis donc usage d'éléments de petit volume, d'une force électro-chimique assez faible, employés en petit nombre (deux, trois, quatre au plus), mais dont l'usage était ou permanent, ou longtemps continué, sinon jour et nuit, du moins pendant toute la nuit.

Une idée erronée sur le mode d'action de l'électricité s'était opposée, jusqu'à la publication de mon travail, à l'emploi des courants d'une faible tension.

On professe, en général, cette opinion que, pour vaincre la résistance opposée par les téguments au passage d'un courant qu'on veut faire pénétrer jusqu'aux muscles, il faut employer des appareils à forte tension et, par conséquent, des piles comprenant un grand nombre d'éléments, puisque la tension électrique ne s'obtient que par la multiplicité des éléments. Aussi ne manqua-t-on pas de m'objecter que deux éléments dont la communication n'est établie que par la peau interposée entre deux réophores placés à de grandes distances, ne sauraient vaincre cette résistance ; le courant, me dit-on, ne passe pas; ou, s'il passe, le circuit est complété par la surface de la peau, et l'électricité ne saurait agir sur les parties profondes. Ces objections tombent devant les faits. La preuve que le courant passe, c'est qu'on est exposé, pour peu que le cuivre des réophores porte directement sur la peau ou si l'épaisseur du linge mouillé interposé est trop faible, à voir survenir des escarres, escarres petites, peu profondes, mais qui n'en sont pas moins désagréables pour le malade, et qui constitueraient un inconvénient sérieux, si l'on n'était pas certain de s'en garantir en observant les précautions nécessaires.

Quant à la pénétration du courant, si l'on ne peut la démontrer, on peut du moins affirmer, par l'observation de guérisons aujourd'hui nombreuses, que l'application permanente d'un courant faible à la surface du corps agit puissamment sur les parties profondes et sur des organes fort éloignés de la peau. Peut-être pourrait-on admettre que ce courant, très-faible, agit à distance sur les nerfs et les courants électriques de nutrition, comme un courant d'après les expériences d'Arsted et de Ampère agit à distance sur l'aiguille aimantée et sur un autre courant.

Quoi qu'il en soit, si les explications sont toujours fort hypothétiques et incertaines, les faits ne peuvent laisser de doute sur l'efficacité de la méthode. Encouragé par l'observation de guérisons obtenues dans des cas de contracture ou de paralysie avec atrophie, j'ai tenté, un peu empiriquement, je ne cherche pas à le dissimuler, l'emploi de la méthode dans des cas où les lésions de nutrition constituaient toute la maladie. J'ai eu recours aux courants continus faibles et permanents dans deux cas de cécité amenés par une opacité du corps vitré, et les résultats ont dépassé toutes mes espérances, puisqu'en quelques semaines les deux malades ont retrouvé l'intégrité de la vision. Voici sommairement ces deux observations :

Obs. I. — Le nommé G..., âgé de vingt-cinq ans, exerçant la profession de terrassier, se présenta à la consultation ophthalmologique de l'hôpital Lariboisière, le 19 avril 1872. Depuis plusieurs années, la vue a diminué peu à peu de l'œil droit ; elle est actuellement complétement perdue. Du côté gauche, la cécité n'est pas aussi complète, mais le malade peut à peine voir assez pour se conduire ; de ce côté, les accidents ne remontent qu'à quelques mois. A l'ophthalmoscope, on constate les phénomènes suivants : la pupille est dilatée et à peine contractile ; au travers de cette pupille, on ne voit qu'une sorte de nuage grisâtre qui, à droite, cache complétement le fond de l'œil, et qui, à gauche, laisse seulement deviner l'endroit qu'occupe la papille optique.

Le 24 avril, je le soumets aux courants continus en appliquant sur chaque tempe une plaque de cuivre recouverte d'un linge imbibé d'eau, et servant de réophores à deux petits éléments de Morin au sulfate de cuivre. L'application est permanente de jour et de nuit. Le 3 mai, le malade commence à voir assez pour pouvoir distinguer de l'œil gauche des objets d'un volume peu considérable ; dans l'œil droit, il accuse seulement une sensation lumineuse très-nette quand on dirige sur cet œil la lumière réfléchie par l'ophthalmoscope, ce qui n'existait pas lors de son entrée à l'hôpital. Des affaires personnelles l'obligent à quitter l'hôpital ; il voit, du reste, assez pour marcher sans aucune hésitation.

Quinze jours après, le malade se représente à la consultation et nous raconte qu'à sa sortie de l'hôpital, encouragé par les résultats obtenus, il était allé chez M. Morin acheter deux petits éléments au sulfate de cuivre, mais il avait, par accident, renversé les vases et laisser écouler le liquide, de sorte que, depuis quinze jours, le traitement ayant été interrompu, l'amélioration obtenue à l'hôpital avait été en partie perdue. Nous lui donnâmes du sulfate de cuivre pour recharger ses piles, et comme il y voyait déjà assez pour reprendre son métier de terrassier, il ne fit usage des courants que pendant la nuit. Après trois semaines de traitement, le malade allait chez le fabricant, lui demandant de vouloir bien lui racheter ses deux petites piles, dont il n'avait plus besoin, l'usage des courants ayant amené le rétablissement complet de la vue.

Obs. II. — Le nommé J...(Nicolas), âgé de quarante-six ans, plombier, fut pris, sans cause appréciable, vers le mois de novembre 1873, sans maux de tête ni étourdissements préalables, d'une perte subite et complète de la vue. Au milieu de son travail, il se trouva tout à coup plongé dans une profonde obscurité, n'apercevant que des flammes et des pointes de feu de couleur rouge. Deux heures après, la vue revint un peu, et seulement assez pour permettre au malade de se guider pendant la marche. Depuis ce moment, il y eut des alternatives de bien et de mal, mais le mieux n'alla jamais jusqu'à permettre au malade de travailler. Il entre à l'hôpital Beaujon le 8 décembre 1873, et nous constatons l'existence d'une névrite optique caractérisée à l'ophthalmoscope par une suffusion séreuse au devant de la papille, dont les bords sont effacés. Les purgatifs, les sangsues sur la région temporale, les vésicatoires, la belladone ne procurent qu'une amélioration à peine sensible. Découragé, le malade sort de l'hôpital le 23 décembre.

Après son départ, son état s'est aggravé, et lorsque, le 5 février 1874, il rentre de nouveau dans mon service, la vue est à peine suffisante pour que le malade puisse se conduire. Le traitement consiste en vésicatoires volants sur la région temporale. Le 20 février, une nouvelle attaque subite a lieu dans la journée. La cécité est absolue, le malade aperçoit seulement des flammes rouges. Puis, deux heures après, la vue se rétablit comme avant l'attaque, mais peu

à peu elle baisse, et le 5 mars, le malade pouvait seulement distinguer où étaient les fenêtres de la salle. L'examen ophthalmoscopique pratiqué sur les deux yeux ne permet pas de voir la papille ; à l'éclairage oblique, le corps vitré a une teinte opaline. La pupille est dilatée et immobile. J'applique sur chaque tempe une plaque aboutissant à deux petits éléments de Morin.

15 mars. — Le courant a été maintenu jour et nuit depuis dix jours. Au début, le malade a éprouvé quelques douleurs dans les deux yeux et la sensation d'éclairs ; les deux conjonctives sont un peu vascularisées. Depuis deux jours, le malade constate une amélioration sensible qui, du reste, a commencé dès le troisième jour. Aujourd'hui, il peut distinguer les objets un peu volumineux qu'on lui présente.

Le 20 mars, l'amélioration a fait de nouveaux progrès ; pour me les faire constater, le malade me remet à la visite une lettre de remerciments qu'il a pu m'écrire la veille.

26 mars. — Depuis le 17 mars, époque à laquelle l'amélioration a commencé à être très-notable, le malade se plaint de voir, dans l'œil gauche, un petit point noir de la grosseur d'une lentille, qui se place au centre des objets sur lesquels il fixe ses regards. Le 26 mars, il ne reste de ce côté qu'un léger brouillard ; à droite, la vision est un peu moins parfaite, mais elle est cependant suffisante pour permettre au malade d'enfiler facilement une aiguille, exercice qu'il se plaît à répéter devant moi pendant la visite.

L'application des courants n'est plus faite que pendant la nuit.

Le 2 avril, le malade sort de l'hôpital ; la vue est tout à fait rétablie, mais par suite d'un certain degré d'hypermétropie, elle ne s'exerce facilement qu'au moyen de lunettes garnies de verres convexes n° 15. Sur ma demande, J... vient me voir de temps en temps à l'hôpital, car j'ai tenu à constater la permanence de la guérison. Elle ne s'est pas démentie, ainsi que vous pouvez le constater, car j'ai amené le malade pour le soumettre à votre examen.

Ainsi, comme le prouvent ces deux observations, les courants continus employés de la façon que j'ai fait connaître dans mon travail de 1872, permettent d'espérer la guérison dans des cas jusqu'ici rebelles à toute espèce de traitement.

Ces faits ne resteront pas isolés, car un de mes anciens internes, aujourd'hui chef de clinique de M. Sichel, m'a appris que, séduit par les faits observés par lui dans mon service, il venait d'appliquer dans un cas semblable la même méthode, et que l'amélioration rapidement obtenue paraissait devoir être suivie d'une guérison complète. Pour ma part, j'essaye aujourd'hui cette méthode de thérapeutique contre d'autres lésions de nutrition, comme la cataracte, l'atrophie de la papille, mais l'expérience est trop récente pour que je puisse faire autre chose que la mentionner.

Quoi qu'il en soit, l'on peut affirmer aujourd'hui que, dans beaucoup de cas, l'usage des courants faibles et permanents peut se substituer à l'usage des courants énergiques et temporaires ; cette substitution est même indiquée quand il faut combattre des lésions de nutrition telles que les paralysies avec atrophie, ou lorsqu'on veut exercer une action continue sur le fonctionnement d'un organe. Cependant on ne saurait prétendre que ce mode d'emploi de l'électricité puisse remplacer la faradisation et la galvanisation par les piles à forte tension. Ces trois méthodes agissent d'une façon différente, mais leur étude est encore fort incomplète ; il serait prématuré et imprudent de vouloir indiquer avec précision et surtout limiter leur sphère d'application ; ce que nous pouvons faire, c'est étudier les faits, contrôler les résultats, en laissant à l'avenir et à une expérience plus complète le soin de poser des règles que l'on ne peut à peine indiquer aujourd'hui.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 juillet 1874. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1873 dans les département de la Somme et de Seine-et-Oise (commission des épidémies).

La correspondance non-officielle comprend une lettre de M. le docteur Coze, professeur à la faculté de médecine de Nancy, qui se porte comme candidat au titre de membre correspondant et joint à sa lettre la liste de ses titres et travaux scientifiques.

PRÉSENTATIONS

M. Armand Moreau offre en hommage, de la part de M. Paul Bert, professeur à la faculté des sciences de Paris, directeur du laboratoire de physiologie expérimentale à la Sorbonne, un ouvrage intitulé : *Recherches expérimentales sur l'influence que les modifications dans la pression barométrique exercent sur les phénomènes de la vie.*

M. Larrey présente au nom de M. le docteur Juillard, chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Genève, la *Relation d'une opération d'ovariotomie.*

M. Fauvel offre en hommage au nom de M. le docteur Lunier un ouvrage posthume de Parchappe intitulé *Études sur le goître et le crétinisme.* Cet ouvrage comprend les travaux préparatoires de Parchappe, pour la grande enquête instituée en 1861 sur ces deux endémies, complétés par les notes trouvées dans ses papiers après sa mort, le tout mis en ordre par M. le docteur Lunier et publié par lui avec addition de notes complémentaires.

M. Delpech présente de la part de M. le docteur Despallières une *Note sur les accidents produits par la morsure de la vipère.*

M. le Président dit qu'il y lieu de déclarer une vacance dans la section d'anatomie pathologique par suite du décès de M. Cruveilhier.

M. Bouvier dépose une note sur le badigeonnage à la teinture d'iode, et une planche représentant une sorte de gamme de teintes produites par divers mélanges de teintures d'iode et d'iodure de potassium.

RAPPORT

M. Chevallier lit un rapport officiel sur une demande en autorisation d'exploiter une nouvelle source minérale pour l'usage médical. La conclusion de ce rapport est adoptée sans discussion.

COMMUNICATION SUR LES INJECTIONS DE CHLORAL

M. Colin communique à l'Académie le résultat des expériences qu'il vient d'instituer sur les injections de chloral, soit dans le tissu cellulaire, soit dans les veines.

Ces expériences ont porté sur un certain nombre d'animaux, dont une chèvre, plusieurs chiens, plusieurs chats, plusieurs lapins, un rat albinos, un moineau, etc.

Les doses employées ont été calculées proportionnellement au poids du corps, le chloral était étendu dans neuf fois son poids d'eau.

La chèvre a reçu dans le tissu cellulaire du jarret 16 centigrammes de chloral par kilogramme de son poids sans s'endormir et sans cesser de se tenir debout ; seulement elle devint chancelante, il y eut de la tristesse et de l'inappétence, une tuméfaction énorme de la région, avec arthrite de voisinage, se produisit, et la claudication dure encore après dix jours.

La même dose de chloral, 16 centigrammes par kilogramme de poids du corps, injectée dans la veine en sept minutes, produisit chez une chienne un sommeil profond qui dura une demi-heure, et après lequel le rétablissement fut complet.

On injecta sur un autre chien 21 centigrammes par kilogramme. La mort survint en cinquante-deux heures, sans sommeil, et l'on ne trouva aucune lésion pulmonaire.

Sur un chat adulte, également 21 centigrammes par kilogramme. Le sommeil dura trente-deux heures, puis l'animal se rétablit.

Sur un autre chat, 45 centigrammes par kilogramme. Le sommeil ne cessa point jusqu'à la mort, qui eut lieu après trente-quatre heures ; on constata à l'autopsie une hépatisation marquée du poumon du côté duquel l'animal était resté couché.

Sur un troisième, 50 centigrammes par kilogramme. La résolution fut complète en vingt-six minutes. L'animal mourut au bout de trente-six heures, sans s'être réveillé ; il s'était refroidi de dix de-

grés ; la respiration s'était ralentie d'une façon notable ; on ne trouva à l'autopsie aucune lésion pulmonaire.

Sur un lapin, on injecta 11 centigrammes par kilogramme de poids du corps. Il y eut une paralysie momentanée du train de derrière. L'animal se rétablit vite et complétement.

Sur un autre, 20 centigrammes par kilogramme. La résolution et l'assoupissement durèrent une heure et demie.

Sur un troisième, les doses et les résultats furent semblables.

Un quatrième reçut 25 centigrammes de chloral par kilogramme de son poids; il dormit deux heures, puis il sembla se remettre; mais il mourut au bout de trente-six heures.

Sur un cinquième, on injecta très-lentement dans une veine 26 centigrammes par kilogramme; le sommeil fut de trois heures; l'animal mourut le quatrième jour, alors qu'il paraissait parfaitement rétabli.

Un sixième lapin, qui reçut par injection intra veineuse 28 centigrammes par kilogramme de son poids, mourut à la fin de l'opération, avec une saillie énorme du globe oculaire et une contraction excessive des pupilles.

Sur un rat albinos, on fit une injection intra veineuse très-lente (qui dura dix minutes), et on introduisit 45 centigrammes de chloral par kilogramme. L'animal dormit dix-huit heures, puis se rétablit parfaitement.

Après avoir également exposé le résultat d'autres expériences faites notamment sur le moineau, M. Colin en tire les conclusions suivantes :

Mon but est de comparer les injections lentes avec les injections rapides ; les injections intra veineuses avec les injections dans le tissu cellulaire; les injections concentrées avec les injections étendues :

1° Relativement aux injections intra veineuses, l'expérience prouve qu'elles peuvent être supportées à toutes doses à la condition qu'elles soient étendues et très-lentes. Mais elles peuvent tuer instantanément par syncope. Le chloral appliqué directement sur le cœur en arrête les mouvements : chez les grenouilles, par exemple, il suffit d'une seule goutte de chloral pour faire cesser instantanément les mouvements du cœur, arraché de la poitrine ; du reste, la susceptibilité du cœur est très-variable, suivant les individus et suivant les conditions physiologiques ou pathologiques dans lesquelles ils se trouvent. Elle n'est jamais connue à l'avance. Il faut donc s'en défier.

II. En ce qui concerne les injections faites dans le tissu cellulaire, elles offrent bien moins de danger. Le chloral y est supporté à forte dose, jusqu'à 28, 30, 33 centigrammes per kilogramme de poids du corps chez le lapin, jusqu'à 80 centigrammes par kilogramme chez le rat, tandis qu'il suffit de 25 centigrammes pour tuer lorsqu'on injecte dans les veines. Seulement il faut éviter le voisinage des articulations, comme l'a prouvé l'expérience faite sur la chèvre; il faut également éviter la région du cou, car là on aurait à craindre l'irritation des nerfs vagues, qui pourrait produire l'asphyxie et la paralysie de l'œsophage.

Dans le tissu cellulaire, le chloral agit promptement et énergiquement; le lapin s'endort au bout d'un quart d'heure, vingt, vingt-cinq minutes, le chat au bout de vingt à vingt-cinq minutes, le rat de dix minutes.

Au fond, les effets du chloral sont les mêmes, quelle que soit la voie de son introduction.

Il émousse la sensibilité, produit la somnolence ou le sommeil; les yeux sont demi-ouverts, les pupilles contractées; quelquefois les excitations amènent le réveil, déterminent des mouvements, mais après un peu de temps.

L'insensibilité n'est pas également complète partout, elle l'est aux pieds, aux membres, non à la tête.

Le sommeil dure peu chez le chien; chez le lapin il dure plus longtemps, de une heure à une heure et demie; chez le chat, de vingt-quatre à trente-six heures. La résolution et l'insensibilité peuvent être complètes.

Même dans le tissu cellulaire, lorsqu'on dépasse certaines doses, le chloral tue, mais plus lentement que dans les veines, parce que l'absorption est plus lente. Alors que les excitations provoquent des mouvements, l'animal en a-t-il conscience ? cela est peu probable : ce sont sans doute là des actions réflexes.

L'action du chloral sur le système musculaire est très-rapide, il produit de la faiblesse, une démarche chancelante, parfois une impossibilité absolue de la station, enfin une résolution complète.

Sur la respiration, l'action du chloral se manifeste par un ralentissement qui est généralement du tiers, dès le début, et de moitié, plus tard. A la fin le chat ne respire plus que douze fois par minute, le lapin est réduit de cent à vingt-six respirations, le moineau de quatre-vingt-dix à vingt. Ce ralentissement de la respiration a, pour conséquence, un refroidissement progressif qui, sur le lapin, est de un degré pendant la première demi-heure, de deux degrés au bout d'une heure, et qui, chez le chat, de quatre degrés en six heures, peut atteindre jusqu'à dix degrés aux derniers moments. Les lésions pulmonaires et bronchiques observées parfois peuvent être des conséquences de ce refroidissement.

En même temps que la respiration, la circulation se ralentit d'une manière plus ou moins marquée, suivant les cas.

Quelques autres troubles fonctionnels sont à signaler.

C'est ainsi qu'on a observé le vomissement ou la suspension de la digestion sur le chat; après trente-deux heures, les aliments restaient inattaqués.

En outre il existe de l'inertie vésicale, avec ralentissement, sinon complète suspension, des évacuations. Quand on injecte dans le tissu cellulaire, on rencontre parfois des phlébites partielles et des lésions des nerfs vagues.

En somme il y a équivalence entre l'injection intra veineuse et l'injection intra cellulaire.

Dans un cas comme dans l'autre, il convient d'employer des solutions faibles et de bien régler les doses.

Si l'on injecte dans la veine, il faut avoir grand soin de procéder lentement afin d'éviter la syncope.

Si l'on injecte dans le tissu cellulaire, il faut éviter le voisinage des articulations.

M. GOSSELIN. La communication de M. Colin est très-intéressante mais elle laisse encore bien des points obscurs dans notre esprit. C'est ainsi qu'on ne sait point encore si le chloral se transforme ou non en chloroforme dans le sang, s'il agit ou non en tant que chloral.

Les chirurgiens, s'ils employaient la méthode des injections pour endormir, auraient à faire leur profit des recommandations de M. Colin : de doser le chloral suivant le poids du corps, de l'introduire très-lentement; mais n'est-il pas bien difficile de procéder toujours avec cette lenteur sur le malade? D'ailleurs, d'après M. Colin lui-même, suivant la susceptibilité individuelle, suivant mainte autre cause, le danger de mort par syncope peut être augmenté, sans qu'on s'en doute, dans une proportion considérable. D'autrefois, sur les animaux, M. Colin a vu la mort survenir quelques heures ou quelques jours après l'emploi de cet anesthésique, même dans certains cas où, d'abord, le rétablissement semblait être complet. C'est encore un danger qu'il faut avoir en vue. Je ne parle pas de celui de produire des phlegmons, des phlébites, des névrites, des arthrites, alors qu'on injecte le chloral dans le tissu cellulaire. Mais, somme toute, il est évident que les résultats de M. Colin ne sont pas de nature à changer nos conclusions premières. Aujourd'hui encore, nous dirons « que l'anesthésie par inhalation est une méthode beaucoup plus simple, beaucoup plus commode et beaucoup plus sûre. »

LECTURES

M. LE FORT lit un travail sur la guérison de la cécité par les courants continus. (Voir plus haut).

M. PROUST, professeur agrégé de la faculté de Paris, médecin des hôpitaux, lit un travail intitulé : *De la maladie des poumons ou pneumoconiose anthracosique des mouleurs en cuivre.*

Les conclusions de ce travail sont relatives à l'hygiène professionnelle, à l'anatomie pathologique et à la nosologie.

1° Comme moyen d'hygiène, M. Proust conseille de substituer la fécule, par exemple, à la poussière de charbon pour les moulages.

2° Au point de vue de l'anatomie pathologique, l'auteur conclut que la pénétration des poussières charbonneuses dans le parenchyme pul-

monaire se fait seulement dans les alvéoles et non dans les bronches C'est dans le tissu conjonctif interalvéolaire qu'elles s'accumulent sous forme de noyaux de plus en plus volumineux. Les noyaux se creusent eux-mêmes de cavités et produisent ainsi de véritales cavernes remplies d'une bouillie noirâtre.

3° Au point de vue nosologique, on doit admettre une phthisie d'une nature particulière, qui mérite le nom de phthisie charbonneuse, différant de la phthisie tuberculeuse en ce qu'elle peut guérir si le corps étranger est expulsé. Ce qui rapproche toutes ces lésions, ce sont les ulcérations pulmonaires qui leur succèdent et la phthisie qui en est l'expression symptomatique. On aurait tort de confondre ces faits avec ceux de tuberculose : il paraît préférable de leur garder le nom de *pneumoconiose*, qui leur a été donné par Zeuker.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Les Facultés de médecine en France (1).

État actuel de l'enseignement supérieur. — Il est heureusement plus facile d'indiquer avec précision les établissements d'enseignement supérieur, les musées et les autres éléments d'études élevées que possèdent les différentes villes. Nous en ferons ici une revue succincte.

La mieux dotée de toutes est la ville de Toulouse, où se trouvent réunies les facultés des sciences (8 professeurs), des lettres et de droit. A côté d'elles, le ministère de l'agriculture a fondé une belle école vétérinaire; c'est là un établissement dont le voisinage serait très-utile aux étudiants et aux professeurs d'une faculté de médecine, pour agrandir le champ de leurs études en leur inspirant le goût de l'expérimentation et leur facilitant les recherches d'anatomie, de physiologie et de pathologie comparées : notons que ces recherches sont tellement fructueuses pour la médecine qu'on a créé à la faculté de Paris une chaire spéciale de pathologie comparée. Il faut citer encore son observatoire, le seul qui existe en France avec celui de Marseille, et, dans un rapport plus intime avec les études médicales, son beau jardin botanique et son musée, où se trouve la plus belle collection (hormis celles de Paris et de Saint-Germain) que possède la France en objets intéressants pour la connaissance des sociétés humaines préhistoriques.

Au second rang se place Lyon, où sont réunies faculté des sciences (7 professeurs), faculté de théologie catholique, faculté des lettres, tout l'ensemble, en un mot, des établissements d'enseignement supérieur, sauf une faculté de droit, malgré la cour d'appel qui siége et les 180 avocats inscrits à son barreau. Lyon possède comme Toulouse une école vétérinaire, d'où sont sortis des travaux qui ont prouvé que les progrès dans la connaissance théorique des maladies devront nous venir tout autant des vétérinaires que des médecins. Lyon montre avec orgueil son palais des arts avec ses riches collections, et son magnifique jardin botanique de la Tête-d'Or, le plus riche de France au point de vue médical, où se font des cours suivis de botanique, d'agriculture, de sériciculture, etc. Enfin le conseil municipal de Lyon, dans sa séance du 7 mars 1873, sur le rapport d'une commission où se trouvaient des hommes de science éminents, a décidé la création d'un institut pour l'avancement des sciences expérimentales, institut organisé sur les bases les plus larges et les plus libérales, où des laboratoires convenablement pourvus devront être mis à la disposition des savants, et lui a attribué un vaste emplacement, voisin de l'école vétérinaire.

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 4 et 7 juillet.

Vient ensuite Bordeaux : faculté des sciences (6 professeurs), faculté de théologie catholique, faculté des lettres, auxquelles, depuis 1871, a été adjointe une faculté de droit. Celle-ci, établie sur la demande de la ville qui s'engageait, comme elle le fait aujourd'hui pour la faculté de médecine, à couvrir l'État des dépenses d'installation et de fonctionnement, a tellement répondu aux espérances de ses fondateurs, qu'elle a donné à l'État un bénéfice net de 72,000 fr. en 1872 et de 75,000 fr. en 1873 (1) : la ville construit pour la loger définitivement un monument digne de son importance. Bordeaux possède en outre un riche et beau musée et un jardin botanique célèbre qui rivalise en dimensions avec celui de Lyon et l'emporte sur lui par l'incomparable avantage du climat. De plus, parmi les conditions d'études qui pourraient être représentées aux élèves d'une faculté de médecine, il est juste de compter, à une heure de Bordeaux, l'établissement d'Arcachon, où une société savante entretient à ses frais, depuis sept ou huit ans, un vaste aquarium et des laboratoires qu'elle met gratuitement à la disposition des savants.

Enfin, au point de vue médical comme à celui de l'instruction en histoire naturelle, il ne faut pas oublier que Bordeaux est un port de mer en rapport incessant avec les côtes d'Afrique, les Indes et l'Amérique, et qu'on y trouve à étudier aisément les maladies et les productions de ces régions, à y former par conséquent des naturalistes et des médecins pour nos navires, nos colonies et les pays d'outre-mer.

Lille et Marseille font partie de ces académies où des traditions dont le législateur n'a pas osé s'affranchir ont scindé si malheureusement en deux parties l'ensemble des facultés. A Douai et à Aix ont été établies, près des cours d'appel, les facultés des lettres. Les deux grandes villes n'ont reçu chacune qu'une faculté des sciences à cinq professeurs. Marseille a, de plus, un observatoire, et elle a organisé des laboratoires de recherches qui font partie de l'institution des hautes études. Lille et Marseille possèdent toutes deux des musées scientifiques importants. Enfin Marseille peut faire valoir, comme Bordeaux, ses relations maritimes avec le monde indien et méditerranéen. Elle a payé cher le droit de dire qu'elle est le port de débarquement des maladies qui viennent d'Orient.

Nantes occupe ici le dernier rang; et c'est un sujet d'étonnement que de voir cette ville riche et populeuse, disposant de tant d'importantes ressources, en rapport continuel avec toutes les régions du globe, où règne un goût éclairé des sciences naturelles, absolument privée non-seulement de faculté des sciences, mais de tout établissement d'enseignement supérieur. Elle n'a reçu qu'une indemnité très-insuffisante de la destruction de son université par l'installation d'une école « préparatoire à l'enseignement supérieur des lettres et des sciences », école qui prospère cependant, grâce aux bonnes conditions de milieu et à une intelligente direction, et qui voit ses amphithéâtres remplis de manière à faire envie à plus d'une faculté voisine. C'est là une situation des plus fâcheuses, et sur laquelle nous reviendrons plus loin.

En résumé, on voit qu'au point de vue des avantages intellectuels que les établissements déjà existants peuvent présenter aux facultés de médecine à installer, Toulouse, Lyon et Bordeaux tiennent le premier rang, puis viennent Marseille et Lille, et enfin Nantes, jusqu'ici complétement déshéritée.

(*A suivre.*)

(1) Il est bon de noter que les élèves des facultés voisines de Toulouse et de Poitiers n'en ont pas moins continué à s'accroître en nombre. Toulouse, qui n'avait, en 1868-69, que 667 élèves, en a eu 749 en 1871-72 ; le nombre des inscriptions, qui était de 1,120 en 1868-69 à Poitiers, s'y est élevé à 1,154 en 1871-72.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

154. Renaut. Contribution à l'étude anatomique et clinique de l'érysipèle et des œdèmes de la peau.
155. Crucis. Action physiologique et morbide de la térébenthine et de quelques autres hydrocarbures.
156. Jiron-Najou. De la lithiase biliaire, aperçu symptomatologique.
157. Machon. De la pharyngite syphilitique tertiaire.
158. Mahmoud-Moustapha. De la tumeur blanche sous-occipitale.
159. Latieule. De quelques manifestations graves de la goutte, étiologie, traitement.
160. Demontporcelet. De l'usage quotidien de l'opium. — Les mangeurs d'opium.
161. François. Port Saïde, son hygiène et sa constitution médicale.
162. Vidal. Considérations relatives au traitement des fractures par les appareils à attelles flexibles.
163. Hennart. De l'entorse du genou.
164. Caulus dit Caylus. Quelques considérations cliniques sur la pneumonie du vieillard.
165. Farny. Quelques considérations sur la transfusion du sang non défibriné avec une observation suivie de guérison.
166. Chatelain. Considérations sur l'angine de poitrine.
167. Thobois. Essai sur les phlyctènes ou de la kérato-conjonctivite phlycténulaire.
168. Cadeau. Influence des suppurations prolongées sur la production de la tuberculisation pulmonaire, indications chirurgicales.
169. Delannoy. De l'ischémie préliminaire par la méthode de compressive élastique.
170. Pozzo di Borgo. Considérations sur le fongus bénin du testicule.
171. Corlay. Du toucher vaginal en obstétrique, de son importance dans la pratique des accouchements.
172. Leroy-Carrère. Quelques considérations sur le cancer utérin, ses complications, et sur son traitement en particulier.
173. Vignes. Etiologie, symptômes et diagnostic des vomiques.
174. Baudin. De l'absorption par la peau des substances dissoutes dans l'eau.
175. Chapoy. De la paralysie du nerf radial.
176. Niverd. Considérations sur l'emploi de l'ophthalmoscope dans les méningites et l'hémorrhagie cérébrale.
177. Vinsac. Considérations sur les abcès sous-périostiques consécutifs à la carie dentaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Labbée est chargé des fonctions de chef du laboratoire de thérapeutique, en remplacement de M. le docteur Laborde, appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Monod, sous-chef du laboratoire des cliniques, est nommé chef dudit laboratoire, en remplacement de M. le docteur Hybord, décédé.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Mme Joeckell, sage-femme de 2e classe, est nommée sage-femme en chef de la clinique d'accouchements.

— M. le docteur Samalens est nommé médecin adjoint du lycée d'Auch.

— M. le docteur Reboul, médecin-major de 1re classe, officier de la Légion d'honneur, est nommé officier d'académie.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur S. F. Cordier, l'auteur d'un remarquable onvrage sur les champignons.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 11 juillet 1874, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° lecture du procès-verbal de la précédente séance ; 2° communication de M. Duroziez sur les différentes espèces de préparation de digitale.

— Clientèle à céder immédiatement dans l'Eure-et-Loir : localité située entre deux chemins de fer ; rapport annuel : 8,000 francs. — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Délire des persécutions, par le docteur Legrand du Saulle, lauréat de l'Institut, médecin de l'hospice de Bicêtre (service des aliénés). 1 vol. in-8° de 524 pages, deuxième tirage. Prix : 6 fr. (Ouvrage couronné par la Faculté de médecine de Paris, prix Châteauvillard). — Paris, Adrien Delahaye.

Du lait et de l'allaitement, par Charles Marchand, pharmacien de première classe, etc. — Paris, 1874, in-8° de 111 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

De l'opération de la hernie étranglée sans ouverture du sac, par le docteur A. Colson. — In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Du dosage des médicaments.

La thérapeutique comprend surtout deux grandes questions, celle du choix des médicaments à employer dans un cas donné, celle de leur dosage. La seconde est souvent aussi difficile que la première.

Les formules fixées d'avance ont, en général, une sphère d'action peu étendue.

Pourtant il est certaines maladies ou certaines complications de maladie contre lesquelles on peut, sans plus de réflexions, indifféremment, les mettre en usage.

C'est ainsi que, dans son service de la Charité, M. le professeur Sée combat actuellement, par une seule et même formule, l'infiltration produite par une maladie du cœur, quelle que soit cette maladie. Qu'il s'agisse d'une altération du système vasculaire ou du muscle cardiaque, du cœur gauche ou bien du cœur droit, il fait prendre au malade chaque jour quatre grammes de bromure de potassium et un gramme cinquante de teinture de scille ; en outre, il le soumet au régime lacté. Il paraît qu'il suffit d'une quinzaine de jours pour voir se dissiper l'anasarque ou l'ascite sous cette influence.

On comprend du reste que, malgré toutes les différences anatomo-pathologiques qui séparent les unes des autres les diverses espèces de maladies du cœur, il n'y en a pas moins quelque chose de commun dans le mécanisme suivant lequel elles amènent l'hydropisie, et que, par conséquent, les moyens de combattre cette complication peuvent être semblables.

En pareil cas, l'hydropisie n'est point un symptôme proprement dit, une manifestation physique, inséparable, d'une entité morbide. C'est un phénomène surajouté, qui peut exister ou manquer, sans que la lésion fondamentale soit modifiée en rien. La dépendance étiologique n'exclut donc pas une certaine indépendance d'existence : condition favorable pour qu'on puisse songer à ce qu'on nommait autrefois la *médecine du symptôme*.

C'est là, du reste, le triomphe de l'empirisme que de pouvoir montrer toute une classe de faits dans lesquels il soit inutile d'être médecin pour traiter. Il est si commode de n'avoir qu'à chercher dans un formulaire, après une simple constatation de phénomènes si apparents qu'une erreur soit presque impossible ! Peu importe alors que la formule soit due au hasard, ou le résultat de profondes combinaisons, ait été rêvée par un Paracelse ou méditée par un moderne physiologiste. Il n'en faudra pas plus d'efforts pour l'appliquer, et son succès n'en sera ni plus grand ni moindre.

Si tel était le cas pour toutes les maladies, on aurait bien raison de dire que la médecine n'est point un art, et l'on comprendrait la prétention outrecuidante de ceux qui songent à donner le contrôle des ordonnances du médecin praticien au corps pharmaceutique, généralement mieux pourvu de répertoires de matière médicale, de formulaires et de commentaires sur le Codex.

Malheureusement, les choses ne sont point aussi simples qu'il le faudrait pour autoriser cette innovation.

Non-seulement la posologie n'est point encore fixée d'une manière absolue, mais elle ne le sera jamais. Jamais on ne pourra la classer parmi les sciences exactes. Jamais il ne suffira d'ouvrir un livre pour savoir à quelles doses une substance médicamenteuse pourra guérir ou pourra tuer.

Il faut reconnaître d'ailleurs que, de toutes parts, on constate un mouvement marqué de retour vers les vérités traditionnelles. Ceux qui en avaient fait table rase pour s'élancer vers l'inconnu, heureux de pouvoir faire ainsi des découvertes prime-sautières, ceux-là même, aujourd'hui, semblent de moins en moins irréconciliables avec les données de la médecine pratique.

Autrefois, ils ne voulaient voir qu'un seul élément dans cette question si complexe de l'action d'un médicament sur un être vivant malade. Ils disaient gravement : *Cette substance deviendra toujours un poison dès qu'on dépassera telle dose, proportionnelle au poids du corps : tant de centigrammes, par exemple, par kilogramme d'être vivant.*

Ce fut déjà un grand progrès quand ils voulurent bien distinguer selon l'espèce de cet être : ne pas assimiler en tout un kilogramme de lapin, un kilogramme de chat, un kilogramme de bœuf et un kilogramme d'homme également en vie.

Ils n'avaient pas pu s'empêcher de reconnaître que, parmi les poisons, il en est qui le sont pour certains animaux, et qui ne le sont point pour d'autres, quelle que soit la dose employée.

Un autre progrès, peut-être encore moins général, et sans doute plus difficile, plus médical, moins scientifiquement physiologique, a été de distinguer les âges et les sexes : de séparer le kilogramme d'animal très-jeune d'avec le kilogramme d'animal adulte ou d'animal vieux, le kilogramme de femme ner-

veuse et délicate d'avec le kilogramme de portefaix robuste.

Il a bien fallu constater, même sur les animaux les plus bas de l'échelle, que la première enfance, le plein développement et la vieillesse supportaient parfois autrement certains agents toxiques.

On peut même citer des élèves exclusifs de l'école expérimentale qui sont allés jusqu'à s'apercevoir que les animaux débilités par le confinement et un mauvais régime ne jouissaient pas toujours d'une résistance vitale égale à celle d'animaux sains.

Les dernières recherches de M. le professeur Sée datent un nouveau progrès, beaucoup plus important au point de vue pratique que tous les précédents.

Étudiant cette fois sur des hommes malades les agents médicamenteux qui, à trop fortes doses, deviennent des poisons, il a reconnu que les doses jusqu'auxquelles on pouvait impunément monter variaient avec les maladies dont l'être vivant était affecté.

Ainsi, pour la physiologie expérimentale, voilà désormais un point acquis.

Il ne suffit plus de calculer les centigrammes ou milligrammes, etc., de la substance, d'après les kilogrammes d'être humain : il faudra classer à part les kilogrammes de pneumonique, de typhique, de cardiaque, etc., etc.

Cela du moins suffira-t-il? Pourra-t-on enfin s'arrêter dans cette voie et ne plus accepter de distinction nouvelle qui complique l'application d'une posologie exacte ?

Hélas ! non, il n'est plus possible de remonter vers les hauteurs sereines des sciences abstraites. On est maintenant engagé trop avant sur une pente rapide qui ramène dans les bas-fonds que cultivent les praticiens. Il faudra descendre jnsqu'au bout, rentrer en plein dans cette brume, où chacun, pour se reconnaître, doit s'habituer à se guider lui-même, en marchant souvent à tâtons.

Ce sera sans doute une chute, mais la chute est inévitable. On ne peut toujours s'isoler sur le sommet d'un roc au-dessus des nuages; qu'on soit poëte ou théoricien, il faut se replonger un jour dans les vulgaires réalités du monde actif et producteur.

Le chemin parcouru déjà est considérable.

En effet, il faut bien comprendre dans toute leur portée les résultats des expériences récemment faites par M. le professeur Sée, et qui sont en définitive la démonstration la plus probante de ce qu'on appelait autrefois *la loi de tolérance* en médecine pratique.

Non-seulement il est des maladies qui diminuent la résistance par rapport à tel ou tel autre médicament; mais il en est qui l'augmentent de beaucoup. C'est là un des points les plus essentiels qu'ait mis hors de doute M. le professeur Sée.

Non-seulement cette résistance à l'action toxique varie avec la maladie; mais, dans une même maladie, elle varie avec le poison. C'est une résultante de deux termes, une relation, un rapport, et non une sorte de *blindage* pour ainsi dire, un accroissement de la dépense générale, ou une espèce d'isolement, comme on aurait pu le supposer. M. le professeur Sée a aussi constaté ce fait.

Non-seulement cette résistance ou, en d'autres termes, cette *tolérance* relativement à tel ou tel poison varie avec la maladie, mais avec l'âge de cette maladie, c'est-à-dire avec la période à laquelle elle est parvenue. M. Sée a parfaitement vu ce côté de la question.

Il est resté là : et il a expliqué l'ensemble de ses résultats par des aperçus physiologiques extrêmement ingénieux, des interprétations théoriques extrêmement remarquables, dans le détail desquels nous ne pourrions entrer aujourd'hui.

Seulement nous tenons à ajouter quelque chose aux constatations si instructives du savant professeur.

Il faut non-seulement tenir compte de la lésion anatomique, de sa période d'augment, d'état ou de déclin; mais du génie épidémique, des conditions atmosphériques ou autres, qui modifient la maladie dans sa vigueur ou dans sa marche ; mais du malade, de sa constitution, des conditions morales et physiques, au milieu desquelles il a vécu et vit encore.

« Mais c'est l'infini ! c'est un abîme ! » dira-t-on. Oui c'est l'infini, ou du moins c'est l'indéfini comme le spectacle de la nature ; mais on a déjà des points de repère, et l'on progresse tous les jours dans cette étude compliquée comme dans celle des fleurs et des fruits aux mille formes.

De l'enseignement médical.

Ces problèmes si élevés, dont des savants consciencieux poursuivent péniblement la solution finale, à travers de longues et délicates expériences, ne faudrait-il pas les réserver pour un enseignement supérieur ?

Telle était la question que soulevait naguère devant moi un des professeurs les plus éminents de la Faculté de médecine.

Ce maître illustre, un de ceux qui restent parmi les anciens, déplorait la tendance actuelle à créer des facultés nouvelles et officielles dans les villes de province.

Ces facultés, nous disait-il, se partageant toujours un même personnel, ne contribueront pas à relever en France le haut enseignement médical; et le titre de *Faculté* leur donnera des aspirations qui les éloigneront de la médecine pratique.

Il aurait, au contraire, fallu créer des écoles médicales de plein exercice qui pussent former jusqu'au bout de vrais praticiens ; et par le moyen d'un jury permanent, qui fût le même pour toutes ces écoles, les obliger à se renfermer dans l'enseignement professionnel, sans s'abandonner à des théories trop élevées pour être comprises après quelques années d'études.

La Faculté de Paris, et peut-être quelque autre, ayant le droit de conférer des grades purement scientifiques, mais non le titre professionnel, pourrait devenir la pépinière de ceux qui feront avancer la science, des travailleurs de cabinet, de laboratoires, des chercheurs dans toutes les voies, des futurs académiciens, des futurs professeurs.

A ceux-là seulement il appartiendrait d'être interrogés sur les arcanes, les problèmes et les systèmes en vigueur. Ils auraient nécessairement à les connaître, pour les contrôler, les adopter ou les combattre.

Se destinant à se lancer dans l'inconnu, pionniers hardis, il leur faudrait d'abord s'habituer à suivre la marche des autres dans des voies semblables.

Il serait donc bon de leur laisser toute l'amertume de la science, de leur en présenter la noix sous son écorce ; tandis que, pour les praticiens, le professeur devrait s'appliquer, au contraire, à décortiquer cette noix, à montrer les choses vulgaires, les maladies en elles-mêmes, sans explications systématiques, les médications sous la forme la plus empirique et la plus simple.

Je ne puis reproduire ici tous les arguments par lesquels mon illustre interlocuteur appuyait sa thèse.

Il existait déjà autrefois à Strasbourg, il existe encore aujourd'hui dans les hôpitaux de Paris, quelque chose de très-

analogue à ce que deviendrait le type de l'enseignement dans les *écoles de médecine* ainsi réformées.

Au lieu de leçons théoriques, des exercices pratiques, des interrogations au lit du malade, un apprentissage qui ne recule devant aucun détail : c'est là ce que j'ai vu dans les salles de clinique de la grande faculté que nous avons perdue, ce que je vois encore aujourd'hui tous les jours dans maints services hospitaliers, entre autres ceux de MM. Damaschino, Rigal, etc.

Cet apprentissage suffit-il ? Le praticien peut-il être complet sans avoir eu ses jours de grand étonnement, de théories adoptées d'enthousiasme pour être bientôt abandonnées ? En un mot serait-il possible de faire des hommes du métier, de la profession, détachés des hautes aspirations de science pure, ou des artistes consommés sans idéal ?

Je me borne aujourd'hui à poser la question.

Dr Victor REVILLOUT.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 mai 1874 (1). — Présidence de M. PERRIN.

DISCUSSION

M. LE FORT. Bien que je ne sois pas partisan de cette méthode, je ne saurais blâmer ceux qui emploient les injections intra-veineuses de chloral dans une maladie aussi souvent mortelle que le tétanos et qui, suivant moi, est dans certains cas fatalement mortelle, malgré l'usage de tous les moyens thérapeutiques actuels.

Mais je ne crois pas qu'on puisse passer sous silence, devant une réunion de chirurgiens français, la proposition de substituer aux inhalations anesthésiques les injections de chloral dans les veines, lorsqu'il s'agit seulement d'endormir la sensibilité d'un malade pendant une opération.

Pour moi, je m'élève avec indignation contre des idées et une pratique qui ne peuvent prendre leur source que dans un mépris profond de la vie humaine.

M. DUPLAY. Je demande qu'il soit inséré, au procès-verbal, que la Société de chirurgie s'associe, à l'unanimité, aux paroles que vient de prononcer M. Le Fort. (Marques unanimes d'approbation.)

M. DESPRÈS. Le Mémoire de M. Oré, contenant en divers points des mots malsonnants, je propose de renvoyer son Mémoire au Comité de publication.

M. TILLAUX. Vous vous rappelez, messieurs, la madade dont je vous ai entretenus dans la dernière séance, et à laquelle j'ai fait, il y a huit jours, une injection de chloral dans la veine céphalique. Le soir même après la séance, c'est-à-dire à six heures et quart, je retournai voir ma malade. L'amélioration était encore appréciable dans une certaine mesure. L'interne de service, M. Duré, la vit à onze heures et demie du soir, et ne constata guère de changement. Vers quatre heures du matin, M. Duré fut mandé près de la malade, ainsi que j'avais prescrit de le faire s'il survenait quelque incident. Il la trouva asphyxiant, la bouche écumante, et animée de mouvements convulsifs. La respiration s'embarrasse de plus en plus ; la face est violacée et le râle trachéal est de plus en plus marqué. On veut introduire la canule dans une des veines radiales qui paraît très-turgescente ; mais elle fuit sur le côté, malgré la précaution qu'on a prise de la fixer à l'aide du doigt, et l'injection s'échappe en partie dans le tissu cellulaire sous-cutané. On enfonce l'aiguille au-dessous du point précédent, et l'on pousse une injection qui pénètre facilement. En enlevant la seringue on enlève la canule qui est alors plongée dans la veine basilique, où l'injection pénètre aussi avec facilité. On introduit enfin la canule dans la veine céphalique, et l'on pousse deux injections successives. En tout, 8 grammes de chloral ont été injectés. La malade tombe en résolution, et le calme est aussi complet que possible.

(1) Fin. — Voir le numéro du 4 juillet 1874.

Le lendemain, 7 mai, à 9 heures, les mâchoires sont de nouveau légèrement serrées. Je tente d'introduire une sonde œsophagienne par les fosses nasales, mais je ne peux y parvenir.

A midi les accès convulsifs reparaissent : les muscles du cou se contractent de nouveau, les mâchoires sont énergiquement serrées l'une contre l'autre. Une injection de 2 grammes de chloral est pratiquée dans la veine médiane céphalique du bras gauche. La malade succombe pendant l'injection.

L'autopsie a été faite avec le plus grand soin, et voici les faits sur lesquels je veux appeler votre attention. L'examen des veines montre une coagulation du sang dans toute la veine céphalique et dans la veine médiane céphalique ; j'ai pu poursuivre ce caillot jusqu'à l'embouchure de la veine dans la veine axillaire où il s'arrêtait. Je répète, et cela pourrait être un fait quelque peu à décharge, que M. Duré a fait quatre injections sur le même bras. Aurait-on obtenu le même résultat en injectant l'autre bras ou la saphène, c'est ce qu'on peut se demander. Poursuivant plus loin mes investigations, j'ai trouvé dans la veine axillaire un énorme caillot tout à fait indépendant du premier, puis un énorme coagulum dans l'oreillette droite, et l'examen de ces divers caillots montre bien nettement qu'ils se sont développés et formés avant la mort. Enfin, un caillot volumineux dans le ventricule gauche montre jusqu'à l'évidence que l'introduction du chloral avait communiqué au sang une disposition toute spéciale à la coagulation. On comprend que les résultats de cette autopsie soient bien peu faits pour m'enthousiasmer en faveur de la méthode des injections veineuses.

M. VERNEUIL. Il est temps, je crois, que la lumière se fasse au sujet de la question qui nous occupe, entre les affirmations et les négations. Il est impossible de laisser passer l'affirmation de M. Oré, qui déclare n'avoir jamais vu se former de caillots à la suite de l'injection de chloral dans les veines ; alors que M. Vulpian considère comme dangereuse à ce point de vue la solution à moitié ; alors que les chirurgiens italiens traitent les varices par la coagulation en y injectant la solution de chloral à parties égales. M. Oré a beau soutenir que cette petite quantité de liquide injecté est bien peu de chose dans la masse du torrent circulatoire au milieu duquel elle est comme perdue ; on sait ce que vaut cette assertion en présence des accidents qu'ont produits les injections de quelques gouttes de perchlorure de fer dans les tumeurs érectiles. Au point de vue de la thrombose veineuse, on ne peut comparer l'animal malade avec l'animal bien portant, pas plus que l'homme sain avec l'homme malade. On ne peut nier que dans certains cas de maladie la coagulation du sang ne se fasse avec la plus grande facilité sous l'influence de la moindre excitation ; aussi ne faut-il pas conclure de l'innocuité des injections de chloral faites dans les veines d'un animal sain à la même innocuité chez un homme malade, et j'estime qu'il y aurait peut-être moins de danger à pratiquer ces injections sur un homme en pleine santé que sur un sujet atteint d'une affection quelconque. Il ne s'ensuit pas, pour cela, que j'accorde la moindre valeur à la méthode anesthésique proposée par M. Oré. Pour moi, qui suis peut-être moins sévère que M. Le Fort, c'est simplement une aberration.

M. TILLAUX. Je ferai observer que la solution au tiers que j'ai employée est assez caustique pour que, quelques heures après l'injection, le tissu cellulaire, qui en avait reçu quelques gouttes, ait commencé à se sphaceler.

M. PANAS. M. Tillaux, en nous parlant des caillots qu'il nous a présentés, semble ne pas attribuer la formation de celui qu'il a trouvé dans le ventricule gauche à l'injection de chloral. Je crois qu'il faut attribuer cette formation, non à une disposition générale de l'organisme, mais à la modification qui a été apportée au sang par l'introduction du médicament, et qui s'est exercée dans toute l'étendue du petit cercle circulatoire.

M. TILLAUX. J'ai dit absolument la même chose que M. Panas, et j'ai attribué la formation des caillots, soit dans le cœur droit, soit dans le cœur gauche à l'action produite par le chloral sur la masse du sang. J'ai tenu seulement à établir que ces caillots n'étaient point continus avec eux-mêmes, et que les différents coagula n'étaient pas la suite d'un même caillot.

M. FORGET. Je disais, dans la précédente séance, qu'il y avait

grand danger à s'engager dans une voie aussi scabreuse que les injections dans les veines, sans connaître à fond l'agent que l'on employait. Je pressentais, qu'avant peu, d'étranges surprises et de terribles déceptions frapperaient les expérimentateurs; mais j'étais loin, je l'avoue, de m'attendre à une démonstration aussi éclatante de l'inanité de la thérapeutique expérimentale. On l'a vu : cette méthode, née dans un laboratoire et transportée à la clinique, a déterminé de véritables désastres chez l'homme malade, après avoir respecté les animaux sujets d'expérimentation. Dans la dernière séance, M. Verneuil a dit que l'homme était un animal comme un autre; aujourd'hui M. Verneuil convient qu'en fait de thérapeutique de l'animal à l'homme il y a loin; je suis, pour ma part, très-heureux de ce changement d'appréciation. Pour revenir à la méthode de M. Oré, nous assistons à cet étrange spectacle de voir injecter, dans les veines d'un malade dans un but absolument problématique, un médicament dont les praticiens utilisent la propriété coagulante pour la guérison des varices. Or combien de tétaniques M. Oré a-t-il guéris de la sorte? Depuis que cette question est à l'ordre du jour, nous ne connaissons que les guérisons obtenues par M. Verneuil. Les morts rapportées par MM. Labbé, Cruveilhier, Tillaux s'accumulent. En est-il donc autrement à Bordeaux qu'à Paris, et pourquoi M. Oré déclare-t-il inoffensives chez l'homme les injections veineuses que M. Vulpian qualifie de dangereuses sur les animaux? Tout est obscurité, tout est ténèbres dans cette question; aussi considéré-je, comme bien osé, de délaisser tous les moyens thérapeutiques connus en faveur d'un agent inconnu et, par conséquent, dangereux; aussi jugé-je nécessaire de faire faire à ces idées un stage prolongé avant de les faire accepter dans la pratique.

M. VERNEUIL. Je voudrais bien n'être pas mis en contradiction avec moi-même : j'ai dit en effet, dans la dernière séance, que l'homme était un animal comme un autre, et que lorsqu'ils sont sains tous les deux, on peut parfaitement les comparer au point de vue de l'expérimentation thérapeutique. Aujourd'hui, sans vouloir m'élever contre cette expérimentation, ce qui est bien loin de ma pensée, j'ai dit que je ne voulais pas que l'on comparât l'influence qu'un médicament exerce sur l'animal sain à celle que le même médicament exerce sur l'homme malade.

LECTURE

M. CHAPPELAIN, de Marseille, membre correspondant, lit une communication relative *au mécanisme de certaines luxations de la hanche.* (Voir le Mémoire de M. Chappelain.)

DISCUSSION

M. TILLAUX. A propos de la transformation de la luxation ischéatique en luxation sous-pubienne, j'ai présenté, il y a quelques années déjà, plusieurs pièces qui démontraient le rapport intime qui existe entre ces deux luxations; et je rappelais, à ce sujet, une transformation identique qui s'était produite sous mes yeux, entre les mains de M. Dolbeau. Je crois avoir démontré le mécanisme de ce changement facile dont la base réside dans la conservation de la même portion de la capsule articulaire.

M. CHAPPELAIN. J'admets trois variétés : l'ischéatique, la sous-pubienne et une intermédiaire entre les deux : la sous-cotyloïdienne. Il y a un certain intérêt à diagnostiquer la sous-cotyloïdienne de la sous-pubienne. Dans la première, le pied se maintient dans sa position normale, dans la seconde, le membre se renverse en dehors. Aussi, tout en admettant la classification et le mécanisme de M. Tillaux, je crois que dans certains cas et Bouisson, Jules Roux Ollivier, d'Angers, en ont fourni des preuves, la capsule étant moins déchirée ne permet pas à la tête d'arriver jusqu'à la fosse ovale.

M. TILLAUX. Je tenais à rappeler que j'avais déjà signalé cette périgrination de la tête fémorale autour de la cavité cotyloïde, et la variété sous-cotyloïdienne n'est qu'un degré de cette migration.

M. CHAPPELAIN. Je crois, en effet, que le mécanisme dans les trois espèces est le même, et le résultat diffère seulement par le sens en avant ou en arrière qu'exécute le bassin sur la cuisse après la déchirure de la capsule.

La séance est levée à cinq heures vingt minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

Séance du 20 mai 1874. — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine.

Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, tome VIII, nos 3 et 4. — Les Mémoires couronnés de l'Académie royale de Belgique, tome II, deuxième fascicule. — *Centralblatt für Chirurgie.* — Un volume in-4°, intitulé : *Statistique médicale de l'armée pendant l'année* 1872. — Une brochure intitulée : *Traitement de l'uréthrite chronique chez la femme, par l'eau de Contréxeville*, par le docteur Debout d'Estrées.

M. MAGITOT fait hommage à la Société de deux brochures intitulées, l'une : *Étude sur les anomalies du système dentaire chez les mammifères;* et l'autre : *Détermination de l'âge de l'embryon humain par l'examen de l'évolution du système dentaire.*

M. LARREY fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *Communication à l'Académie des sciences relative à un travai. de M. Tollet, ingénieur civil sur un système de logements et d'hôpitaux militaires incombustibles.*

Des demandes de congé de MM. Houel et Nicaise.

Une lettre de M. Dolbeau, qui demande à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire.

LECTURE

M. KRISHABER lit un Mémoire intitulé : *Des effets de la compression élastique sur les tissus.* — (Commission : MM. Demarquay, Duplay, Tillaux.)

DISCUSSION

L'ordre du jour amène la continuation de la discussion sur le traitement du tétanos par le chloral.

M. DESPRÈS, empêché par le concours du bureau central, dont il est juge, adresse à M. le président une communication qui est lue par le secrétaire annuel :

« Le tétanos qui, d'après plusieurs de nos collègues, est également grave, qu'il soit spontané ou qu'il soit traumatique, me paraît d'après mon expérience personnelle, devoir être divisé en trois variétés : 1° le tétanos spontané, dû à un refroidissement; tétanos généralement peu grave, et susceptible de guérison spontanée, c'est-à-dire de guérison avec toutes sortes de traitements; 2° le tétanos lié à un traumatisme relativement peu grave, une brûlure, une plaie des articulations ou des tendons, une plaie des doigts, un ongle incarné, etc.; tétanos plus grave que le précédent et dans lequel on observe, dans les cas les moins dangereux, une lenteur assez considérable de la marche des contractures; 3° le tétanos lié à des plaies graves, membres emportés par éclats d'obus, articulations ouvertes, fractures compliquées de plaies, etc.; tétanos toujours mortel, parce que le tétanos est doublé de septicémie.

J'ai observé deux cas de tétanos spontané, ils ont guéri tous deux : l'un est relatif à une fille de quatorze ans, que j'ai vue dans le service de M. Marjolin. Après huit jours de trismus et de contracture des muscles du cou, elle a guéri par les bains de vapeur.

Le second cas a été observé par moi l'année dernière. Un garçon de vingt-deux ans, tanneur, après avoir couché dehors une nuit, est entré dans mon service, le 17 août. Depuis le 18 août, il avait du trismus et de la roideur du cou, les muscles masticateurs, le sterno-mastoïdiens et les trapèzes étaient contracturés. Mais il n'y avait pas de fièvre ni de douleurs, et rien qui caractérisât les crises du tétanos grave. A la stupéfaction des élèves de mon service, je prescrivis pour tout traitement le repos et une pilule d'opium le soir. Le malade guérit et sortit de l'hôpital le 2 septembre.

J'ai retrouvé des faits analogues dans les journaux; et les deux plus remarquables ont été publiés par Grisolles (*Gazette des Hôpitaux*, 1861). Deux malades atteints de tétanos spontané, chez lesquels le trismus avait duré huit jours, avant toute autre manifestation du tétanos ont été guéris, l'un par l'opium à haute dose, l'autre par le chloroforme.

J'ai vu onze cas de tétanos dus à des brûlures, ongle incarné, plaies des tendons, plaies des doigts et autres blessures relativement légères. Sur le nombre deux malades ont guéri, l'un avait été traité par l'opium à haute dose et les bains de vapeur, un a pris un peu de chloral à l'intérieur. C'était pendant la guerre; un de mes aides avait demandé du chloral à des Anglais de passage à Beaugency, et j'avais laissé donner ce remède à la mode, pour satisfaire le désir de mon aide, mais je n'avais pas de doute sur la nature de ce tétanos, qui était borné à du trismus et n'était pas accompagné de fièvre ni de crises. Le malade a guéri en quelques jours, bien que le chloral n'ait été administré que tardivement.

J'ai vu trois cas de tétanos qui avaient débuté par du frisson ou qui avaient suivi un frisson caractéristique de l'infection purulente; les trois cas ont été mortels en moins de cinq jours, avant même que tous les muscles du corps aient été convulsés. Ici la septicémie masquait le tétanos ou se mêlait à ses symptômes. La mort rapide n'était pas explicable par la gravité des manifestations du tétanos.

Le traitement du tétanos n'a point de bases certaines. Quand l'on saura le mode d'action des nerfs et des centres nerveux, on pourra savoir quel est le mécanisme réel du tétanos. Jusqu'à ce moment, toutes les théories sont hypothétiques. Appuyer un traitement sur de pareilles données, c'est exposer les médecins à des illusions dont ils seront vite désabusés. Quant aux séries de succès produites çà et là, elles sont faciles à juger. La diversité même des moyens vantés en fait la critique. Rappelons-nous la série de succès publiée par Carpenter (*Amer. med. Journal*, 1860), quinze cas de guérison sur seize cas de tétanos traités par la glace appliquée sur la colonne vertébrale. Trois succès sur cinq cas de tétanos, publiés par Provot, qui vantait les inhalations de chloroforme.

M. MARJOLIN. Ce n'est point par des bains de vapeur que j'ai traité le malade auquel M. Desprès fait allusion, mais bien par l'application de couvertures de laine à nu sur l'enfant et par des sudorifiques. Je compte, du reste, communiquer à ce sujet quelques observations de tétanos traumatique, recueillies dans mon service à l'hôpital de Bon-Secours et à Saint-Antoine, par deux de mes élèves, l'un médecin, l'autre chirurgien des hôpitaux, enlevés trop tôt à la science, Goupil et Edmond Simon.

M. VERNEUIL. J'apporte à la Société des documents importants qui me sont adressés de province, et qui sont relatifs au traitement du tétanos par le chloral. Je me propose, dans la prochaine séance, de faire un rapport verbal sur ces intéressantes observations.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Hygiène de la première enfance ou Guide des mères pour l'allaitement, le sevrage, le changement de nourrice, etc., par E. BOUCHUT, médecin de l'hôpital des Enfants malades. — *Sixième édition* (1).

Notre très-excellent ami et collaborateur, M. le docteur Bouchut, va publier une nouvelle édition de son *Hygiène de la première enfance*. Nous en détachons quelques pages de la fin, où se trouvent un certain nombre d'aphorismes, qui sont le résumé de ce livre si remarquable, dont six éditions successives disent assez le mérite.

1. C'est au berceau qu'il faut prendre l'homme pour le soumettre aux lois d'une hygiène entendue, pour entretenir sa constitution, si elle est bonne, et dans le but de l'améliorer, si elle est menacée par les diathèses herpétique, scrofuleuse, syphilitique, goutteuse, hémorrhagique ou autres transmises par l'hérédité.

3. L'homme d'un sang altéré par quelque diathèse grave ne devrait jamais songer à se mettre en famille.

4. Pour connaître l'eau il faut remonter à sa source.

(1) Un volume in-12 chez J. B. Baillière. — Prix : 4 francs.

5. Les éperviers ne couvent pas des colombes.

6. D'un phlegmatique naît un phlegmatique; d'un bilieux un bilieux; d'un phthisique un phthisique. (Hippocrate.)

7. L'hérédité morbide, loi de l'espèce éternelle, n'est pas fatale, et elle peut être corrigée par l'*innéité* qui est la loi de l'individu, essentiellement variable.

8. A l'hérédité, principe du semblable dans les êtres vivants, la nature oppose l'innéité principe du divers, et c'est ainsi qu'elle détruit d'elle-même la source des biens et des maux engendrés par la génération. (P. Lucas.)

9. Les penchants moraux, les vices, les difformités, les diathèses et les maladies se transmettent souvent par hérédité *directe* du père et de la mère; par hérédité *indirecte* des grands parents; par hérédité *collatérale* des oncles et des tantes; enfin par l'hérédité d'*influence* lorsqu'une génération amène un produit semblable à un conjoint antérieur qui n'est plus.

10. Une veuve peut avoir des enfants qui ressemblent à son premier mari, d'où ce proverbe romain : qu'un *fils adultérin peut souvent excuser la faute de sa mère.*

11. Une femme qui devient enceinte doit renoncer aux vêtements, aux habitudes, aux exercices et aux fatigues qui pourraient troubler la formation du fœtus, si elle veut donner le jour à un enfant bien conformé.

12. La saignée favorise quelquefois la gestation, mais elle doit être motivée par des accidents de véritable pléthore locale ou générale.

13. Le rejet d'un caprice déraisonnable chez une femme enceinte ne peut avoir d'influence sur la santé de l'enfant.

14. Une femme doit nourrir son enfant, quand elle est d'une bonne santé, et qu'il n'y a point, dans ses ascendants ou collatéraux directs, de parents scrofuleux, phthisiques ou cancéreux.

15. Il y a des femmes qui sont d'une bonne constitution et cependant qui ne peuvent nourrir, car les seins sont mal formés, leur lait est peu abondant, mal élaboré et se tarit à la moindre impression pénible.

16. Une femme dont la sécrétion mammaire est très-active avant l'accouchement est presque toujours une bonne nourrice.

17. Une mère qui doit nourrir peut commencer six ou huit heures après son accouchement.

18. Quand une femme nourrit son enfant, elle ne doit lui donner à teter que toutes les deux heures.

19. L'enfant qui prend le sein à des intervalles réglés, tette avec plus d'avidité que les autres, et il épuise le sein de sa nourrice de manière à enlever les dernières parties du lait qu'il renferme et qui sont les meilleures, parce qu'elles renferment plus de crème que les premières parties soutirées.

20. Entre onze heures du soir et six ou sept heures du matin, il ne faut donner qu'une seule fois à teter.

21. Il est dangereux de prendre pour nourrice une femme primipare, nécessairement inexpérimentée et qui n'a pas été astreinte au service que l'on attend d'elle.

22. Une bonne nourrice doit avoir de vingt à trente-cinq ans, les cheveux bruns, les gencives roses, les formes un peu grasses, le mamelon bien formé, le sein un peu dur et marbré de veines bleuâtres.

23. Les nourrices ne doivent avoir aucune marque récente ou ancienne de syphilis et de scrofule.

24. Le lait, jaunâtre dans les premiers mois de l'accouchement, blanc bleuâtre un peu plus tard, est une émulsion légèrement alcaline, formée d'eau et de principes solides en dissolution ou en suspension.

25. Le beurre n'est que suspendu dans le lait, et les autres principes du lait sont en dissolution dans ce liquide.

27. La première partie du lait qui sort des mamelles est séreuse, la seconde est plus épaisse, et c'est la dernière partie de la traite qui est la plus riche et la plus chargée de crème.

28. Le lait doit être rempli de globules nombreux, assez larges et bien formés, car de petits globules semblables à des grains de poussière sont un signe de sa mauvaise élaboration et de son insuffisance.

30. Le lait varie dans sa composition d'après les idiosyncrasies, le tempérament, la constitution, le temps écoulé depuis l'accouchement, l'époque du dernier repas, le régime de la nourriture, l'action des organes génitaux, etc.; mais les différences ne sont pas assez grandes pour motiver un précepte et il faut dire : *L'enfant profite, donc le lait est bon.*

31. Le lait est altéré dans sa composition par l'état fébrile et par les maladies aiguës ou chroniques.

32. La fièvre diminue la quantité du lait, réduit le nombre de ses globules et concentre ses parties solides dans une moindre proportion d'eau; il en est de même à différents degrés dans toutes les maladies aiguës et dans plusieurs affections chroniques.

33. Le lait est quelquefois mêlé de pus dans les cas d'abcès du sein.

33. L'influence des maladies sur la composition du lait n'a rien de spécial et de spécifique, car toutes agissent de la même façon en réduisent sa quantité et en amenant la concentration de ses éléments dans une petite proportion d'eau.

35. Le lait trop riche, trop chargé d'éléments solides chez une nourrice saine, devient indigeste et amène la diarrhée.

36. Le lait altéré, réduit et appauvri par la fièvre ou la maladie, amène d'abord le flux de ventre et plus tard l'entéro-colite.

38. Quelle que soit la cause de l'altération de composition du lait, toujours le résultat en est le même pour les enfants, toujours les accidents qui se développent ont pour siége le tube digestif, et toujours c'est la diarrhée qui en est la conséquence.

39. Le lait qui ne présente pas d'altération de composition appréciable par l'analyse chimique peut être altéré d'une manière intime dans son élaboration, de manière à constituer un aliment nuisible. C'est ce qu'on voit par le spasme, ou la convulsion instantanée, qui résulte quelquefois de la perturbation apportée dans la sécrétion du lait, par des affections morales, les émotions vives et les impressions agréables ou pénibles ressenties par la nourrice.

40. Les affections morales tarissent subitement la sécrétion du lait, ou modifient seulement d'une manière profonde la proportion de ses éléments solides.

41. Le plaisir que trouvent certaines femmes à être nourrices est la cause du tressaillement intérieur épigastrique qui annonce la montée du lait au moment où elles s'apprêtent à donner le sein.

42. Le retour prématuré des règles, chez une nourrice, modifie un peu la composition chimique du lait et nuit à son élaboration; mais si l'enfant ne paraît pas en souffrir, ce qui arrive souvent, il faut conserver la nourrice.

43. Une nourrice doit s'abstenir des plaisirs de l'amour, dans la crainte d'une fécondation nouvelle, qui pourrait altérer le lait dans sa quantité et dans ses qualités, de manière à le rendre nuisible pour le nourrison.

44. Le changement de nourrice n'a aucun inconvénient, et l'on doit changer de nourrice autant de fois que cela est nécessaire.

45. On peut remplacer l'allaitement par la mère ou par les nourrices ou au moyen de l'allaitement artificiel.

46. L'allaitement par le biberon réussit beaucoup moins bien que l'allaitement maternel.

47. L'allaitement par le biberon, bien dirigé, à la campagne, donne quelquefois de bons résultats.

48. L'allaitement artificiel doit se faire dans les premiers temps de la vie au moyen d'un biberon rempli de lait de vache tiède, coupé d'eau d'orge, d'eau de gruau ou d'eau de poulet, et plus tard au moyen de lait de vache sans aucun mélange.

49. Un enfant n'a besoin que de lait dans les premiers mois qui suivent la naissance, et il ne doit prendre les potages ou autres aliments solides que vers cinq ou six mois.

50. Si un enfant s'endort au sein, sans teter, c'est qu'il a une nourrice dont le lait est insuffisant.

51. Le meilleur moyen de connaître l'état de prospérité des enfants, est de les peser tous les huit jours, mais pour savoir si la quantité de lait qu'ils prennent est suffisante, il faut les peser avant et après chaque tetée.

52. Chaque fois qu'il tette, un enfant doit prendre de 60 à 100 grammes de lait à sa nourrice.

53. De sept jours à cinq mois un enfant bien venant augmente, en moyenne, de 25 grammes par jour.

54. A cinq mois un enfant n'augmente plus que de 15 grammes par jour.

55. Au cinquième mois l'enfant pèse environ le double qu'à sa naissance.

56. Quand les nourrissons n'augmentent pas de 15 à 30 grammes par jour, il faut changer la nourrice.

57. Les enfants chargés d'embonpoint ne tettent pas en proportion de leur graisse. (Hippocrate.)

58. Les enfants voraces et tirant beaucoup de lait ne prennent pas pas d'embonpoint en proportion. (Hippocrate.)

59. Les enfants qui sont pris de toux en tétant ont d'ordinaire la luette trop grande. (Hippocrate.)

60. Les enfants à la mamelle qui ont trop d'embonpoint sont atrophiques et reprennent difficilement. (Hippocrate.)

61. Ceux qui ont d'abondantes évacuations alvines et digèrent bien jouissent d'une meilleure santé; ceux qui n'ont pas d'évacuations alvines, tout en étant voraces sans prendre de l'embonpoint, sont maladifs. (Hippocrate.)

62. Chez les enfants qui vomissent beaucoup de matières laiteuses, le ventre se resserre. (Hippocrate.)

63. L'alimentation autre que celle du lait avant le sixième mois, produit la constipation, la diarrhée, le rachitisme et augmente la mortalité du premier âge.

64. Les aliments gras et la viande ne conviennent guère aux enfants que vers la fin de la première année.

65 L'époque du sevrage doit être fixée entre le douzième et le vingtième mois.

66. Il faut choisir, pour sevrer les enfants, une des époques du repos de la dentition, et profiter de celle qui vient après la sortie des douze premières dents, ou après la sortie de la seizième.

67. On commence le sevrage en cessant de donner à téter pendant la nuit.

68. Après plusieurs semaines de sevrage de nuit, on suspendra tout à fait l'allaitement pendant le jour, et l'enfant arrive ainsi dans la vie indépendante.

69. Le sommeil est si nécessaire aux enfants qu'il faut les habituer à une sieste de plusieurs heures au milieu du jour.

70. Les enfants qui mangent pendant l'allaitement supportent plus facilement le sevrage. (Hippocrate.)

71. Aux enfants qui dorment bien et ont de l'embonpoint, il est possible de prendre beaucoup de nourriture, même qui n'est pas suffisamment digérée. (Hippocrate.)

72. Les enfants qui, en proportion, urinent plus qu'ils n'évacuent, ont plus d'embonpoint. (Hippocrate.)

73. Les enfants qni n'urinent pas en proportion, mais dont le ventre rend, dès l'origine, fréquemment des matières crues, sont très maladifs. (Hippocrate.)

74. La promenade au grand air et l'action du soleil sont en tout temps nécessaires aux enfants les plus jeunes comme aux enfants plus âgés.

75. Où le soleil n'entre pas le médecin entre souvent. (*Proverbe italien.*)

76. Un maillot peu serré est le meilleur vêtement des jours qui suivent la naissance, car il garantit du froid, sans gêner les mouvements.

77. Des vêtements ajustés, sans constriction, sont en tout temps préférables aux vêtements larges qui laissent à découvert la peau des différentes parties du corps.

78. Les jeunes enfants doivent être lavés tous les jours à l'eau tiède et, par suite de l'habitude, à l'eau presque froide.

79. La tête doit être lavée avec le plus grand soin, et il faut la dépouiller peu à peu des saletés qui la couvrent.

89. Les frictions, le massage, l'hydrothérapie, les bains de mer et la gymnastique sont, dans la seconde enfance, les meilleurs moyens pour fortifier une constitution débile et lymphatique.

E. BOUCHUT.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

178. Coignard. Des applications externes de l'hydrate de chloral.

179. Maur. De la constriction permanente des mâchoires.

180. Dulac. De la blessure des artères intercostales dans les plaies de poitrine et particulièrement dans la paracentèse.

181. Germain. Plaies par armes à feu. — Section complète des corps caverneux et du canal de l'urèthre avec perte de substance suivie de la réunion des fragments et du rétablissement des fonctions génito-urinaires. — Étude clinique.

182. Terrals. — Étude sur le système thermal actuel en France.

183. Berthomier. Étude sur les bains tièdes prolongés au point de vue de la soustraction de chaleur.

184. Trudeau. Quelques considérations sur la convalescence et les suites des fractures transversales de la rotule.

185. Vizzu. De quelques modifications apportées à l'ablation partielle de l'os maxillaire inférieur (procédés de M. le professeur Verneuil).

186. Rigabert. — Des hernies inguinales chez les petits enfants, complications, diagnostic, traitement.

187. Derrécagaix. Érythème scarlatiniforme rhumatismal.

188. Angulo-Heredia. Essai sur la pathogénie des hydropisies.

189. Baraduc. Essai critique sur le traitement de la pneumonie franche.

190. Bonnenfant. Séméiologie du vertige dans les affections de l'oreille.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpital de Mustapha (Algérie). — Concours pour un emploi de chef interne. — Ce concours s'ouvrira, le 1er octobre 1874, dans une des salles de l'École de médecine d'Alger.

Les candidats devront s'inscrire, personnellement ou par écrit, à la préfecture (bureau de l'assistance publique) avant le 20 septembre et déposer: 1° leur acte de naissance; 2° un certificat constatant qu'ils ont pris 12 inscriptions et qu'ils ont été, pendant deux ans, internes dans un hôpital et nommés au concours; 3° une attestation de bonne conduite et de moralité.

Les fonctions de chef interne sont définies par un arrêté préfectoral, en date du 10 juin 1874, inséré au *Recueil des actes administratifs de la préfecture*. La durée de son service est de trois ans. Le chef interne jouira d'un traitement annuel de 1,500 francs, du logement en nature et recevra les allocations de vivres dits d'officier.

— Nous enregistrons avec le plus grand plaisir la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur, de MM. Georges Hachette et Georges Masson, libraires-éditeurs, et celle de M. Alfred Nachet, fabricant de microscopes.

— La *Gazette* (russe) *de l'Académie* a reçu de M. le docteur Hubner des données de statistique sanitaire constatant que 1873 a été pour Saint-Pétersbourg une année exceptionnellement favorable sous le rapport sanitaire, malgré les ravages produits par le choléra et la variole. Les décès dus aux épidémies ont été de 1,500. En basant les calculs sur les chiffres du recensement de 1869 (700,000 habitants), le chiffre de la mortalité est tombé, en 1873, à 32 p. 1,000, tandis que celui des naissances s'est élevé à 30 p. 1,000. Le chiffre exact de la mortalité doit être moindre encore, si l'on prend en considération l'afflux de la population qui a dû se produire depuis le recensement. En comparant les chiffres des quatre dernières années, on trouve que c'est en 1872 que notre capitale a été le plus éprouvée : le chiffre des décès causés par les épidémies de choléra et de variole a été de 6,000.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement des maladies des voies urinaires par les eaux de Vichy, régime à suivre dans ces maladies, par M. le docteur Champagnat, médecin consultant à Vichy. — 1 vol. in-12. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Considérations générales sur la pathogénie des maladies de la prostate et prostatite subaiguë, par M. le docteur Bouloumié, ancien médecin-major de l'armée. — In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a constitué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Dans le rapport qui a été publié par la commission chargée d'examiner les travaux sur la destruction du phylloxera (*Comptes rendus*, t. LXXVIII), la commission dit qu'elle admet « *que, de fait, cette maladie de la vigne est, elle aussi, une maladie contagieuse, qu'il faut qu'en un mot on s'attaque à cette contagion, comme on s'est attaqué à la grande contagion bovine* ». Cette comparaison entre la peste bovine et la maladie parasitaire de la vigne n'a pas été du goût de M. Ch. Robin, et il a tenu à le proclamer hautement. M. Ch. Robin s'applique à distinguer, par des caractères formels, la maladie parasitaire de la maladie contagieuse. « Dans la première, dit-il, l'agent est aussi nettement déterminé spécifiquement, ou aussi facile à déterminer que les effets; dans la seconde, au contraire, l'agent n'a jamais été isolé, observé physiquement ni chimiquement, si ce n'est quand il est représenté par des humeurs ou des tissus; mais alors même, nous ne pouvons encore déterminer l'espèce de corps qui les rend anormalement actifs, ou l'état spécifique nouveau pour leur constitution moléculaire, qui les rend aptes à produire sur un autre animal une altération semblable à la leur. De plus, dans les maladies contagieuses, au contraire, il n'y a de bien déterminé que la succession des phénomènes tant locaux que généraux, ainsi que leur correspondance avec des modifications observables de la substance des éléments du sang et de la lymphe d'abord, puis de la généralité des tissus ou au moins de tels ou tels d'entre eux. C'est même là ce qui fait que si souvent la gravité de ces maladies est extrême, toutes les fonctions étant ainsi troublées, et que, si souvent aussi, la mort survient rapidement, ou la guérison lentement.» Rien n'est plus clair que cette exposition magistrale et très-académique; mais nous sommes encore à nous demander contre qui M. Ch. Robin en a. Avant que l'on connût les parasites, c'est-à-dire les corps de délit, les maladies parasitaires étaient considérées comme contagieuses, et elles le sont encore aujourd'hui, car la *contagion* est un de leurs caractères les plus formels. D'un autre côté, si l'on ne connaît pas bien encore la nature du contage qui produit la syphilis, la petite vérole, le typhus, etc., etc., ce contage n'en existe pas moins. Il y a donc une classe générale de maladies contagieuses dans laquelle on peut réunir logiquement toutes ces maladies, sans tenir compte de la nature du contage; et plus tard, lorsque nos moyens d'investigation nous auront permis de reconnaître la nature essentielle des contages soupçonnés de nos jours, mais non suffisamment déterminés, alors seulement on pourra établir de nouvelles subdivisions et classer les maladies contagieuses d'après la nature animale ou végétale du parasite, d'après la composition histologique du contage. Il n'y avait donc pas lieu de soulever des difficultés à la commsssion sur ce motif. La commission nous dit, en effet : la peste bovine est une maladie contagieuse, que vous pouvez arrêter dans son développement au moyen de certaines précautions; le phylloxera, elle aussi, est une maladie contagieuse dont vous connaissez l'agent de propagation; faites donc pour celle-ci ce que vous faites si avantageusement pour la première.

C'est en considérant ainsi la question que M. Dumas a répondu victorieusement à M. Robin : « La commission, a-t-il dit, n'a pas voulu faire de théories. Ce que la commission a voulu faire comprendre aux vignerons, c'est qu'une affection dont la cause est visible, car le phylloxera n'a pas moins d'un tiers de millimètre de longueur, dont la marche est connue, car depuis dix ans on a pu mesurer sa puissance d'expansion, constitue un mal bien plus saisissable que la peste bovine. Celle-ci ne se manifeste que par ses effets; la cause nous échappe; elle se transporte d'un animal à l'autre avec une puissance redoutable et d'un bout de la France à l'autre.

« La commission, comparant ces deux calamités, a voulu établir que, si les précautions sanitaires appliquées à la peste bovine l'ont arrêtée partout où elle s'est manifestée, quoique nous ne connaissions pas les moyens de transmission qu'elle emploie, à plus forte raison réussira-t-on pour le phylloxera, dont l'existence n'est pas contestée, dont les moyens de transmission sont connus, et dont le pouvoir d'expansion s'est montré jusqu'à un certain point borné. »

— M. Picot adresse une note intitulé : *Recherches expérimentales sur l'action de l'eau injectée dans les veines au point de vue de la pathogénie de l'urémie.* Voici les conclusions que l'auteur pense devoir tirer de ses expériences :

1° L'injection d'eau dans la jugulaire à la dose de 1/30 et 1/50 du poids du corps tue les lapins.

2° Il faut aller chez ces animaux jusqu'à la dose de 1/10, lorsque l'injection est faite dans la veine saphène externe.

3° Des doses d'eau allant jusqu'à la dose de 1/8 du poids du corps, injectée soit dans le péritoine, soit dans les veines, ne tuent pas les chiens; au 1/5 la mort est survenue par rupture hémorrhagique; mais chez tous les animaux en expérience, lorsqu'à la mort s'est produite, on n'a rien constaté de semblable aux phénomènes dits de l'urémie.

4° L'eau injectée dans le sang, comme l'avait déjà observé Richardson, porte son action sur les globules rouges qu'elle atteint dans leur structure et rend, selon toute probabilité, impropre aux échanges gazeux. L'absence de lésions encéphaliques fait repousser l'idée de la mort par le système nerveux.

5° Il est probable que, chez les animaux soumis aux injections dans la jugulaire, la mort survient par le fait d'une gêne profonde dans la respiration, occasionnée par l'arrivée brusque et prolongée, dans le système pulmonaire, de sang chargé de trop fortes proportions d'eau.

6° Si l'on songe qu'un chien, en vingt-quatre heures, n'excrète que 22/5 d'urine par kilogramme de son poids, et que, dans ces expériences, il a été injecté jusqu'à 100, 125 centimètres cubes d'eau par kilogramme, on comprend combien il est difficile d'admettre comme cause pathogénique de l'urémie, l'exaltation de la pression intravasculaire sous l'influence de la suppression des urines, entraînant à sa suite l'adénie et l'anêmie du cerveau.

7° La doctrine de Traube, d'après ces faits, ne paraît donc pas être l'expression des phénomènes physiologico-pathologiques. »

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac

Des diverses espèces de maladies vénériennes.

Leçon clinique recueillie et rédigée par M. L. Chevalier, interne de service.

Quelques-uns d'entre vous, messieurs, n'étant sans doute pas encore initiés à l'étude des maladies vénériennes, j'ai pensé qu'il convenait de donner aux leçons que je vais avoir l'honneur de vous faire, un caractère essentiellement clinique.

Permettez-moi donc de ne point les commencer par des considérations générales, soit sur l'histoire des maladies vénériennes, soit sur les nombreuses doctrines que leur étude a fait naître en tous temps, mais surtout depuis la grande épidémie du quinzième siècle.

Je m'abstiens de ce préambule presque obligatoire, parce que les vues d'ensemble ne me paraissent à leur place et n'acquièrent toute leur valeur que lorsqu'on est déjà familiarisé avec les détails. C'est alors qu'elles sont réellement intéressantes et instructives.

Quant aux questions de doctrine, elles ont plus souvent alimenté la polémique qu'elles n'ont fait avancer la science. L'occasion se présentera de vous en parler à propos des diverses questions que je traiterai devant vous, et j'aurai toujours soin en même temps de vous montrer les faits ou de vous exposer les expériences qui vous permettront de les comprendre et de les critiquer vous-mêmes.

Quoique je n'aie à m'occuper ici que d'une classe limitée de maladies, je ne perdrai jamais de vue la pathologie générale, car j'ai la conviction que la spécialité n'est vraiment élevée et scientifique qu'autant qu'elle s'inspire des larges vues de la physiologie et de la médecine et qu'elle reste en communication incessante avec ces deux grandes sciences fondamentales.

I.

Cependant, messieurs, si je ne débute pas par des généralités, il faut bien du moins vous dire quelques mots des maladies vénériennes et de leurs diverses espèces.

Les maladies vénériennes, comme l'indique suffisamment leur nom, ont pour caractère commun de siéger sur les organes génitaux et de se transmettre d'ordinaire dans les rapports sexuels. En outre, elles sont énimemment contagieuses par le fait d'un principe virulent fixe et non volatil.

Vous voyez donc qu'envisagées dans leur ensemble, elles présentent une individualité réelle et bien tranchée.

Cette individualité, déduite de quelques-unes de leurs propriétés communes, avait même tellement frappé certains pathologistes, que plusieurs d'entre eux les considéraient comme dérivant toutes d'un même principe, le *virus syphilitique,* et ne formant qu'une seule espèce, le *mal vénérien* qui dès lors était *un* dans son origine, quoique *multiple* dans l'infinie variété de ses manifestations.

Ces idées, messieurs, ont été soutenues par les hommes du plus haut mérite ; en tête et bien au-dessus d'eux tous, il faut nommer John Hunter, le plus grand génie médical des temps modernes.

Mais peu à peu cette doctrine a été battue en brèche et définitivement détruite, et si, aujourd'hui tout le monde est d'accord pour reconnaître que les maladies vénériennes forment une classe à part dans le domaine de la pathologie, personne ne conteste plus qu'elles ne proviennent de principes différents.

La confusion entre les diverses espèces de maladies vénériennes ne s'est faite que vers le milieu du seizième siècle. La critique historique a fait voir, en effet, que les médecins qui observèrent les premiers l'épidémie de syphilis qui fit explosion à la fin du quinzième siècle, et la regardèrent comme une maladie nouvelle, eurent toujours soin de la distinguer de la blennorrhagie et de l'ulcère contagieux des parties génitales, maladies anciennes dont on trouvait de si remarquables descriptions dans Moïse, dans les auteurs grecs et latins, chez les Arabes et les arabistes.

II.

Quoi qu'il en soit, ce fut d'abord la *blennorrhagie* qu'on détacha de l'unité vénérienne pour en faire une espèce distincte.

Benjamin Bell, Hernandez, et plus tard un de nos maîtres les plus éminents, M. Ricord, pour ne citer que les principaux, prouvèrent d'une façon irréfutable, et qui devait convaincre tous ceux que n'aveuglait pas l'idée systématique d'une doctrine erronée, que l'inflammation spécifique du canal de l'urèthre, désignée depuis Swédians sous le nom de blennorrhagie, n'était point produite par le virus syphilitique, ni par l'ulcère vénérien des parties génitales ; qu'elle pouvait s'associer avec eux, mais qu'elle avait une autre origine bien distincte ; qu'elle évoluait d'une autre manière, se traduisait par d'autres effets, et que l'observation, comme les expériences, la constituaient à l'état d'individualité vénérienne.

Aujourd'hui, messieurs, la blennorrhagie n'est plus regardée par personne comme un résultat du virus chancreux ou syphilitique. Elle a son virus propre. Ce virus s'inocule, non point comme le virus chancreux ou syphilitique par une piqûre sous-épidermique, mais par l'application du muco-pus qui le contient sur la muqueuse des parties génitales, des yeux, et même de quelques autres organes. C'est une espèce très-tranchée dans l'espèce des maladies vénériennes. Elle reste locale ou ne donne lieu qu'à des phénomènes éloignés et vaguement constitutionnels, tels que le rhumatisme blennorrhagique, dont l'interprétation pathogénique est encore indécise. Le même individu peut la contracter indéfiniment, et elle a des complications de voisinage, tels que la cystite, la prosta-

tite, l'inflammation des glands de Méry, qui restent confinées dans l'appareil génito-urinaire.

III.

Outre la blennorrhagie, il existe encore deux autres espèces de maladies vénériennes.

Chacune d'elles est produite aussi par un virus particulier. Mais comme ces deux virus donnent lieu l'un et l'autre à une ulcération chancreuse, il a été plus difficile de séparer les affections qui en dérivent.

Les uns, et c'était autrefois le plus grand nombre, croyaient qu'il n'existe qu'un seul virus, et que ce virus peut donner lieu, tantôt à un chancre simple localisé dans ses effets, et non infectant, tantôt à un chancre syphilitique ou induré, doué de la propriété d'infecter tout l'organisme.

De là sont nées deux doctrines opposées, celle de l'unitéisme et celle du dualisme. Après de longues luttes, qui ont eu un grand retentissement, et dont le souvenir n'est point encore effacé, la doctrine du dualisme l'a emporté.

C'est à un médecin français, M. le docteur Bassereau, que revient l'honneur de l'avoir créée et imposée, pour ainsi dire, à force de preuves convaincantes, à tous les esprits non prévenus. Aujourd'hui, elle est généralement adoptée. C'est ici même, dans cet hôpital, que ce savant médecin réunit la plupart des matériaux de son remarquable ouvrage sur les *affections de la peau symptomatiques de la syphilis*, qui devait opérer une révolution si importante en syphiliographie.

Je ne veux point entrer dans les détails des confrontations, des expériences qui ont établi définitivement, je crois, l'existence de deux espèces de chancres. Qu'il me suffise de vous donner quelques-uns de leurs caractères distinctifs.

IV.

Occupons-nous d'abord du *chancre simple, ou chancre mou.* C'est, dans la classe des maladies vénériennes, une espèce encore plus tranchée que la blennorrhagie.

Qu'entend-on par chancre mou ou chancroïde? On désigne sous ce nom un ulcère contagieux ayant son siége habituel sur les parties génitales, quoique susceptible de se produire partout ailleurs.

Il est inoculable et réinoculable, c'est-à-dire qu'on peut l'implanter avec la lancette sur un sujet sain, et par le même procédé opératoire le reproduire indéfiniment sur le sujet qui le porte. C'est par centaines que les syphilisateurs ont pratiqué des inoculations positives. Un seul inoculateur s'est donné à lui-même plus de deux mille chancres.

Le chancre simple, ou mou, n'a pas d'incubation, ou, s'il en a une, elle est très-courte.

Les effets spécifiques de l'inoculation sont instantanés et consistent toujours en une destruction ulcéreuse et progressive des tissus se faisant d'emblée sur le point contaminé ou inoculé.

Il est à peu près toujours semblable à lui-même, quelles que soient ses dimensions, c'est-à-dire taillé à pic, à bords déchiquetés et décollés, à fond inégal et comme pultacé. Sur toute sa surface se secrète une abondante quantité de pus épais, jaunâtre ou couleur chocolat, qui s'inocule de côté et d'autre, pendant la longue durée des périodes d'augment et d'état; de telle sorte que sur le même individu peuvent se faire des poussées successives de chancres simples, séparées par des intervalles de temps très-considérables.

Mais le caractère le plus frappant du chancre mou, ce qui le différencie essentiellement du chancre infectant et le constitue à l'état d'espèce vénérienne bien définie, c'est son inaptitude à infecter l'organisme. Il reste local; et si son pus, en parcourant les vaisseaux lymphatiques, y produit des abcès; si en pénétrant dans les ganglions, il y détermine une adénopathie spéciale dont le dernier terme est le bubon chancreux, son processus ne va pas au delà; aucune autre partie de l'économie n'est atteinte. Il se reproduit dans cette sphère de la circulation lymphatique sous forme de complications parfaitement identiques à lui-même.

Telle est, messieurs, en quelques mots, la deuxième espèce vénérienne morbide. C'est la plus simple, puisqu'elle se réduit à une seule manifestation, le chancre mou ou chancroïde qui se confine dans un cercle étroit, où il ne donne lieu, comme complication, qu'à des ulcères qui lui ressemblent.

V.

Nous arrivons à la troisième espèce des maladies vénériennes. Ici, messieurs, les choses changent de face. Dans la blennorrhagie et dans le chancre mou, la localisation des effets du virus est le fait dominant. A peine la blennorrhagie manifeste-t-elle quelques velléités d'une généralisation qui dépend beaucoup plus de l'aptitude morbide de certains individus que de la cause spécifique elle-même.

Dans la troisième espèce des maladies vénériennes, au contraire, dans la *syphilis*, l'affection locale est insignifiante, si on la compare à ce conplexus des déterminations morbides les plus variées qui se produisent, suivant une évolution plus ou moins régulière, sur toutes les parties de l'économie, peau, muqueuses, organes des sens, systèmes musculaire et osseux, viscères splanchniques, etc.

S'il y a quelque analogie superficielle entre le chancre mou et chancre infectant ou syphilitique, quel abîme entre leurs conséquences !

Pour le premier tout se réduit à quelques abcès, à quelques bubons chancreux qui, comme lui, pour mettre les choses au pis, peuvent devenir phagédéniques; et encore n'est-ce pas en vertu d'une nocuité spéciale de leur virus, mais à cause des mauvaises conditions du sol organique sur lequel ils sont implantés.

Pour le deuxième, au contraire, le *chance infectant ou syphilitique*, voyez la série de maux infinis qu'il commence et qui vont éclore. La diffusion et la prolifération du virus syphilitique se sont accomplies dans l'organisme; et voici qu'après des incubations plus ou moins longues surviennent le chancre, les manifestations cutanées et muqueuses, puis les poussées successives ou simultanées, superficielles ou profondes de ces processus morbides qui, sous des formes anatomiques multiples, portent tous au plus haut degré l'empreinte de leur origine essentiellement spécifique....

Le chancre infectant, induré, ou syphilitique, c'est déjà la vérole. Vous auriez beau le cautériser, vous ne le tueriez pas comme on le fait aisément du chancre mou; et certainement vous n'empêcheriez de se produire aucune des manifestations constitutionnelles de la maladie.

La syphilis est donc la seule maladie vénérienne générale, la seule qui infecte tout l'organisme et qui modifie profondément sa manière d'être.

Elle débute toujours par un chancre qui est l'accident primitif, obligé, le premier anneau indispensable de toute la série morbide. Vous pourrez l'étudier dans mon service sous

toutes ses formes qui sont nombreuses. Je vais vous donner quelques-uns de ses principaux caractères, pour que vous les opposiez à ceux du chancre simple, et que vous puissiez dès maintenant les distinguer l'un de l'autre, ce qui n'est pas toujours facile.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 janvier 1874 (1). — Présidence de M. PETER.

M. GILLEBERT D'HERCOURT fils continue la lecture de son travail :

Les fonctions digestives ressentent, au premier chef, l'influence excitante du climat. L'appétit qui languissait se réveille, les digestions sont plus rapides et les selles plus régulières. Parfois même, j'ai vu des diarrhées qui avaient résisté à un traitement rationnel et persévérant dans le centre de la France, disparaître dès les premiers jours au bord de la mer. Sous cette heureuse influence, le teint du malade devient meilleur, les forces se relèvent, l'amaigrissement s'arrête, et l'on peut même constater une sensible augmentation du poids du corps.

Malheureusement cet état de choses n'a qu'une durée éphémère et qui varie suivant le degré d'importance de la maladie, la période à laquelle elle est arrivée, et le plus ou moins d'impressionnabilité du sujet. Insensiblement la soif augmente, et l'appétence diminue. Les digestions sont plus lentes, les selles deviennent irrégulières, la constipation alterne avec la diarrhée, et celle-ci reparaît chez les malades qui avaient vu cette complication cesser à leur arrivée.

Malgré cela, le phthisique qui conserve le souvenir de son appétit des premiers jours, essaye de manger quand même. Il relève le goût de ses mets par l'emploi de condiments épicés, les digestions se ralentissent toujours, et enfin les vomissements font leur apparition. Rares d'abord, et cédant même à l'emploi de certains médicaments, tels que l'opium et l'acide carbonique, ils deviennent plus fréquents, et finalement, dans les plus mauvais cas, sont tout à fait incoercibles et suivent chaque repas.

J'ai cherché à relier ces accidents à un état spécial de l'atmosphère, et j'ai cru remarquer qu'ils étaient plus fréquents lorsque soufflait le vent d'est qui longe la côte, et auquel les stations de la rivière de Gênes sont particulièrement ouvertes.

Quant à la forme des vomissements, elle est parfois assez singulière et ne ressemble en rien à ce qui se passe ordinairement chez les phthisiques dont la toux cause le rejet des aliments, lorsque ce phénomène ne vient pas d'un état dyspeptique. J'ai observé souvent des vomissements qui survenaient sans cause appréciable, sans toux, et trop près du repas pour pouvoir être attribués à la dyspepsie.

Le malade qui m'a offert l'exemple le plus frappant de ce cas avait vingt ans et était atteint de pneumonie caséeuse. Ce jeune homme, d'un tempérament lymphatique et nullement éréthique, était arrivé à Monaco à la fin de septembre et venait du centre de la France. Pendant les trois premières semaines, il y eut sinon du mieux dans l'état général, du moins un *statu quo* avantageux; mais, vers la fin de la seconde quinzaine d'octobre, c'était en 1867, les vents d'est devinrent plus accentués, la sécheresse de l'air augmenta, et, presque aussitôt le malade, qui n'avait jamais éprouvé de troubles digestifs dans son pays, se mit à vomir de la façon que je viens d'indiquer, sans toux préalable, sans effort et immédiatement après son repas. L'influence exercée par les conditions extérieures sur cet accident étaient si nettes que je pouvais presque à coup sûr, lorsque j'avais fait mes observations météorologiques quotidiennes, prévoir si le repas auquel j'assistais serait ou non vomi. Tous les moyens dirigés contre cette complication échouèrent, et la terminaison funeste de la maladie lui dut certainement sa rapidité.

Dans les phthisies tout à fait au début, et chez des individus qui présentent une résistance encore sérieuse, ces phénomènes sont moins accentués bien entendu. Mais que l'on observe attentivement, et l'on se convaincra avec moi que « sur le bord de la mer les vomissements alimentaires des phthisiques sont plus fréquents que loin du littoral ».

Les changements que peut éprouver la circulation sont moins faciles à constater; il faudrait pour cela tenir du médecin traitant des renseignements que le malade ne peut fournir lui-même. Cependant, sur un phthisique dont j'avais la direction avant mon départ pour Monaco, et qui fit le voyage avec moi, j'ai fait la remarque suivante : La moyenne des pulsations augmenta, mais le redoublement fébrile, qui était très-manifeste chaque soir vers quatre heures, cessa pendant près d'un mois. Ce temps écoulé, le pouls reprit l'irrégularité et les accès quotidiens reparurent, mais plus avant dans la soirée et avec une intensité autrement grande.

Cette suractivité circulatoire me conduit naturellement à parler de l'hémopthisie, de cet accident dont chaque apparition diminue les chances de vie en augmentant, d'une part, l'anémie, en donnant naissance, d'autre part, à de nouveaux foyers morbides. Cette complication était ma principale crainte lorsque j'exerçais au bord de la mer, elle est l'appui principal de la thèse que je soutiens.

Dans la phthisie à forme hémoptoïque, on doit éviter l'air marin; c'est là une règle assez généralement suivie par les médecins qui ont à choisir un climat d'hiver pour un phthisique. Reste à savoir si cet air marin n'est pas capable de rendre hémopthisique un malade qui n'aurait jamais craché le sang, s'il fût resté dans l'intérieur des terres.

Voici quelques faits recueillis parmi les observations les plus propres à éclaircir ce doute, c'est-à-dire celles de malades que j'ai pu suivre en dehors de Monaco.

Madame L..., âgée de trente-sept ans, habitant Paris, vint s'installer à Monaco au mois de novembre 1865. La maladie datait de deux ans, époque à laquelle, à la suite d'une bronchite, on avait constaté dans les deux sommets des signes stéthoscopiques suspects et, en même temps, l'apparition du sang dans les crachats. Au mois de novembre 1865, madame L... présentait de l'obscurité respiratoire dans les fosses susépineuses droite et gauche, une matité relative à droite, et, dans ce point, quelques râles sous-crépitants humides. La toux était modérée, l'appétit et les forces n'avaient pas sensiblement diminué, il n'y avait pas eu de crachats sanglants depuis un an, mais les règles, très-irrégulières, étaient presque illusoires. La malade, désireuse de jouir des points de vue de la côte, s'était, malgré mon observation, logée très-près de la mer et dans un point très-ouvert aux vents d'est. Le premier changement se fit sentir dans la nature de la toux qui devint sèche et quinteuse. Puis, au bout d'un mois, les crachats furent sanglants pendant quelques jours, et ce phénomène, précédé de dyspnée et accompagné d'une légère apparition menstruelle, se reproduisit mensuellement jusqu'au mois d'avril, époque à laquelle la malade retourna à Paris. A partir de ce moment les hémoptysies cessèrent, mais les traces de leur passage restaient, et il était facile de constater, au sommet droit, l'existence de cavercules. Néanmoins madame L... vécut encore trois ans sans quitter Paris et sans cracher de sang.

J'ai été témoin de beaucoup de faits portant le même enseignement; ainsi le suivant m'a fortement surpris : Un phthisique que je soignais depuis le mois de novembre 1866, et dont j'avais remarqué les tendances éréthiques : toux quinteuse, redoublements fébriles prononcés, crachats sanglants deux jours sur trois, me fit part au mois de janvier, c'est-à-dire après deux mois de séjour à Monaco, du projet qu'il avait d'aller passer cinq à six semaines à Paris. Je combattis cette idée autant qu'il fut en mon pouvoir, mais mon malade tint bon et partit. Il revint vers la mi-février, et interrogé par moi sur ce qui s'était passé : « J'ai fort peu toussé, me dit-il, et mes crachats n'ont pas été sanglants pendant mon séjour. » Il avait de fait un teint fort bon. Quelques jours plus tard, après deux ou trois parties de pêche, les accidents hémorrhagiques reparurent et continuèrent avec plus ou moins d'intensité jusqu'au mois d'avril, époque à laquelle je perdis ce malade de vue.

On sait l'effet moral que produit chez le malade, et surtout chez ceux qui l'entourent, la première hémoptysie. Eh bien, la première atteinte s'en fait souvent sentir au bord de la mer, qu'elle soit le ré-

(1) Fin. — Voir les numéros des 23, 30 juin et 7 juillet 1874.

sultat de la fatigue du voyage ou l'indice des qualités excitantes du climat.

J'ai vu un pneumonique chronique de Clermont-Ferrand retourner en Auvergne, quittant Monaco après quarante-huit heures d'un séjour qu'avait marqué son premier crachement de sang.

Mon excellent ami et regretté confrère Paul Picard m'écrivait, il y a un an, qu'il avait retrouvé à Menton les tendances hémorrhagiques qui l'avaient chassé de Corse. Il a suivi sans plus de succès plusieurs stations méditerranéennes, toujours poursuivi par le même accident, jusqu'à Constantinople où il a succombé.

Enfin il est une forme d'hémoptysie sur laquelle je voudrais encore appeler l'attention, et que j'ai cherchée en vain dans le centre de la France. Je veux parler de la forme intermittente. En voici un exemple assez net : M. A..., Espagnol, âgé de vingt-neuf ans, tempérament à prédominance bilieuse, avait eu, en 1857, une bronchite tenace pour la guérison de laquelle on avait ordonné un séjour prolongé sur les bords du lac de Côme. Peu à peu la toux et l'expectoration avaient cessé, et M. A... reprit sa vie habituelle de jeune homme fortuné, enclin au plaisir et peu soucieux de la fatigue. Je le vis pour la première fois le 29 octobre 1867. Il voyageait depuis un mois sur la côte d'Italie et s'était arrêté à Monaco parce qu'il toussait et avait remarqué du sang dans ses crachats.

Ce malade offrait le type parfait du phthisique, et l'auscultation dissipait tous les doutes que l'activité du sujet aurait pu faire naître, en démasquant des râles sous-crépitants dans la fosse susépineuse droite et une obscurité bien marquée du murmure respiratoire au-dessous, dans presque toute la région scapulaire. Cependant l'état eût été relativement bon, s'il ne fût survenu tous les deux jours, entre quatre et six heures, un accès de fièvre débutant par un frisson violent, et suivi finalement d'une transpiration abondante et durant toute la nuit. M. A... avait remarqué que les crachats étaient plus abondants pendant la matinée qui suivait l'accès et qu'ils paraissaient contenir plus de sang.

Cette remarque me frappa, j'observai avec soin et je ne tardai pas à constater que la coloration et la nature des crachats se modifiaient pendant l'accès de fièvre ; rouges bruns et épais auparavant, ils devenaient vermeils et spumeux pendant le stade de chaleur. La fièvre intermittente céda à l'emploi combiné du sulfate de quinine et de la digitale. Avec elle disparurent les hémorrhagies. Mais vers le mois de janvier 1868, les accès revinrent avec la même forme tierce ramenant les hémoptysies qui disparurent encore avec la fièvre sous l'influence du même traitement. Enfin, au mois de mars suivant, après un violent accès de fièvre, survint une hémorrhagie pulmonaire considérable qui résista dès l'abord à l'ipéca, dont l'action, en pareil cas, a été si bien décrite et utilisée par Trousseau, et plus récemment par M. le docteur Peter. — La digitale, les sinapismes, la glace, les sangsues, tout fut employé inutilement, et le malade s'éteignit en une dizaine de jours.

Dans son *Traité de la pathogénie des hémorrhagies*, M. le docteur Ch. Bouchard indique l'accès fébrile comme cause d'hémorrhagie par trouble vaso-moteur. Cette cause doit être singulièrement secondée dans un climat qui favorise les tendances fluxionnaires et où les maladies, d'après le dire des vieux praticiens du pays, ont une remarquable propension à affecter la forme périodique.

Enfin la terminaison fatale de la phthisie par hémorrhagie est certainement plus fréquente sur le littoral que dans le centre de la France; et les aspects squelettiques que l'on rencontre dans l'intérieur chez les phthisiques arrivés à la dernière période de leur mal, sont moins prononcés au bord de la mer, ce qui semblerait indiquer que, dans ce dernier point, la lutte est moins longue entre l'organisme et la maladie.

Me voici arrivé à la fin de cette courte étude, dans laquelle j'ai mis en regard, d'une part, les conditions climatologiques que je considère comme nuisibles, d'autre part, les phénomènes morbides observés chez les phthisiques soumis à ces conditions. Je m'arrêterais ici, si je ne craignais de m'entendre faire le reproche de n'avoir rien à proposer pour remplacer le moyen que je cherche à proscrire.

Je vais donc indiquer sommairement les bases d'une hygiène à l'usage des phthisiques que, pour être bref, je diviserai en deux grandes catégories seulement :

1° Ceux dont la maladie, douteuse, possible, probable même, virtuelle en quelque sorte, n'est cependant attestée par aucun signe positif.

2° Ceux dont la phthisie est établie par des signes certains.

Chez les premiers, il est nécessaire, avant toute chose, de relever le niveau des forces et de défendre l'organisme contre les influences climatologiques, non pas en le soustrayant à ce qu'elles ont de rigoureux, mais en le cuirassant en quelque sorte contre elles. Ce n'est pas là ce que l'on obtient en transportant le malade dans un climat chaud pendant l'hiver, pour le ramener au centre de la France vers les mois d'avril ou mai, ces mois si sujets aux variations de température. Ce moyen ne fera qu'éveiller la susceptibilité des voies respiratoires qui se trouveront placées dans les meilleures conditions possibles pour contracter au retour du midi, au moins un catarrhe aigu (1).

En cas pareil, j'aime bien mieux conseiller ce que M. le docteur Jaccoud appelle la *prophylaxie par acclimatement rigoureux*, c'est-à-dire le séjour à la campagne, l'exercice en plein air et l'hydrothérapie. Ce dernier moyen surtout, tonique par excellence, régulateur des fonctions de la peau, stimulant de l'appétit et de l'assimilation, a produit sous mes yeux des effets remarquables chez des jeunes gens qui semblaient voués à la phthisie pulmonaire. Voilà pour l'hiver.

Pendant l'été ces malades devront rechercher les climats de montagne où l'air, plus vif que celui de la plaine, ne laisse pas les fonctions s'allanguir.

Ce traitement prophylactique pourra s'étendre aux enfants nés de parents phthisiques, quand même les apparences ne les rendraient pas suspects. Aux malades qui forment la deuxième catégorie, c'est-à-dire à ceux dont la maladie est révélée par des signes certains, je conseille de passer l'hiver chez eux, à moins que leur pays ne soit lui-même malsain par le fait de conditions climatologiques inévitables. Mais alors, ce n'est pas un déplacement hivernal que je prescris, c'est l'abandon définitif de ce lieu, et le choix d'une nouvelle résidence continentale devra être fixé d'après l'altitude, l'humidité et l'abri contre les vents, bien plus que d'après la température. Le malade en question rentrerait alors dans la catégorie de ceux qui ont trouvé, sans sortir de chez eux, des conditions météorologiques ordinaires.

Alors, grâce à une maison bien close, suffisamment grande pour que le malade ait au moins deux chambres à sa disposition, afin d'en aérer une pendant que l'autre sera occupée, grâce au chez soi que l'on ne retrouve nulle part, grâce enfin à la continuation des relations habituelles, l'hiver s'écoulera sans secousses, et l'affaiblissement dans ce cas est bien moindre qu'on est porté à le croire.

Ajoutons à cela qu'il sera facile alors, si l'on en voit la nécessité, de soumettre le malade à l'action des diverses substances à l'aide desquelles on constitue un traitement par les atmosphères artificielles. En même temps, une serre vaste et garnie de plantes choisies peut offrir un séjour agréable et avantageux. Enfin il ne faut pas croire que pour tous cette réclusion soit absolue, car, dans le centre de la France, on compte pendant l'hiver bon nombre de belles journées de soleil, journées réellement médicales, aussi douces et assurément moins dangereuses que celles du littoral.

Pendant l'été, au contraire, je profite de la saison pour faire voyager les phthisiques qui peuvent se déplacer. Je les dirige, s'il y a lieu, vers une station hydro-minérale telle que les Eaux-Bonnes ou le mont Dore, suivant les indications. Autrement, je les envoie à la campagne, dans des régions aussi boisées que possible, mais en évitant les vallées profondes, où nous retrouverions quelques-unes des conditions météorologiques du littoral, à savoir : la violence des vents et l'abaissement brusque de la température au coucher du soleil. Le mois de septembre est employé le plus souvent à la cure de raisins, et, aux premiers brouillards, on rentre prendre ses quartiers d'hiver.

(1) Quant à laisser les malades sur le littoral plus tard que le mois d'avril, il n'y faut pas songer, à cause de l'action déprimante d'une température trop élevée.

Voilà, en résumé, la marche que je suis dans la direction hygiénique des phthisiques, depuis que j'ai quitté Monaco. Je suis heureux de dire que les résultats obtenus jusqu'à présent m'engagent à persévérer dans la même voie.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel : Dr G. GILLETTE.

VARIÉTÉS

Les Facultés de médecine en France (1).

Concentrons maintenant notre observation sur les écoles secondaires de médecine déjà existantes, sur leur installation matérielle, leur personnel professoral, leur prospérité actuelle, et nous allons trouver là encore les plus utiles enseignements.

Installation matérielle des écoles secondaires. — Commençons par l'installation matérielle. Sans doute, les villes dont nous nous occupons ont déclaré qu'elles étaient prêtes à faire toutes les appropriations et constructions qu'exigerait la création d'une faculté de médecine; mais chacun sait quel rôle jouent en pareille matière les conditions dans lesquelles se trouvent déjà les établissements qu'il s'agit de transformer.

La mieux installée, sans conteste, des écoles secondaires, est celle de Bordeaux. L'autorité de son éminent directeur, M. E. Gintrac, a déterminé depuis quelques années l'administration de la ville à construire des bâtiments qui, agrandis et améliorés tout récemment, présentent un ensemble bien coordonné et tout à fait satisfaisant. Cependant, à notre sens, il y aurait une véritable exagération à prétendre, comme l'ont fait certaines personnes et même des plus autorisées, que l'école est dès maintenant prête pour sa transformation en faculté. Non, incontestablement, l'espace lui ferait bientôt défaut, et le nombre de ses élèves exigerait de plus vastes laboratoires et des amphithéâtres nouveaux. Fort heureusement, il sera facile de l'agrandir, de doubler sa superficie, et cela à peu de frais, en empiétant sur les masures délabrées qui l'entourent, ce qui lui donnera façade sur trois rues. Elle pourra, de la sorte, faire face aux éventualités de la plus complète prospérité. Mais il nous paraît indispensable d'exiger dès maintenant de la ville l'acquisition du terrain et, à bref délai, l'achèvement des constructions nouvelles. Ajoutons que dans cette école se trouvent dès actuellement de belles collections et une riche bibliothèque.

Immédiatement après Bordeaux vient Nantes, dont l'école toute neuve présente ce grand avantage de faire partie de l'ensemble des bâtiments de l'Hôtel-Dieu. Elle est bien distribuée, suffisamment vaste pour les besoins actuels; mais il faudrait considérablement l'agrandir avant d'y installer une faculté, ce qui serait possible, du reste, mais non sans nuire à l'harmonie générale de l'édifice.

Lille se placerait ensuite; l'installation de son école, qui a l'avantage d'être placée dans le même bâtiment que la faculté des sciences, est très-convenable et suffisante aujourd'hui; mais une faculté et même une école du genre de celles dont nous parlerons plus bas, y serait tout à fait à l'étroit. Or il paraît impossible de l'agrandir sur place.

Toulouse est beaucoup moins bien partagée; son école fort éloignée des hôpitaux est très-mal installée. On pourrait sans doute l'améliorer et l'agrandir, mais il serait bien préférable de la transporter, comme le conseil municipal actuel en a manifesté l'intention, aux environs du lycée, sur la rive droite de la Garonne, en face de l'Hôtel-Dieu.

Marseille devrait peut-être prendre rang avant Toulouse; mais ce n'est que grâce aux améliorations apportées l'année dernière que l'école est maintenant à peu près convenablement logée. Ses pavillons de dissection, qu'on vient de mettre en état, sont séparés et assez éloignés des laboratoires et des amphithéâtres de cours, ce qui constitue un grave inconvénient. Ajoutons qu'elle a l'avantage d'être tout à fait voisine de l'Hôtel-Dieu. Pour l'agrandir, il faudrait empiéter sur l'emplacement occupé par un tribunal, dans l'autre partie du même bâtiment.

Enfin arrive Lyon, dont l'école, installée dans un bâtiment à moitié inachevé, est dans une situation si misérable que, quelque décision qu'on prenne sur sa transformation en faculté, elle n'y saurait demeurer plus longtemps. Du reste, le conseil municipal l'a parfaitement compris, et s'il n'a pas encore agi, s'il laisse dans un état aussi affligeant son école de médecine, c'est qu'il attend sans cesse, depuis trois ans, de savoir s'il sera réduit à garder une simple école, s'il possédera une faculté de l'État, ou si, dans le cas contraire, une loi nouvelle lui permettra d'édifier une faculté libre, à lui appartenant.

Ainsi, dans l'état actuel, il n'y a que deux écoles, celles de Bordeaux et de Nantes, dont on pourrait, sans de trop fortes dépenses, transformer les bâtiments de manière à les mettre au niveau des besoins d'une faculté; pour les autres, tout serait à créer.

Professeurs des écoles et corps médical des villes. — Si l'appréciation des conditions matérielles, des bâtiments, est chose facile, nous retrouvons, pour apprécier la valeur des professeurs en exercice et des corps médicaux qui peuvent servir à les recruter, les embarras dont il nous a fallu triompher pour établir une certaine hiérarchie entre l'activité intellectuelle des différentes villes.

Mais il est de notre devoir d'éclairer l'Assemblée sur ce point, qui constitue un élément important de la question dont elle nous a saisis, et nous le ferons tout en évitant de froisser des susceptibilités légitimes.

Disons tout d'abord que le nombre des professeurs titulaires n'est pas le même dans toutes les écoles : Bordeaux compte 13 chaires; Lille, 12; Nantes et Toulouse, 11; Marseille, 10; Lyon, 9. Bordeaux seul possède 4 chaires de clinique. En outre, à Lyon, 4 cours sont faits par des professeurs adjoints; il y en a 3 à Lille et à Marseille, deux à Nantes et à Toulouse, ce qui ramène partout, sauf à Lille, le nombre des cours au même chiffre de 13.

Il résulte en premier lieu de ceci que le nombre des professeurs d'une faculté devant être de dix-huit au moins, aucune des écoles ne pourrait en fournir le personnel complet. Bien plus, nous ne croyons étonner et même froisser personne en déclarant que tous les professeurs des écoles secondaires, quoique très-satisfaisants dans leur position actuelle, ne seraient point en situation scientifique d'occuper une chaire de faculté de médecine. Hâtons-nous de dire que plusieurs l'ont compris avec une grande modestie et un grand désintéressement.

On conçoit que les écoles ayant recruté tout naturellement leur personnel dans l'élite du monde médical de la ville où elles sont situées, il ne serait guère possible de trouver en dehors d'elles des professeurs pour compléter l'enseignement de la faculté. Il faut cependant faire exception pour Lyon. Le nom d'école de Lyon éveille dans l'esprit de tout médecin instruit le souvenir des cliniques célèbres de l'Hôtel-Dieu et de l'Antiquaille, et lui rappelle des noms dont la notoriété s'est répandue dans toute l'Europe savante : vient-il à Lyon, ce médecin est tout surpris de voir que ces noms ne figurent point parmi ceux des professeurs de l'école officielle.

Sans chercher ici la raison de cette anomalie, il nous suffit de la signaler pour dire qu'il sera aisé de trouver à Lyon, en dehors du personnel de l'école, des professeurs que la faculté de Paris pourrait envier à celle de Lyon.

C'est là ce qui nous fait placer encore au premier rang, dans un ensemble qu'il ne faut pas disjoindre, le personnel de l'école et le corps médical de Lyon. La valeur de ce corps médical a toujours été soutenue très-haut, non-seulement par les raisons qui tiennent au nombre, à la richesse, à l'esprit élevé de la population, mais par l'institution, qui date de loin, du concours pour toutes les places des hôpitaux, institution excellente pour ce cas particulier. Le concours existe pour les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu depuis 1783; il s'est étendu très-vite aux médecins proprement dits et aux autres hôpitaux. Tous les ans se tient un concours très-brillant où six à huit candidats se disputent chaque place. Il y a là, depuis près d'un siècle, la source d'une émulation généreuse qui a porté ses fruits dans le domaine de la science comme dans celui de la pratique.

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 4, 7 et 9 juillet.

Aussi M. l'inspecteur général Denonvilliers a-t-il pu dire avec une juste et grande autorité : « Le personnel médical de Lyon, nombreux, instruit, façonné de longue date aux études sérieuses par l'habitude des concours, et imbu des meilleures traditions, assure à l'enseignement libre, à l'agrégation et au professorat, un bon et facile recrutement. »

Après Lyon nous placerons Bordeaux, dont l'école nous a paru non-seulement la plus complète en personnel, mais la plus également ordonnée dans les diverses parties de son enseignement. Là, aussi, depuis longtemps, le concours détermine le recrutement dans les hôpitaux pour les internes et les médecins et même dans l'école pour pour les professeurs suppléants.

Nantes prendrait rang ensuite, puis Lille, puis Toulouse et Marseille enfin. Non que dans chacune de ces écoles ne se trouvent des individualités distinguées, éminentes parfois. Mais leur ensemble n'a pas la cohésion, la valeur que présente l'école de Bordeaux; de plus, l'on ne saurait trouver en dehors d'elle, parmi les praticiens de la ville, des savants de la valeur de ceux qui à Lyon, pour un motif quelconque, sont sortis de l'école ou n'en ont jamais fait partie.

Lille se présente même, sous ce rapport, dans une situation tout à fait exceptionnelle, et qu'il est intéressant d'indiquer ici. Tandis que les autres grandes villes possèdent un corps médical nombreux et qui présente une proportion de un docteur pour 1,200 à 1,500 habitants, Lille est singulièrement dépourvue, puisqu'on n'y trouve que quarante-trois docteurs, soit un pour 3,677 habitants; il est vrai qu'y florissent en même temps vingt-trois officiers de santé.

C'est du reste le résultat général que nous avons signalé pour les départements du Nord, et que nous retrouvons plus marqué encore dans les villes voisines de Lille : Roubaix, par exemple, qui pour ses 76,000 habitants ne possède que 8 docteurs et 5 officiers de santé, et Tourcoing pour 43,000 habitants, 6 docteurs, 8 officiers de santé; Halluin et Wattrelos, villes de 15 à 20,000 âmes, n'ont chacune pour tout médecin, qu'un officier de santé. En un mot, l'arrondissement entier de Lille, avec ses 555,362 habitants, compte seulement 70 docteurs et 84 officiers de santé.

Et si l'on envisage le département du Nord tout entier, on trouve en 1847, 521 praticiens; 531 en 1855; 464 en 1865, et seulement 457 en 1871, malgré une augmentation de population qui dépasse 300,000 habitants.

Un corps médical si peu nombreux et ainsi composé ne présente pas de grandes ressources pour constituer actuellement le personnel de la faculté, ni pour en assurer à l'avenir le recrutement régulier. (*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

191. Wojlanski. Considérations sur l'étiologie, le traitement et la prophylaxie de l'érysipèle.
192. Bergounioux. Du traitement chirurgical des hémorrhoïdes.
193. Chesney. Étude sur l'enkystement des projectiles dans les plaies par armes à feu.
194. Duchateau. Étude sur l'anesthésie obstétricale dans les cas de version et d'application de forceps.
195. Soula. Étude clinique sur la compression employée comme méthode de traitement dans les tumeurs du sein.
196. Carat. Usage de l'iodure d'ammonium dans la syphilis.
197. Pombourcq. Essai sur les influences atmosphériques.
198. Tujague. Du phlegmon diffus sous-muqueux de la bouche.
199. Lober. Contribution à l'étude des maladies du cœur.
200. Colson. De l'opération de la hernie étranglée sans ouverture du sac.
201. Laugier. Calculs vésicaux. — Signes. — Diagnostic.
202. Arciniega. Quelques considérations sur le diagnostic des fibroïdes utérins.
203. Castet. Considérations sur les corps fibreux utérins dans la grossesse et l'accouchement.
204. Sassot. Du goître dans l'armée.
205. Viguier. Du débridement du col dans les accouchements.
206. Girard. De la fièvre typhoïde latente.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Délire des persécutions, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, lauréat de l'Institut, médecin de l'hospice de Bicêtre (service des aliénés). 1 vol. in-8° de 524 pages, deuxième tirage. Prix : 6 fr. (Ouvrage couronné par la Faculté de médecine de Paris, prix Châteauvillard). — Paris, Adrien Delahaye.

De l'influence des grandes commotions politiques et sociales sur le développement des maladies mentales. — Mouvement de l'aliénation mentale en France, pendant les années 1869 à 1873, par le docteur L. LUNIER, inspecteur général du service des aliénés et du service sanitaire des prisons de France. — Paris 1874, 1 vol. in-8° de 291 pages avec tableaux. — Prix : 6 francs. — Paris, F. Savy.

Résumé d'anatomie appliquée, par le professeur V. PAULET. — 1 vol. in-18 de 500 pages, cart. à l'anglaise. — 5 francs. — Paris, 1874, G. Masson.

Mémoire sur le béribéri, par le professeur SODRÉ PÉREIRA, précédé d'une introduction de M. le docteur MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi. — In-8°. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Adrien Delahaye.

Du chancre syphilitique multiple herpétiforme, par le docteur Alfred DUBUC. — In-8° de 35 pages. — 1 fr. 25. — Paris, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 82. — JEUDI 16 JUILLET 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 16 JUILLET 1874. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance courte. L'ordre du jour étant dégarni, on a songé à reprendre la discussion sur le choléra; mais un seul orateur était prêt. M. Piorry veut qu'on applique au choléra les principes organopathiques, c'est-à-dire que, ne songeant plus à la maladie en elle-même, il veut qu'on s'attache aux symptômes et qu'on les combatte isolément. A ses yeux, la nomenclature est d'une très-grande importance, car dans le langage ordinaire, la maladie reste toujours au premier plan, et les symptômes sont rejetés dans l'ombre comme des accessoires. Or M. Piorry ne croit pas à cette entité que l'on nomme une maladie.

A l'imitation de Broussais, et bien plus encore que Broussais, il a peur de l'*ontologie* en médecine, et, pour nous servir d'une nomenclature analogue à la sienne, il est *ontophobe*.

A propos de la séance précédente et de la lecture si instructive de M. Le Fort, M. Carnus nous a rappelé qu'il avait publié lui-même, le 25 avril dernier, un certain nombre d'observations prouvant l'action des courants continus sur les troubles du corps vitré.

Nous donnons acte à M. Carnus de sa priorité, parfaitement établie à ce point de vue; mais ce n'était pas là le côté le plus intéressant du mémoire de M. Le Fort. Ce qu'on ignorait jusqu'ici, c'était l'action des courants très-faibles : on ne croyait pas qu'il leur fût possible de pénétrer dans les tissus. Quant aux courants à tension forte, nul ne peut songer à mettre en doute leur puissance dans certains cas, et ce sont eux qu'on a mis en usage dans les faits déjà publiés par M. Carnus.

M. Le Fort a le mérite incontestable d'avoir soulevé une des plus grandes questions d'électricité médicale, celle des tensions et des quantités indispensables ou utiles pour agir sur le corps humain. Une tendance vraiment funeste préside depuis quelque temps à la construction des appareils mis entre les mains des praticiens. On néglige complétement les quantités pour augmenter, au contraire, les tensions dans une proportion redoutable. On veut avoir des appareils aussi portatifs que possible, sans songer que l'on sacrifie les avantages thérapeutiques en rendant les courants trop minces, pour ainsi dire, tout en accroissant les dangers, en les rendant trop pénétrants. La vérité est qu'en médecine la quantité n'a pas moins d'importance que la tension, et qu'il faut, pour l'une et pour l'autre, s'en tenir à l'indispensable.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC

Des diverses espèces de maladies vénériennes (1).

Leçon clinique recueillie et rédigée par M. L. CHEVALIER, interne de service.

VI.

Messieurs, le chancre infectant, qu'il soit contracté par contagion ou qu'il provienne d'une inoculation artificielle, ne se développe sur le point contaminé qu'après une incubation de trois semaines en moyenne. Quelquefois cette incubation est beaucoup plus longue; j'en ai observé qui n'ont pas eu moins de quarante, cinquante, soixante jours de durée.

Ce chancre, au lieu de débuter, comme le chancre simple, par une vésicule rapidement ulcéreuse, commence par une papule d'abord très-petite, qui s'agrandit, s'étale, et au bout de trois ou quatre jours, subit le phénomène de l'ulcération, qui la constitue à l'état du chancre.

L'ulcération chancreuse syphilitique diffère profondément de l'ulcération chancreuse simple. Au lieu d'intéresser toute l'épaisseur du derme et d'avoir des bords taillés à pic et décollés, elle est en général superficielle, à bords évidés, se confondant insensiblement avec les parties voisines. Au lieu d'être creusée dans la peau ou les muqueuses, elle est quelquefois de niveau avec elles, ou fait même au-dessus d'elles une saillie plus ou moins accusée.

Sa forme est plus régulièrement ovale ou arrondie que celle du chancroïde. Sa couleur est d'un rouge cuivreux, ou même d'un rouge vineux, couleur chair de jambon, etc...; souvent on y voit des zones concentriques, de nuances diverses, mais avec une gamme de teintes toujours sombres et une tache centrale, parfois ecchymotique et sanguinolente.

Au lieu de sécréter des flots de pus comme le chancre simple, le chancre syphilitique laisse suinter à sa surface un liquide séreux ou séro-purulent et séro-gommeux, qui a une grande tendance à se concréter et qui, s'étalant sur la surface de l'érosion ou de l'ulcération, lui donne un aspect vernissé.

Le chancre syphilitique repose sur une base dure, élastique, chondroïde, parcheminée, isolée et comme incrustée dans les téguments dont elle est séparée par une ligne de démarcation très-nette.

Messieurs, un autre caractère que présente le chancre syphilitique, et qui, à mes yeux, est le plus important de tous, c'est son action sur les glandes lymphatiques de la région qu'il

(1) Fin. — Voir le numéro du 14 juillet 1874.

occupe. Quelle que soit cette région, du moment qu'un chancre syphilitique s'y implante, vous verrez, au bout de quelques jours, ses ganglions lymphatiques se tuméfier peu à peu, durcir, sans devenir très-douloureux et sans adhérer aux parties voisines. Ils sont indépendants de la peau qui glisse au-dessous d'eux et libres dans l'atmosphère du tissu cellulaire qui les entoure. Cette adénopathie, constituée par des ganglions augmentés de volume, d'une dureté élastique, peu ou point douloureux, et sans produits inflammatoires autour d'eux, est pathognomonique; et dans les cas de diagnostic douteux qui, malgré les caractères si tranchés du chancre syphilitique, se présentent plus fréquemment qu'on ne pourrait le supposer, l'adénopathie spécifique est là pour lever nos doutes ou, du moins, diminuer notre incertitude.

VII.

Envisagez maintenant dans son ensemble le processus de ces deux chancres. Que voyez-vous? Dans le chancre simple, un processus inflammatoire, ulcératif, destructeur des tissus; dans le chancre syphilitique, au contraire, un processus éminemment plastique. Ce processus plastique subit plus ou moins les phases d'un travail régressif, qui le conduit à l'érosion, à l'ulcération, parfois à la gangrène en masse ou à la destruction moléculaire et progressive du phagédénisme; mais il n'en persiste pas moins au sein des tissus sous forme d'induration, et il constitue la base fondamentale de l'accident primitif, quelles que soient ses formes, ses variétés, sa terminaison. Et si ce processus plastique est peu accusé et semble manquer dans certaines formes atténuées du chancre syphilitique, n'ayez crainte : vous le retrouverez dans les ganglions lymphatiques de la région, où il constitue à lui seul l'adénopathie si spécifique que je viens de vous décrire.

Enfin, messieurs, prenez à la pointe d'une lancette la sérosité gommeuse et purulente de ce chancre infectant, et inoculez-la au malade lui-même; vous n'aurez jamais qu'un résultat négatif. Inoculez-la à un autre malade atteint de chancres infectants ou des symptômes consécutifs de la syphilis, ou même ne présentant aucune manifestation syphilitique actuelle, mais ayant eu autrefois la vérole; et vous n'aurez encore qu'un résultat négatif. Mais si vous aviez l'imprudence d'inoculer ce virus à un sujet vierge de syphilis, au bout de vingt, vingt-cinq, trente, quarante jours, vous verriez se développer sur le point inoculé la papule, puis l'ulcération ou l'érosion du chancre infectant; l'adénopathie spécifique ne tarderait pas à se produire dans les ganglions voisins, et au bout de quarante-cinq, cinquante, soixante jours, la peau et les muqueuses se couvriraient d'une première poussée des accidents consécutifs de la syphilis.

Le chancre infectant est donc inoculable, comme le chancre mou; mais il n'est pas réinoculable, et c'est ce qui explique pourquoi vous ne verrez jamais des chancres infectants se développer successivemeut et à de longs intervalles chez le même individu, ainsi que cela arrive pour le chancroïde. Certes, le chancre syphilitique est loin d'être solitaire, comme on l'a prétendu j'en ai observé jusqu'à dix ou douze chez le même individu. Mais ces chancres avaient poussé en même temps ou à peu près, et quelquefois à de très-grandes distances les uns des autres, ce qui écartait toute idée d'auto-inoculation.

Je ne vous parlerai pas plus longtemps aujourd'hui des chancres syphilitiques. C'est un sujet sur lequel j'aurai l'occasion de revenir si souvent, que je me borne à vous en tracer pour le moment une exquisse rapide, sans m'occuper de ses formes, de ses variétés et de ses complications.

IX.

Le chancre infectant est fatalement suivi des accidents qui constituent la syphilis.

La pénétration et la diffusion du principe virulent syphilitique dans toute l'économie crée une maladie essentiellement générale et qui peut affecter toutes les parties de l'organisme. Il en résulte des troubles fonctionnels et des lésions. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que les lésions qui surviennent dans les premières phases de la maladie sont contagieuses et inoculables, comme l'accident primitif lui-même.

Elles peuvent donner lieu, chez les sujets vierges de syphilis, à un chancre induré qui engendre la maladie constitutionnelle tout aussi bien que s'il provenait d'un autre chancre infectant. Le sang des syphilitiques est, lui aussi, pendant cette première période, contagieux et inoculable.

Ne vous étonnez donc pas de l'ubiquité du chancre syphilitique. Tandis que le chancre mou reste confiné, la plupart du temps, dans la région des parties génitales, le chancre syphilitique se rencontre partout, à la bouche surtout et au mamelon, parce que ces régions viennent immédiatement après les parties génitales, dans la fréquence des rapports intimes qui sont les plus aptes à favoriser la contagion.

Mais la syphilis n'est pas virulente à toutes ses périodes. A mesure qu'elle vieillit, ses manifestations cessent d'être contagieuses. Par contre, il semble qu'elle s'enracine plus profondément dans l'organisme. Aussi est-ce pendant ses phases avancées qu'elle mérite surtout d'être appelée constitutionnelle. Elle l'est au même titre que la scrofule, l'arthritis ou la dartre.

Je m'arrête, messieurs, au seuil de cette maladie redoutable. Plus tard, nous étudierons ensemble ses accidents, ses formes, son évolution, ses anomalies, son traitement. Vous verrez que quoiqu'elle ait été depuis longtemps le sujet des investigations les plus approfondies, bien des points de son histoire restent encore obscurs. Aussi suis-je tenté de dire avec un de nos maîtres regretté, le professeur Follin : « La syphilis semble toujours devoir être, comme l'homme qu'elle atteint, une grande et permanente énigme. »

DES MANIFESTATIONS RHUMATOIDES DE LA DYSENTÉRIE (1)

Par M. le docteur QUINQUAND.

Les observations que nous publions ont été prises à l'hôpital Saint-Antoine; l'observation deuxième a été recueillie, en 1868, dans le service de M. le docteur Laboulbène; l'observation première, en 1869, dans le service de M. le docteur Lorain; la quatrième, en 1869, dans le service de M. le docteur Mesnet; la troisième nous a été communiquée par M. Lorain et provient d'un malade observé en ville.

OBS. Ire. — *Dysentérie pendant neuf mois. — Guérison. — Quatre à cinq jours après, phénomènes articulaires et fixation sur le genou gauche. Hydarthrose. — Guérison en soixante jours.*

Le nommé A..., domestique, quarante ans, entre à l'hôpital Saint Antoine le 24 juillet 1869.

Ce malade raconte que, pendant neuf mois, à Oran, il a eu une dysentérie (2); pas d'antécédents de rhumatisme, ni de scrofule; pas de syphilis avancée, pas de tuberculose.

---

(1) Suite. — Voir les numéros du 7 et 14-16 mai 1874.

(2) Il avait des selles fréquentes, rouges; restait des heures sur le vase. — Douleurs lombaires.

De retour en France, celle-ci a totalement disparu ; il y a cinquante jours qu'il en est complétement délivré. Quatre à cinq jours après la cessation de sa dysentérie, il a éprouvé des frissons avec sueurs, soif vive, nausées. Il a eu successivement des douleurs dans les coudes, dans le genou droit et dans l'articulation tibio-tarsienne gauche, mais sans gonflement apparent. Tout cela dure sept jours. Après est survenu un gonflement extrême du genou gauche, spontanément et en dernier lieu. En même temps il avait des douleurs musculaires dans les deux mollets, des douleurs dans les articulations métacarpo-phalangienne de la main droite ; il avait en même temps un peu de sueur.

Pouls = 72. — 38° température rectale.

Le 29 juillet. Pouls = 64. Température rectale = 37°7. Pendant la nuit, de temps à autre, il a des sueurs.

Le genou gauche diminue peu à peu de volume, et le malade sort au bout d'une quinzaine, marchant très-bien, et complétement guéri. A l'auscultation, on n'a jamais rien entendu au cœur.

Obs. II. — *Dysentérie sporadique de six semaines. — Guérison. — Cinq à six jours après, développement de phénomènes fébriles légers. — Quatre jours après, arthrite sterno-claviculaire. — Au bout de neuf jours, les frissonnements étaient légers ; la malade va au Vésinet conservant encore de la tuméfaction peu douloureuse de l'articulation sterno-claviculaire.*

Cette jeune femme, entrée dans le service de M. Laboulbène, au numéro 11, salle Sainte-Thérèse, a été réglée à vingt ans ; elle est chloro-anémique ; elle a de la gastralgie, de la névralgie intercostale ; pas d'antécédents scrofuleux, ni goutteux, ni syphilitique, ni tuberculeux, pas de vaginite ; elle aurait vomi le sang, elle est mal réglée ; n'a jamais eu de rhumatisme. — Gourme dans son enfance.

Elle avait déjà une dysentérie chez elle, depuis vingt-trois jours, quand elle est entrée à l'hôpital (1).

Elle y était depuis trois semaines, et guérie de sa dysentérie depuis cinq à six jours, quand elle fut prise de malaise avec frissonnements. Elle a de la rachialgie ; le pouls à 88 le soir ; on pense à la variole. Souffle anémique très-léger au premier temps et a la base.

Le 14 janvier, quinze à seize heures après le début, Pouls = 96 ; température rectale = 38° 2, léger frisson. Elle se plaint d'une douleur au cou ; en la découvrant, nous apercevons, au niveau de l'articulation sterno-claviculaire, une tuméfaction grosse comme une pomme d'api, offrant une rougeur diffuse et très-douloureuse à la pression. Cette malade n'était pas sortie de la salle.

Jusqu'au 20 janvier, elle continue à ressentir du malaise, avec frissonnement de temps à autre ; pas de sueurs ; la tumeur diminue lentement ; les mouvements de l'épaule sont douloureux.

Elle va au Vésinet, le 23 janvier, sans que son arthrite sterno-claviculaire ait complétement disparu.

Obs. III. — Due à M. le docteur Lorain. — *Dysentérie. — Douze jours après le début, rhumatisme généralisé avec hydarthrose ; le malade ne guérit qu'au bout de deux mois.*

En 1859, j'ai observé le fait suivant :

Un hommes de cinquante ans, garçon de recettes, fut atteint d'une dysentérie violente pendant l'été ; il avait des garde-robes répétées (vingt à trente dans une journée) tout à fait caractéristiques, noires, glaireuses, sanguinolentes, avec ténesme, épreintes, coliques, et un état fébrile, peu élevé, du reste.

Quatre ou cinq jours après le début des accidents, cet homme, n'ayant cessé de garder le lit, se plaignit d'éprouver de la douleur en urinant ; il prétend même avoir reconnu un très-léger écoulement par l'urèthre ; je ne pus constater le fait.

Cet homme déclarait n'avoir eu la blennorrhagie qu'une fois en sa vie, quinze ans auparavant, alors qu'il tenait garnison, comme militaire, en Algérie.

Du reste, l'accident survenu pendant le cours de la dysentérie ne persista pas au-delà de deux jours.

(1) Elle avait eu des selles sanguinolentes, muqueuses, avec ténesme : ces mêmes phénomènes existaient à son entrée à l'hôpital.

Dans la convalescence de cette dysentérie, vers le douzième jour de la maladie, qui avait eu la forme bénigne qu'elle affecte généralement dans notre pays, survint du rhumatisme articulaire, assez généralisé et fort peu aigu, caractérisé par de l'hydarthrose des deux genoux, par du gonflement des poignets, des mains, mais une fièvre modérée ; c'est une forme subaiguë d'emblée.

Ce rhumatisme persiste pendant plus de deux mois ; le cœur ne fut pas atteint, et le malade guérit.

Obs. IV. — Il s'agit d'une jeune fille âgée de dix-sept ans. Pas d'antécédents tuberculeux, ni goutteux, ni scrofuleux, ni rhumatismaux, ni syphilitiques ; était entrée à Sainte-Cécile pour une autre affection, n'avait jamais eu de rhumatismes ; après deux jours de dysentérie, fut prise de douleurs articulaires vives dans les genoux, les coudes et les articulations tibio-tarsiennes en peu d'heures ; pas de gonflement marqué, excepté vers l'articulation tibio-tarsienne droite, où il y a de la tuméfaction, avec une rougeur diffuse et de la douleur à la pression. P = 124, la température vag. 39° 4, sueurs assez abondantes. La dysentérie continue, bien qu'atténuée dans les symptômes. Voilà donc une femme qui est prise, dans le cours d'une dysentérie, d'arthrites multiples avec gonflement, rougeur diffuse d'une d'entre elles, avec des sueurs, un pouls à 124, une température au-dessus de la normale ; nous croyons pouvoir en conclure qu'il s'agit bien là d'un rhumatisme articulaire subaigu.

En résumé, dans toutes ces observations, on ne trouve, pour expliquer ces arthrites multiples, qu'une dysentérie antérieure. Chez ces malades, pas d'antécédents de rhumatisme, ni par leurs parents, ni par eux-mêmes. Toutefois, peut-être pourrait-on faire jouer un certain rôle au léger écoulement qui survint chez le malade de M. Lorain ; mais cet état de l'urèthre fut si passager (il ne dura que deux jours) et si léger que l'on ne peut supposer qu'il eût modifié l'organisme au point d'engendrer ces lésions articulaires marquées. Il est donc beaucoup plus rationnel de les rapporter à sa dysentérie, d'autant plus que, dans les autres observations, l'influence dysentérique ne nous paraît pas contestable.

Voyons maintenant quel est le tableau général des symptômes de cette manifestation arthritique. Pour cette étude, nous consulterons nos devanciers et, en particulier, les excellentes observations de M. le docteur Huette.

Symptomatologie. — M. Huette n'a pas observé les symptômes arthritiques avant le deuxième septénaire ; dans l'observation IV, deux jours seulement après le début d'une dysentérie assez violente, on vit survenir les douleurs des jointures, mais la dysentérie, bien qu'atténuée, continua.

Deux fois (obs. VIII et X de son mémoire) M. Huette a vu la dysentérie disparaître tout à coup, en même temps qu'apparaissaient les manifestations du côté des jointures.

Ce sont ces faits, qui avaient frappé Zimmermann, Stole et Lepecq de la Clôture, et ont servi de base à la théorie de la métastase.

Quelquefois les matières fécales sont modifiées (obs. Floron), de sanguinolentes elles deviennent jaunâtres.

Dans certains cas, la dysentérie se modifie et s'atténue. (Obs. IV).

La manifestation articulaire apparaît surtout pendant la convalescence ; dans les observations I et II, seize jours après la cessation ; dans l'observation III, vers le douzième jour de la maladie.

Dans les observations de M. Huette, on la voit apparaître à toutes les époques. Dans l'observatien VII de son mémoire, la malade était complétement guérie quand apparurent les symptômes articulaires.

Le début est variable : c'est la partie de son histoire qui est

la moins connue ; en effet, les malades racontent mal et inexactement ce qu'ils ont ressenti ; ce n'est donc qu'à l'hôpital, où l'on voit le malade deux fois par jour, qu'on peut constater quelle est l'évolution de la lésion des jointures.

L'appareil fébricitant est celui d'une maladie aiguë légère. Le malade éprouve des frissonnements plutôt qu'un véritable frisson. Il a du malaise, des douleurs vagues, des myosalgies et, lorsqu'elles se localisent à la région lombaire, on peut se croire en présence d'une variole commençante. Elles occupent les lombes, les deux mollets ; la soif est vive ; il y a des nausées, ordinairement sans vomissements. Le pouls est à 80, à 90, et la température rectale s'élève à 38° et 39°.

Puis se développent les phénomènes articulaires : c'est alors que la température tombe, bien que le malaise et les frissonnements persistent.

Tantôt la manifestation arthritique est unique, une seule articulation est prise ; dans l'observation deuxième, l'articulation sterno-claviculaire seule a été prise quinze à seize heures après le début de la fièvre.

D'autres fois, un certain nombre d'articulations intéressent en même temps les coudes, les genoux, les articulations tibio-tarsiennes ; puis la localisation s'accuse aux dépens d'une grosse articulation, qui reste malade pendant plus ou moins longtemps, alors que les autres jointures reviennent à l'état normal (obs. Ire).

Dans cette dernière observation, cette localisation ne s'est faite qu'au bout de sept jours.

Dans toutes nos observations, la maladie a débuté d'abord par les grosses jointures. En analysant les observations de M. Huette, nous trouvons que les poignets, les cous-de-pied, les épaules ont été pris le plus souvent.

De là les lésions se répandent sur toutes les jointures, successivement, à la manière des arthrites rhumatismales ; quelquefois il se fait des sortes de poussées ; ainsi M. Huette note quinze jours entre chaque apparition arthritique sur un même sujet. Dans nos observations, les lésions se sont étendues à droite et à gauche, sans offrir d'abord de localisations à droite, puis à gauche. M. Huette a trouvé que, trois fois, le côté droit fut affecté seul ; sept fois les deux côtés simultanément ; trois fois ces lésions se sont fixées sur les deux genoux, six fois sur le genou droit.

Dans notre observation première, nous trouvons une fixation sur le genou gauche.

En même temps que ces lésions, on peut voir apparaître des douleurs rhumatoïdes dans d'autres points ; nous les avons signalées au début ; mais elles peuvent exister pendant le cours des arthrites.

Établissons maintenant les caractères de ces arthrites :

Ce qui d'abord appelle l'attention du malade sur les articulations, ce sont les douleurs. Nous avons déjà vu à quel moment elles apparaissaient. D'abord peu vives, elles ne tardent pas à augmenter d'intensité et à offrir ce caractère douloureux spécial, sans élancement, mais continu, sourd, qui est des plus désagréables ; il n'y a pas d'abord de changement de couleur à la peau, pas de gonflement des jointures.

Quelquefois la douleur est vive au début, et la tuméfaction apparaît assez rapidement.

Le plus souvent, la pression fait augmenter la douleur ; cependant il existe des cas où la sensation douloureuse est diminuée par la pression.

Le gonflement est très-manifeste ; souvent il existe de l'hydarthrose, des mêmes caractères (obs. III, IV, II), de manière à faire croire à un rhumatisme.

Tantôt les articulations prises ne sont le siége d'aucune tuméfaction appréciable ; mais si la lésion se fixe, la dernière articulation présente de l'hydarthrose et est le siége de phénomènes inflammatoires beaucoup plus accusés que ceux des premières qui ont été atteintes.

Tantôt il existe à la fin un peu de rougeur, d'autrefois la rougeur est légère et diffuse (obs. II, III et IV.)

Terminaison. — Le plus souvent, il se fait une résolution complète ; cependant il faut dire que cette manifestation est essentiellement subaiguë, qu'elle a de grandes analogies avec une forme de rhumatisme spontanée ordinaire ; ainsi, nous trouvons dans l'observation de M. Huette que le malade resta quatre mois à l'hôpital ; d'autres fois les malades peuvent marcher au bout de trois semaines, un mois ; mais les douleurs articulaires persistent quelquefois pendant longtemps.

Cependant, dans notre observation première, le malade marcha au bout de vingt jours et put sortir guéri.

Chez le malade de M. Lorain, ces lésions persistèrent pendant plus de deux mois.

Pour M. Huette, la durée moyenne a été de six semaines. Les *minima* de durée ont été de quinze jours, et les *maxima* de quatre mois environ.

Mais il existe des faits bien avérés où cette arthrite a été suppurée (Zimmermann, Lepecq de la Clôture).

Dans ces cas, la mort aurait pu être le résultat de ces arthrites (Zimmermann, Lepecq de la Clôture) ; toutefois il ne faut accepter ces faits qu'avec la plus grande réserve. L'observation de M. Thomas (de Tours) semblerait justifier cette assertion ; mais il y avait une variole qui compliquait la manifestation.

Toutefois c'est là une exception qui est loin d'être fréquente.

Pronostic. — Pour Zimmermann et Lepecq de la Clôture, ce serait une complication grave ; ils la redoutent beaucoup, comme pouvant être mortelle ; cependant les observations de M. Huette et les nôtres infirment cette opinion, beaucoup trop absolue.

Certes, il y a là une certaine gravité, puisque ces lésions articulaires sont lentes à disparaître ; mais il n'y a pas, en général, ni danger de mort, ni même danger d'être perclus.

La gravité de la dysentérie n'est point du tout liée au grand nombre ou à la gravité des arthrites ; la dysentérie d'une moyenne intensité peut engendrer une dissémination des lésions. (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 juillet 1874. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction adresse une ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. Giraud-Teulon comme membre titulaire.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1873 dans les départements de Saône-et-Loire, Loir-et-Cher, Ille-et-Vilaine. (Commission des épidémies.)

2° Les rapports de M. Collin sur le service des eaux minérales de Saint-Honoré, et de M. le docteur Chabannes, sur les eaux minérales de Vals, pendant l'année 1873. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend deux lettres, de MM. Empis et Parrot, qui posent leur candidature à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

PRÉSENTATION

M. WURTZ offre en hommage, au nom de M. Édouard Grimaud, professeur agrégé de la Faculté, un volume intitulé *Chimie organique élémentaire.*

M. LARREY présente, de la part de M. le docteur Gaillard, de Genève une brochure sur *l'ignipuncture.*

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. BROCA présente, de la part de M. Léopold Noel, un appareil sur la transfusion du sang, dont ce médecin s'est servi avec succès, il y a sept ans, et qui permet, à l'aide d'un petit mécanisme très-ingénieux, de calculer la quantité de sang introduite dans les veines du sujet soumis à l'opération. Le tube qui reçoit le sang s'enroule autour d'une roue, mise en mouvement par une manivelle, et passe sous un rouleau, qui pousse dans les veines du sujet 3 centimètres cubes de sang par chaque tour de roue.

M. COLLIN conteste l'utilité de cette graduation de la quantité de sang introduite dans l'organisme pendant la transfusion. Il dit que, d'ailleurs, on pourrait toujours s'en rendre compte à l'aide d'une balance sur laquelle on mettrait celui qui fournirait le sang.

M. BROCA déclare que cette graduation a une très-réelle importance au point de vue de la sécurité.

M. BÉHIER ajoute qu'il serait difficile d'exécuter une pesée dans une salle de malades.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant. La commission propose : en première ligne, M. Baudrimont; en deuxième ligne, M. Planchon; en troisième ligne, M. Roux.

Le nombre des votants étant de 53, dont la majorité est 27 :

M. Baudrimont obtient 43 suffrages.
M. Planchon — 7 —
M. Roux — 3 —

En conséquence, M. Baudrimont, qui a obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant.

DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

M. PIORRY propose de désigner le choléra par le mot *indiose*, dans lequel la finale *iose* est une caractéristique générale de tous les poisons, tandis que la première syllabe *ind* désigne le lieu d'origine; on pourrait nommer ainsi la peste *niliose*, parce qu'elle vient aux bords du Nil; la fièvre jaune *dysiose*, de *dysis* occident, parce que c'est une maladie occidentale; la fièvre intermittente *éliose*, d'*élos*, marais, etc.

Sur le mot *indiose* on construirait les mots *indiosémie*, pour désigner l'altération du sang; *indiosigastrie* et *indiosenterie*, pour désigner les lésions stomacales et intestinales. Enfin on nommerait la diarrhée séreuse du choléra *hydrenterrhée indiosique*, et le défaut du sérum qui en résulte, *anhydrémie indiosique*, etc.

Ceci posé, M. Piorry passe aux questions de thérapeutique.

1° L'*indiose*, inconnue dans sa nature, ne peut être en elle-même jusqu'ici combattue que par des précautions d'hygiène et de police médicale.

2° *L'indioshémie* ne peut être attaquée non plus directement.

3° Entre *l'indiosigastrie* et *indiosenterie*, on fera bien de faciliter l'évacuation du poison par les émétiques, les purgatifs, l'administration de l'eau à haute dose, les injections aqueuses et les douches rectales, peut-être même le cathétérisme de l'estomac, en même temps on cherchera à calmer les douleurs et les crampes par des bains et par des antispasmodiques.

4° *L'hydrenterorrhée indiosique* exige l'emploi des bains chauds, de frictions sur la peau avec des corps mous, dont la température soit tiède, peut-être de vésicatoires, et en outre, mais avec modération, des astringents, de l'alcool à petites doses.

5° *L'anhydrémie indiosique* peut motiver l'injection dans les veines d'eau distillée, tenant de l'albumine en dissolution, ou de sérum sanguin; on pourrait ainsi porter, au moyen du cathétérisme, dans l'estomac et le rectum, des liquides aqueux et inoffensifs; enfin il serait peut-être bon d'en injecter dans le tissu cellulaire.

6° On combattra *l'athermie indiosique* par tous les moyens propres à réchauffer le corps.

Tel doit être le traitement du choléra, d'après les doctrines organopathiques.

LECTURE

M. PIÉTRA SANTA lit un travail sur *les Stations d'hiver et les Climats du midi de la France, comparées à ceux de l'Italie.* Voici les conclusions de ce travail :

« 1° La France a l'immense avantage de réunir toutes les variétés des climats tempérés de l'Europe, dont les types (insulaires, littoraux, continentaux) existent dans les pays voisins (Angleterre, Italie, Allemagne).

« C'est là la cause la plus réelle de sa richesse, c'est le secret de sa puissance.

« 2° Au point de vue thérapeutique, c'est-à-dire de l'influence médicatrice des climats du Midi sur les maladies nerveuses et sur les affections chroniques des voies respiratoires, notre pays possède toutes les nuances désirables de conditions climatoriales ; zone marine ou du littoral : Ajaccio, Alger, Cannes, Nice, Menton ; zone des collines : Hyères, Costebelle, Cannes, Pau, Orthez ; zone mixte ou intermédiale : Amélie-les-Bains, Arcachon.

« 3° Dans aucune circonstance, et sous aucun prétexte, la France ne doit redouter la concurrence étrangère des stations d'hiver de l'Italie. »

La séance est levée à quatre heures et demie.

VARIÉTÉS

Les Facultés de médecine en France (1).

Mouvement de la population scolaire. — Nous rentrons sur un terrain plus sûr, en examinant l'état des six écoles dont nous nous occupons au point de vue de leur prospérité actuelle, c'est-à-dire du nombre d'étudiants auxquels elles donnent une instruction préparatoire ou complète.

Le tableau I, placé à la fin de ce rapport, montre en quel nombre et pour quelle fin se sont inscrits les étudiants aux diverses écoles pendant les six dernières années scolaires. Les résultats inscrits à ces tableaux sont bien plus faciles à suivre et à analyser quand on les exprime sous cette forme graphique qui joue aujourd'hui un si grand rôle dans les exposés scientifiques, et c'est ce qui nous a déterminés à l'adopter.

Le graphique I traduit aux yeux les variations des chiffres du total des inscriptions prises pendant chaque année scolaire dans chacune des six écoles. Les nombres sont inscrits sur la ligne verticale, les années scolaires sur la ligne horizontale.

Le nombre des étudiants peut se déduire approximativement de celui des inscriptions, en divisant par 4 ce dernier, puisque la grande majorité des étudiants prennent chacun 4 inscriptions. C'est ce que donnent les chiffres inscrits dans la colonne de gauche du graphique. Ce mode de supputation est soumis à un certain nombre de causes d'erreurs; mais comme ces causes sont générales et embrassent à la fois toutes les années et toutes les écoles, le mouvement de la population scolaire n'en est pas moins exprimé, pour la comparaison qu'il nous importe ici d'établir, soit par les chiffres du tableau I, 5°, soit par le graphique I.

Certaines personnes, considérant que le chiffre des inscriptions prises au mois de novembre exprime plus exactement le nombre

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 4, 7, 9 et 14 juillet.

des étudiants qui suivent les cours de l'école, on a porté au tableau K ces chiffres pour les huit dernières années, avec décomposition des diverses espèces d'inscriptions. Mais il faut dire que les événements des années 1870 et 1871 modifient singulièrement l'exactitude qu'on parait attribuer à ce mode de supputation.

Quoi qu'il en soit, et revenant à notre graphique I, nous voyons du premier coup d'œil que toutes les écoles secondaires sont en progrès manifeste depuis les dernières années. Mais ce progrès, inégal pour chacune d'elles, a fait passer au premier rang Bordeaux, qui l'emporte, même cette année sur Lyon; puis viennent Toulouse et Marseille, puis Lille et Nantes, fort loin par derrière.

Que si, au lieu de nous contenter de cet examen général du total de toutes les inscriptions, nous isolons, pour en construire un graphique spécial (graphique II) les inscriptions des étudiants en doctorat (tableau I, 1°) nous arrivons à un résultat un peu différent du premier.

Nous voyons, en effet, que pour les inscriptions de doctorat, celles qui indiquent une véritable valeur scientifique, et qui peuvent tout particulièrement permettre d'apprécier le niveau intellectuel et l'avenir d'une école au point de vue de sa transformation en faculté, l'école de Lyon a toujours laissé et laisse assez loin derrière elle celles de Bordeaux et de Toulouse; puis, notablement plus bas, viennent celles de Marseille, de Nantes et de Lille.

Un graphique représentant le mouvement de la population des officiers de santé (graphique III), ramène Bordeaux en tête au moins depuis deux ans, car il était auparavant inférieur à Marseille et Toulouse, qui le suivent aujourd'hui; bien après se place l'école de Lille, où l'on remarque une décroissance rapide et très-satisfaisante; enfin celles de Nantes et de Lyon.

Sans doute, il ne faudrait pas attacher une importance absolue à cette distribution, car au bout de deux ans un certain nombre d'inscriptions d'officiers de santé peuvent, leur porteur ayant obtenu ses diplômes de bachelier, être transformées en inscriptions de doctorat. Mais c'est toujours là l'exception et une exception qui doit être de même valeur dans toutes les écoles.

La considération attentive des tableaux (I et K, 3° et 4°) relatifs aux pharmaciens de 1re et de 2e classe montrerait des faits du même ordre; elle place encore en tête des écoles qui concourent au recrutement des pharmaciens vraiment instruits, Lyon, Bordeaux, puis Toulouse, qui est en décroissance; tandis que les pharmaciens de 2e classe font leurs études surtout à Bordeaux, puis Marseille, puis Lyon.

Ainsi, pour les étudiants en doctorat, comme pour les futurs pharmaciens de 1re classe, Lyon tient la tête, en second lieu, Bordeaux, en troisième, Toulouse. Mais si l'on fait entrer en ligne de compte les praticiens de second ordre, Bordeaux reprend le premier rang. Lyon ne préparant que très-peu d'officiers de santé.

L'inspection du tableau L, qui indique les quantités de brevets d'officiers de santé et de pharmaciens de 2e classe décernées depuis 1866 par les diverses écoles, fournit des résultats en concordance avec ceux qui précèdent. La petite, mais excellente école de Nantes, n'a fait en moyenne que 1,9 officiers de santé par an; la populeuse école de Lyon n'en a fait que 2,1, tandis que Marseille en a fait 7 en moyenne, et 11 en 1872, Lille 10,3 en moyenne, et 14 en 1872.

Une phrase peu élégante, triviale même, mais fort claire, peu servir à résumer ces faits : Lyon possède la qualité et aussi la quantité; Bordeaux la quantité et aussi la qualité; Toulouse venant ensuite sous l'un et l'autre rapport, puis Marseille, tandis que l'école de Nantes, si elle n'a point la quantité, possède une qualité relative supérieure à celle de Marseille et même de Toulouse; Lille vient à l'avant-dernier rang pour la quantité et au dernier pour la qualité.

En d'autres termes encore, si l'on compare les totaux des tableaux I, relatifs aux inscriptions du doctorat (1°), avec ceux relatifs aux inscriptions d'officiers (2°), on trouve que, depuis 1866, il y a eu à Lyon 1 apprenti officier de santé pour 8,5 étudiants en doctorat; à Bordeaux, 1 pour 2,6; à Nantes, 1 pour 2,6; à Toulouse, 1 pour 2,3; à Marseille, 1 pour 1; à Lille, 1 pour 0,9.

Offres des villes. — Reste enfin une dernière considération, L'installation de facultés nouvelles exigera des sommes considérables pour frais de premier établissement; leur fonctionnement entraînera à des dépenses qui pourraient dépasser les recettes et forcer leur budget à se solder en déficit.

Les villes qui demandent ces facultés ont compris qu'elles ne pouvaient laisser à la charge de l'État, surtout dans la situation financière où nous nous trouvons, ces dépenses immédiates et ces risques annuels. Elles ont conscience des avantages immenses que leur apporteraient non-seulement au point de vue intellectuel, mais sous le simple rapport matériel, ces créations qui devraient attirer et fixer chez elles toute une population d'étudiants, de professeurs et de familles leur faisant cortége. Aussi ont-elles offert, plus ou moins nettement, plus ou moins complétement, d'exonérer l'État des charges dont, en théorie absolue, il devrait supporter tout le poids.

Nous devons ici donner un résumé de ces propositions; elles sont un élément intéressant de la question. Non qu'elles puissent la résoudre à elles seules, et faire pencher sans conteste la balance en faveur du plus offrant : une faculté de médecine ne saurait être, en quelque sorte, accordée aux enchères; elle n'est point un établissement industriel, et la dignité de la garantie de l'État ne serait pas sauvegardée par le fait qu'il ne perdrait pas d'argent. Il y a plus, si l'intérêt général commandait impérieusement et nettement de placer en telle ville déterminée une faculté de l'État, il faudrait prendre ce parti, dût-on n'obtenir aucun appui de la ville désignée. Mais, en somme, ces offres des villes constituent un élément que nous ne saurions négliger complétement.

Les dépenses, comme nous venons de le rappeler, sont de deux ordres : les unes seront destinées à faire face immédiatement aux constructions, acquisition des terrains, achat des livres, des instruments, du mobilier scientifique nécessaire pour l'installation des établissements nouveaux; les autres, que viendront couvrir en partie, sinon en totalité, les recettes apportées par les étudiants, sont annuelles et comprennent les traitements des fonctionnaires, les frais de cours, l'entretien des laboratoires et des collections.

Les premières devraient être très-considérables à Lyon, à Toulouse, à Marseille, à Lille, dont les écoles ne pourraient être utilisées pour facultés, par simple voie d'agrandissement sur place; elles seraient beaucoup moindres à Bordeaux et à Nantes.

Quant aux secondes, elles doivent partout s'élever à un chiffre très-fort, et il est bon de rappeler ici quel nombre d'étudiants devrait réunir la faculté pour n'avoir pas besoin de secours venus du dehors.

Une faculté mixte de médecine et pharmacie, étant organisée à peu près sur le pied de celle de Nancy, devra comprendre au moins dix-huit professeurs, pour le moment présent. Le traitement (fixe et éventuel) de ces professeurs étant de 6,800 francs, on trouve de ce chef, en y ajoutant le préciput du doyen, une dépense annuelle de 125,000 francs environ.

Le traitement des agrégés, des préparateurs, des garçons et du personnel administratif ne saurait être estimé à moins de 40,000 francs.

Enfin il faut bien compter 20,000 francs pour les frais des laboratoires, de la bibliothèque, des collections et des menues dépenses intérieures.

Soit une dépense totale d'environ 185,000 francs. C'est à peu près là le montant des dépenses annuelles de la faculté de Montpellier : en 1847, 188,000 francs; en 1855, 196,000 francs; en 1865, 194,000 fr.; en 1872, 214,000 francs; sans compter, bien entendu, l'école supérieure de pharmacie, dont les dépenses sont de 30 à 40,000 francs.

Un calcul facile, mais dont les éléments sont trop compliqués pour que nous les reproduisions ici, montre que pour couvrir cette dépense, si rien n'est changé au nombre actuel et au prix des inscriptions et des examens, il sera nécessaire que la faculté possède de 6 à 700 élèves.

Voilà ce qu'il est important de savoir, et ce que n'ont certes pas eu bien présent à l'esprit toutes les municipalités qui se sont engagées à couvrir les frais d'entretien de leurs facultés de médecine.

Or le tableau D, page 141, peut nous permettre d'apprécier à peu près la population d'élèves que posséderaient, si on les créait toutes à la fois, les six facultés nouvelles. Nous supposerons, supposition que nous savons erronée, mais qu'il faut bien faire, parce que nous n'avons aucun élément qui nous permette d'estimer la valeur de la

donnée contraire, qu'aucun étudiant nouveau n'apparaîtra dans le personnel des facultés; nous supposerons, en outre, que celle-ci attireraient à elles tous les étudiants sans exception qui, de la zone hypothétique que nous leur assignerons, partent aujourd'hui pour aller étudier à Paris, tandis que les étudiants de la faculté de Montpellier ne seraient en rien détournés de leur destination actuelle par les facultés de nouvelle formation.

Nous ajouterons enfin à ce nombre celui des élèves actuellement inscrits à l'école secondaire. Ces prémisses admises, nous trouverions pour nos facultés les chiffres suivants en 1866.

Bordeaux : (départements de la Gironde, de la Charente-Inférieure, de la Charente, de la Dordogne, de la Haute-Vienne, de la Corrèze, du Cantal, du Lot-et-Garonne, des Landes, des Basses-Pyrénées), 680; à ajouter les élèves de l'école de Bordeaux, 110; soit en tout 790.

Lille : (Nord, Pas-de-Calais, Sommes, Ardennes, la moitié de l'Aisne), 372; élèves de l'école de Lille, 72; en tout 444.

Lyon: (Rhône, Aisne, Jura, Doubs, Saône-et-Loire, Nièvre, Allier, Loire, Puy-de-Dôme, Haute-Loire, Ardèche, Isère, Drôme, Hautes-Alpes, Savoie, Haute-Savoie), 588; élèves de l'école de Lyon, 111; en tout 699.

Marseille : (Bouches-du-Rhône, Gard, Hérault, Vaucluse, Basses-Alpes, Var, Alpes-Maritimes, Corse), 225; élèves de l'école de Marseille, 97; en tout 322.

Nantes : (Loire-Inférieure, Vendée, Deux-Sèvres, Vienne, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, Sarthe, Mayenne, Ille-et-Vilaine, Morbihan, Côtes-du-Nord, Finistère), 502; élèves de Nantes, 40; en tout 542.

Toulouse : (Haute-Garonne, Hautes-Pyrénées, Gers, Tarn-et-Garonne, Tarn, Aveyron, Lozère, Aude, Pyrénées-Orientales, Ariége), 484; élèves de l'école, 99; en tout 583.

Ainsi en première ligne, Bordeaux, 798; puis Lyon, 699; Toulouse, 583; Nantes, 542. Lille, 444, et Marseille, 322. On voit que, en acceptant nos hypothèses, qui sont très-favorables, puisqu'elles supposent que tous les élèves de la faculté de Paris s'en iraient aux facultés nouvelles de leur circonscription, Bordeaux et Lyon seuls réuniraient dès à présent un nombre d'élèves suffisants pour entretenir une faculté. Cette conclusion prend encore bien plus de force quand on tient compte d'une observation importante.

Les nombres indiqués comme représentant les étudiants originaires des divers départements comprennent, non-seulement les élèves assidus, mais ceux qui, par une raison quelconque, ont interrompu leurs études depuis un temps qni varie de deux à dix ans. Si nous défalquons complétement ces derniers, ce qui serait du reste une exagération, nous trouvons que les nombres ci-desssus indiqués deviennent : Lyon, 442; Bordeaux, 417; Toulouse, 377; Nantes, 324; Lille, 283; Marseille, 200. Mais en revanche, si nous ajoutons aux élèves de chaque circonscription qui vont actuellement à Paris, le nombre des élèves de l'école correspondant non plus à 1866, mais à 1873, nous trouvons : Bordeaux, 610; Lyon, 590; Toulouse, 471; Nantes, 368; Lille, 311; Marseille, 259.

Passons maintenant en revue les engagements et les offres des villes. *(A suivre.)*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La conférence sanitaire internationale de Vienne a discuté le 4 juillet les points 7, 8, 9 et 10 des questions spéciales. Elle a reconnu à l'unanimité que le choléra était transmissible par les cadavres de cholériques (point 7), de même que par l'air atmosphérique (8). Quant à l'influence de l'aération ou de l'interception de l'air autour de l'agent producteur ou propagateur du choléra, elle a reconnu que cet agent perd promptement son principe iufectant lorsqu'il est exposé à l'air libre, et, en revanche, qu'il le conserve pour un temps illimité dans certaines conditions d'interception de l'air (9). La question de la durée de la période d'incubation du choléra (10) a provoqué de longs débats dont la conclusion a été que cette période dépasse rarement la durée de quelques jours.

— Un docteur en médecine de Paris, pouvant disposer d'un certain capital, désire devenir médecin associé ou adjoint dans une maison de santé de Paris, ou même en devenir acquéreur. S'adresser au bureau du journal.

— Clientèle à céder immédiatement dans Eure-et-Loir : localité située entre deux chemins de fer; rapport annuel : 8,000 francs. — S'adresser au bureau du journal.

Histoire de la vaccination. Recherches historiques et critiques sur les divers moyens de la prophylaxie thérapeutique employés contre la variole, par le docteur MONTEIL, médecin des épidémies. — 1 vol. in-8°. — Prix : 7 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De la nature parasitaire du pityriasis capitis et de l'alopéca consécutive, par le docteur CHINCHOLE. — In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 83. — SAMEDI 18 JUILLET 1874. 47e ANNÉE SAMEDI 18 JUILLET 1874. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des indications thérapeutiques. — Intervention active ou abstention. — Choix et dosage des remèdes.

La médecine est tout entière dans la thérapeutique au point de vue du malade; elle est donc tout entière dans la thérapeutique au point de vue du praticien.

Pour lui, les questions individuelles d'application et de proportions prennent une importance capitale. En effet, pour lui, il ne s'agit pas d'expérimenter tel ou tel remède dans une classe de maladies; il s'agit de guérir : et l'on ne guérit pas quand, même en choisissant les remèdes indiqués, on n'en calcule pas les doses relativement au malade et aux circonstances présentes.

Souvent il faut savoir s'abstenir à propos, ne pas entraver dans sa marche, par une action intempestive, ce qu'on appelait autrefois la *nature médicatrice*, en d'autres termes la tendance au rétablissement de l'équilibre compromis et de l'intégrité organique par le fonctionnement même des facultés normales et physiologiques de l'être vivant.

Attendre l'occasion, la saisir au passage, faire l'utile et rien de plus, ce sont les préoccupations principales et constantes de qui a pour mission la sauvegarde de la vie.

Cela ne veut pas dire que les savants de cabinet, les vivisecteurs, tous ceux qui font, pour le moment, abstraction de l'homme à guérir, ne puissent pas rendre de grands services, et n'en rendent pas en effet.

Par cela même qu'ils n'ont point à résoudre des questions aussi compliquées, ils sont dans de meilleures conditions pour formuler des solutions qui restent sur les problèmes très-réduits qu'ils se sont posés.

Leurs formules sont mesquines et peu compréhensives; mais il est utile d'en tenir compte en les rangeant dans des des conceptions plus étendues. Elles bornent l'horizon à un point qui, parfois, est très-secondaire; mais il est possible de remettre tout à sa place en regardant en dehors d'elles. D'ailleurs on les saisit sans peine, à cause de leur étroitesse même, tandis qu'on risque de se perdre quand on veut saisir tout l'ensemble des vues perceptives ou intuitives qui déterminent, dans un cas donné, le véritable clinicien.

Aussi est-il bon que l'on reprenne terre à terre, pas à pas, un à un, chacun des éléments que celui-ci a dû embrasser d'un regard. La connaissance en devient plus vulgaire, plus aisément communicable au premier venu; en un mot on peut faire passer, plus ou moins complétement, dans le domaine de la science, accessible à tous, ce qui était seulement du domaine de l'art, réservé aux prédestinés.

Les peintures automatiques par représentations graphiques des phénomènes vitaux et de leurs troubles, l'application des sens externes et des méthodes précises, mécaniques ou physiques, de mesurage à leur perception, ce sont là d'immenses progrès pour le diagnostic des maladies, et par suite, leur traitement; mais combien c'est loin d'être tout!

A moins qu'il ne s'agisse d'une de ces lésions incurables par elles-mêmes devant lesquelles le médecin n'a qu'à constater son impuissance et voit aussitôt finir son rôle, la question reste presque entière quand les symptômes apparents sont déterminés et classés.

En effet, il ne s'agit pas de savoir, comme dans un concours, quel nom appliquer à ces symptômes, quelle interprétation probable on peut leur donner en les rangeant dans tel ou tel cadre connu, quel traitement est à la mode contre une affection ainsi dénommée; il faut soulager et guérir s'il est possible: dans tous les cas, il ne faut pas nuire.

Ne jamais nuire! combien c'est chose difficile quand on fait usage de remèdes! Combien peu de nous pourraient affirmer avec certitude n'avoir jamais nui.

On est exposé d'abord, il est vrai, à se tromper sur les symptômes; ceci est bien du ressort de la science pathologique à proprement parler, et l'on a le devoir de s'aider de tous les procédés que fournit cette science.

Mais on est, en outre, exposé à se tromper sur quelque chose de plus fondamental dans une maladie : son génie propre et sa nature intime.

Ici l'on n'a plus de secours à espérer des sciences accessoires, La médecine est abandonnée à elle-même. L'habitude des malades et un certain coup d'œil, une sorte de sens interne, que les cliniciens ont nommé *tact médical*, qui se forme par l'exercice, mais dont le germe doit être inné : telles sont les sources d'instruction qu'on doit appeler à son aide lorsque le cas est difficile.

Toutes ces difficultés, toutes ces inquiétudes, sont inconnues aux vivisecteurs, qui sont eux-mêmes pour ainsi dire toute l'étiologie, car, eux-mêmes, ils préméditent et réalisent les

roubles fonctionnels, les lésions organiques qu'ils veulent examiner.

Il leur est facile de choisir des animaux à peu près comparables pour expérimenter sur eux l'action des substances toxiques à doses diverses, ou la résistance aux divers genres d'opérations.

Mais on ne choisit pas les malades; on les accepte comme ils se présentent; et quelles que soient les inconnues dont le problème se complique, il faut prendre une décision avec aussi peu de retard qu'un général au milieu d'un combat.

Et souvent on n'a pas soi-même engagé la bataille. On arrive au milieu. Les désastres que l'on constate sont-ils le résultat d'un plan mal entendu? On peut le soupçonner. Que faire en cas pareil?

Parfois il suffit de s'abstenir pour que l'économie, écrasée sous le poids de trop puissants remèdes, se dégage, reprenne des forces et se relève.

On voit ainsi des affections, en apparence formidables et que l'on traitait à outrance, disparaître par le seul fait d'une intelligente abstention.

M. le professeur Barth m'a vivement engagé à publier un fait de ce genre dont nous avons été témoins l'année dernière, et qui montre bien la subordination complète du symptôme et de la lésion, par rapport aux conditions étiologiques.

Je compte le donner en détails dans une prochaine revue clinique, le temps me manquant aujourd'hui.

Les médicaments qui réussissent. — Oxyde de zinc contre la diarrhée. — Vin de Champagne contre les vomissements avec ou sans diarrhée concomitante.

J'ai vu fréquemment employer dans le service de M. Damaschino, l'oxyde de zinc contre des diarrhées de tout genre. La formule ordinaire est celle-ci : oxyde de zinc 3 grammes 50, bicarbonate de soude 50 centigrammes : divisés en quatre paquets à prendre dans la journée. Le bicarbonate de soude associé à l'oxyde de zinc a pour but d'empêcher la production d'un sel de zinc soluble avec les acides de l'estomac. Ce moyen est très-efficace. Il réussit même contre la diarrhée symptomatique des tuberculeux. Nous pouvons donc le recommander, à l'égal du sous-nitrate de bismuth administré par cuillerées à bouche selon la méthode de Monneret, et dont l'expérience a démontré depuis longtemps l'efficacité.

— Cette année encore j'ai eu de nombreuses occasions de constater l'utilité puissante du vin de Champagne contre les vomissements et la diarrhée hectique des individus débilités.

Chez une femme notamment qui, clouée dans son lit par des rhumatismes goutteux avec déformation de toutes les jointures, en était venue à vomir tout ce qu'elle prenait, même les boissons, et dont le sacrum et les fesses étaient le siége de profondes escarres, j'ai pu arrêter les vomissements, et en ramenant la nutrition, faire cicatriser les plaies gangréneuses, par l'usage exclusif du vin de Champagne comme boisson, de la viande crue comme aliment. J'ai également fait digérer la viande crue par de jeunes enfants qui vomissaient tout, en leur faisant boire du vin de Champagne.

Bien qu'il n'ait rien d'officinal, c'est donc un agent thérapeutique assez puissant pour n'être pas à dédaigner le cas échéant. On comprend, du reste, qu'il agisse comme tonique franc par son alcool de bonne nature et comme hyposthénisant local par son acide carbonique. Il n'a plus la même efficacité dès qu'il cesse d'être gazeux.

Dr Victor REVILLOUT.

DES MANIFESTATIONS RHUMATOIDES DE LA DYSENTÉRIE (1)

par M. le docteur QUINQUAND.

Étiologie. — Nos observations portent sur deux hommes et deux femmes : l'observation Ire indique quarante ans, l'observation III, cinquante ans; la femme de l'observation IV avait dix-sept ans, et celle de l'observation II, trente ans.

Les observations de M. Huette portent sur un nombre égal d'hommes et de femmes; les âges sont intermédiaires entre treize et cinquante-six ans. Il a trouvé, sur dix observations, deux fois des antécédents rhumatismaux. Dans nos observations, nous n'avons pas noté de rhumatisme antérieur.

Traitement. — Nous serons bref sur ce sujet :

Dans la période aiguë, nous nous sommes servis avec avantage des cataplasmes laudanisés, qui calmaient la douleur, et de la poudre de Dower.

Dans l'observation Ire nous avons eu recours à la teinture d'iode; mais la résolution s'est opérée lentement, malgré cet agent. Concurremment nous avons administré des diurétiques sans avantages marqués. Il est bien évident qu'il faut s'opposer, autant que possible, à l'ankylose; appliquer des révulsifs, parfois même des appareils inamovibles, faire de l'hydrothérapie.

Tel est le traitement pendant la période aiguë des manifestations; mais quand l'arthropathie sera localisée, il faudra placer les membres dans une bonne position, dans la demi-flexion pour les membres supérieurs, dans l'extension pour les membres abdominaux. C'est alors que la maladie passe à l'état chronique, qu'il faut insister sur les révulsifs, qui seront d'autant plus énergiques que la phlegmasie sera plus vive.

Tantôt les vésicatoires, tantôt les pointes de feu. Il faut aussi s'opposer à l'ankylose en brisant en temps utile les adhérences pathologiques de la jointure. Après cette opération, il est utile de se servir des antiphlogistiques : application de sangsues, larges cataplasmes, etc.

S'il survenait de la suppuration et des abcès, il faudrait ouvrir une large issue au pus; le drainage peut aussi rendre de grands services, si surtout on fait, en même temps, des injections antiputrides, et si, en même temps, on immobilise la jointure à l'aide d'un appareil.

Tels sont les caractères cliniques de cette manifestation rhumatoïde. Il nous reste maintenant à examiner quel rang elle doit occuper dans le cadre nosographique.

Il reste un fait bien évident, c'est la coexistence de ces phénomènes avec la dysentérie; c'est dans la période d'état ou vers la fin de la maladie qu'apparaissent les arthrites.

Ainsi, des lésions articulaires surviennent assez souvent chez les dysentériques.

Mais la dysentérie prédispose-t-elle à ces arthrites? Et alors serait-ce une cause au même titre que le froid pour le rhumatisme? ou bien la dysentérie engendre-t-elle des lésions du côté des jointures?

Il ne saurait y avoir ici de prédisposition, à proprement parler; ces altérations offrent toutes un caractère commun, c'est la chronicité, en un mot, ce sont des lésions dysentériques : elles portent l'empreinte de leur cause, qui agit comme efficiente.

Ce qui attire tout d'abord l'attention, c'est cette évolution successive, avec légers phénomènes fébriles, qui pourrait faire croire un instant qu'un rhumatisme articulaire subaigu, à marche lente, se déroule sous nos yeux.

(1) Suite. — Voir les numéros des 7, 14-16 mai et 16 juillet 1874.

Mais, en adoptant même cette opinion, on est frappé des caractères à peu près semblables que présentent ces lésions : elles ont un cachet particulier, je ne dirai point spécifiqne, car on les trouve dans d'autres manifestations, par exemple dans le rhumatisme génital, bien étudié par M. Lorain. Toutefois la dysentérie engendre des arthrites multiples, à marche très-lente; à fixation sur une seule jointure, et de préférence sur les genoux, les cous-de-pied, la sterno-claviculaire. Ainsi donc la dysentérie donnerait naissance à un rhumatisme subaigu secondaire.

En pathologie générale, ce serait un fait exceptionnel, puisque nous verrions là une maladie à localisation bien déterminée, engendrer une diathèse, un rhumatisme articulaire, ce serait la rougeole engendrant la phthisie.

Mais ces faits sont-ils étudiés? et peut-on dire que la rougeole produit la phthisie? Elle y prédispose, je le veux bien; mais elle n'a pas la tuberculose au nombre de ses phénomènes.

D'ailleurs ces manifestations arthropathiques se présentent dans beaucoup d'autres circonstances en pathologie; nous les voyons se produire dans l'infection purulente, dans ce cas peut-on croire à un rhumatisme secondaire? Certes non, et il n'est pas un pathologiste qui, à ma connaissance, ait voulu voir là un rhumatisme à quelque titre que ce soit; même quand on rencontre des lésions du cœur ou de la plèvre, l'inflammation de ces séreuses est mise sur le compte de la maladie générale, de l'infection, et non sous la dépendance d'une maladie *secondaire engendrée* par la diathèse purulente.

Dans ce cas particulier, nous disons que les lésions des articulations dépendent de l'infection purulente, sont un des symptômes de cette maladie, ou des manifestations locales, donnant à la maladie une forme spéciale. L'infection purulente engendre ces lésions; on pourra discuter par quel moyen, comment et pourquoi; mais l'on ne dira jamais que l'infection a donné naissance à un type morbide, à une maladie; mais qu'elle a produit un symptôme. De même pour la dysentérie, nous dirons que ces phénomèmes articulaires sont le résultat d'une influence dysentérique, que c'est cette maladie qui les produit, au même titre que l'infection purulente donne naissance aux lésions purulentes articulaires. Il s'agit donc, dans les deux cas, de symptômes, de manifestations arthritiques sous la dépendance de deux maladies.

L'ulcère simple, le cancer de l'estomac, engendrent l'hématémèse, avec quelques caractères différentiels. La dysentérie, l'infection purulente, engendrent les arthrites multiples, avec quelques caractères particuliers. Nous voyons donc qu'il s'agit là d'un symptôme.

Mais, dira-t-on, on est en présence d'un complication. Oui, certes, je pense bien qu'elle complique la dysentérie; mais on pourrait en dire autant de chaque symptôme d'une maladie; les pustules de la conjonctive bulbaire dans la variole, seraient à ce titre une complication de la variole. Direz-vous que ces phénomènes sont habituels? mais le plus grand nombre de varioleux n'ont pas ces pustules ; d'ailleurs ce serait là une question de nombre, et voilà tout; cela ne dit rien quant à la nature du phénomène observé.

Une manifestation qu'on prévoit, qu'on redoute à chaque instant de la maladie, est-ce bien là une complication?

« Ce mot de complication, ajoute un savant pathologiste, est une fin de non recevoir, un pléonasme, une paraphrase. Il est bien certain que ces lésions multiples *compliquent* la situation du malade ; mais la science n'a rien à démêler avec un tel mot. Ce qu'il faut voir, c'est que ces complications *sont spéciales,* fatales, prévues, propres à cette maladie-ci et non à celle-là, et contenues en puissance dans l'accident initial qui a la valeur d'un fait spécifique (1). »

Les maladies, dit-on, peuvent devenir des causes morbifiques et produire des complications. Mais, puisque la maladie les engendre, c'est une manifestation plus ou moins fréquente suivant des circonstances multiples : et alors complication sera synonyme de symptôme. Voyez maintenant les caractères différentiels des arthrites dysentériques d'avec celles du rhumatisme subaigu, qui les simulent le mieux.

Au premier abord nous voyons que le rhumatisme détermine souvent des lésions des séreuses : c'est une de ses localisations.

La dysentérie avec lésions articulaires ne donne pas lieu à des lésions des séreuses cardiaques ou pleurales.

2° Dans le rhumatisme, il y a une teinte anémique, particulière ; la peau est d'un blanc mat, les sueurs sont abondantes.

Dans les lésions articulaires dysentériques, pas ou peu de teinte anémique; le malade peut maigrir, mais il n'offre pas la physionomie du rhumatisant, les sueurs sont peu abondantes et existent par poussées au moment du début.

3° Les manifestations des jointures dans le rhumatisme ordinaire n'offrent jamais de fixité avec hydarthrose, sur une seule jointure ; excepté dans le rhumatisme blennorrhagique ou dans le rhumatisme génital. (Nous verrons dans un autre travail s'il s'agit là du vrai rhumatisme.)

Les manifestations arthropathiques de la dysentérie se fixent souvent à une seule jointure, soit d'emblée, soit consécutivement.

4° Après une manifestation rhumatismale, les individus sont sujets, prédisposés à avoir de nouvelles localisations.

Dans la dysentérie, ces lésions ne peuvent avoir lieu sans elle ; et ne se produisent pas sous l'influence climatérique.

5° Les manifestations rhumatismales se produisent sous l'influence du froid, de l'humidité.

Les manifestations articulaires de la dysentérie se produisent en dehors de ces circonstances, puisque nous avons vu des malades être pris au lit de ces phénomènes, alors qu'on ne pouvait invoquer aucune cause de ce genre.

Ainsi donc s'il y a des analogies entre ces localisations dysentériques et le rhumatisme, les différences sont plus grandes encore, ce qui caractérise essentiellement le rhumatisme manque complétement ici.

La conclusion est donc qu'il ne s'agit point là d'un vrai rhumatisme.

Cependant nous ne méconnaissons pas qu'il existe certaines analogies avec les manifestations rhumatimales :

Les unes et les autres peuvent apparaître successivement, envahir de la même manière les jointures, rapidement, subitement parfois. Une jointure cesse d'être malade, tout à coup une autre articulation est prise.

S'agirait-il de localisations scrofuleuses, goutteuses, syphilitiques, tuberculeuses ?

Nos observations répondent par la négative ; d'ailleurs ces arthrites n'avaient point la physionomie qui appartient à celles de la scrofule, de la goutte, de la syphilis et de la tuberculose.

Les malades ne présentaient aucun antécédent de ce genre.

Il ne reste pas même la ressource d'un écoulement uréthral ou vaginal pour faire admettre le rhumatisme génital.

En résumé :

1° Il existe bien des arthropathies dysentériques.

---

(1) Lorain. — *Union méd.*, 17 janvier 1867.

2° Au point de vue nosologique, elles doivent être considérées comme des manifestations.

3° En raison de certaines analogies cliniques avec les arthrites rhumatismales, je propose de les désigner sous le nom de manifestations rhumatoïdes de la dysentérie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 mai 1874 (1). — Présidence de M. Perrin.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHLORAL

M. Le Fort. Dans l'avant-dernière séance, j'ai défendu cette opinion que si le chloral pouvait être regardé comme un des médicaments, et peut-être comme le médicament le plus capable de procurer aux tétaniques quelques instants de calme et de sommeil, et même de faire disparaître temporairement les contractions musculaires, on ne pouvait le regarder comme capable de guérir le tétanos, car nous n'avions, jusqu'aujourd'hui, aucun fait venant rompre la triste uniformité de cette règle : le tétanos aigu, de forme grave, est toujours mortel. J'ai montré que trop les cas de guérison qui s'étaient produits, aussi bien entre les mains de M. Verneuil qu'entre les miennes, étaient des cas de tétanos à forme bénigne ou à forme lente, de ces tétanos qu'on voit guérir pendant les toutes médications qui peuvent même guérir sans que rien vienne aider à la guérison, et après m'être demandé si le chloral pouvait avoir la puissance de convertir un tétanos aigu qui ne guérit pas, en un tétanos chronique qui guérit quelquefois, je me suis prononcé pour la négative.

Mon collègue et ami, M. Verneuil, m'a objecté que je faisais une pétition de principe, puisque je qualifiais de tétanos chronique ou de tétanos léger tous ceux qui guérissent, et qu'en raisonnant ainsi, il était facile de soutenir que l'on ne voit jamais guérir de tétanos aigu grave, et facile de prétendre que le chloral ne peut guérir que les tétanos légers ou chroniques. Je crois avoir résumé aussi fidèlement que possible l'objection de M. Verneuil.

Je ne puis nier que l'objection de notre collègue a pour elle toutes les apparences d'une argumention irréfutable, et s'il ne s'agissait que d'opposer des raisonnements à des raisonnements, je passerais immédiatement condamnation. Mais il n'en est pas ainsi. Il ne s'agit que d'examiner, d'étudier les faits, et il me sera, je l'espère, assez facile de prouver qu'il n'y a pas, dans mon argumentation, de pétition de principes. Je ne voudrais pas refaire devant vous l'histoire que vous connaissez si bien du tétanos. Je ne voudrais pas non plus m'étendre sur un sujet discuté longuement dans cette enceinte en 1870; mais il m'est impossible de ne pas rappeler certains faits d'observation.

Cette classification du tétanos traumatique en forme grave ou légère, en tétanos aigu ou chronique, n'est pas arbitraire; les caractères sont bien tranchés dans la plupart des cas; mais il faut avouer que la confusion existe pour ceux qui tiennent le milieu entre les deux formes. Quelle est la physionomie caractéristique du tétanos aigu, du tétanos à forme grave ?

Les accidents se succèdent, s'aggravent avec une assez grande rapidité, le trismus, après avoir duré seul pendant quelques heures, s'accompagne de roideur des muscles du cou. Chaque effort pour ouvrir la bouche amène de la douleur, la déglutition elle-même des liquides introduits dans la bouche est gênée. Des crampes douloureuses dans les membres apparaissent au moindre mouvement qu'essaie le malade. La physionomie profondément atterrée prend le caractère du rire sardonique. Bientôt les muscles de l'abdomen se durcissent par une contracture plus ou moins énergique, le tronc, immobilisé par la roideur des muscles du dos, ne peut plus s'infléchir; des convulsions, des spasmes agitent le corps sous certaines influences, telles que tentatives de mouvement, friction sur la peau. La respiration elle-même s'embarrasse et la mort survient soit au milieu d'une convulsion, soit par suffocation et quelquefois avec une effrayante rapidité. Tout ce tableau se déroule en quelques jours, et la mort, qui termine invariablement la scène, survient en général du deuxième au cinquième ou sixième jour.

Au contraire, que voyons-nous, heureusement le plus souvent ? Un malade dont l'état ne paraît avoir rien de grave accuse, pendant quelques jours, un peu de difficulté à ouvrir la bouche, à tourner et surtout à fléchir la tête; mais il mange, boit, parle et ne paraît pas se douter de son état. Puis les symptômes s'aggravent peu à peu; quelquefois cependant, mais assez rarement, d'une manière brusque. Le tétanos augmente au point d'empêcher l'ouverture de la bouche, les muscles postérieurs du cou, du tronc, ceux même de l'abdomen se prennent, mais le plus ordinairement cinq, six, huit jours se sont déjà passés depuis le début des accidents; de plus, arrivés à cette période, les accidents restent en quelque sorte stationnaires pendant quelques jours, s'aggravant, s'affaiblissant, réapparaissant, s'aggravant de nouveau si la mort doit survenir, s'affaiblissant, au contraire, si la guérison doit avoir lieu.

Sans doute, entre ces deux termes extrêmes, il y a de nombreux intermédiaires, car il n'y a pas plus dans le tétanos, que dans les autres maladies, deux formes caractéristiques sans lien commun : une forme aiguë, une forme chronique, comme il y aurait une forme grave et une forme bénigne. C'est toujours la même maladie, mais avec de nombreuses variétés dans la gravité des symptômes et dans la rapidité de leur succession. Cependant, sans pouvoir dire où s'arrête la forme aiguë, où commence la forme chronique, l'observation clinique nous amène à faire, entre ces divers cas, cette séparation, cette sorte de distinction. Est-ce que j'aurais par hasard inventé cette classification? Loin de là, nous la retrouvons dans tous les auteurs classiques. Aurai-je aussi imaginé de rattacher aux formes aiguës ou chroniques une importance pronostique différente? Pas davantage, ce mérite ne m'appartient pas.

Je pourrais vous rappeler les faits consignés dans l'article de *Husemann*, de Göttingen, inséré dans le *Jahrbücher*, de Smidt, pour 1871, mais, sans sortir de cette enceinte, sans aller chercher mes preuves au dehors de nos discussions, que voyons-nous?

Dans la séance du 9 novembre 1870, M. Boinet, interrogé sur ce point par M. Panas, répond, que les malades qu'il a guéris (malades dont il nous a parlé il y a quelques jours encore) avaient un tétanos à forme chronique.

M. Larrey, dans la séance du 23 mars 1870, dit : Une condition essentielle pour réussir, consiste au passage du tétanos à l'état chronique, *seule forme susceptible de guérison.*

M. Giraldès, parlant de la première observation de M. Verneuil lui répond que, « sans doute il s'agissait ici d'un tétanos *à marche lente, les seuls qui puissent guérir.* »

Ceci vous prouve, messieurs, que non-seulement nos collègues acceptent la distinction entre les deux formes, mais qu'ils attachent à chacune d'elles une importance pronostique différente.

Il y a plus, M. Verneuil lui-même, dans cette observation, nous dit : « *On pense avoir affaire à un tétanos à forme lente, et l'on conserve quelque espoir de guérison.* » Quelle est la signification de cette phrase : « On a affaire à un tétanos à forme lente? » sinon l'aveu explicite qu'il existe une forme lente qu'on peut opposer à une forme aiguë? Et n'a-t-on pas le droit de traduire ces mots : « on conserve quelque espoir de guérison, » par cette phrase : comme j'ai affaire à une forme lente, j'ai l'espoir de guérir ce tétanos, mais si j'avais affaire à une forme rapide, j'aurais peu ou pas d'espoir de guérir mon malade.

Ainsi vous le voyez, M. Verneuil lui-même reconnaît explicitement l'existence d'une forme lente et d'une forme rapide ou aiguë, et ce qui n'est pas moins important, il leur assigne, au point de vue du pronostic, une valeur très-différente.

Mais M. Verneuil m'oppose ceci : Si le chloral n'a pas guéri le tétanos alors qu'il avait sa forme aiguë, le chloral a guéri parce qu'il a transformé le tétanos aigu en tétanos chronique, ce qui revient absolument au même. A cela je pourrais répondre : Si du fait de la guérison, vous vous croyez en droit de donner au chloral cette puissance, il faut aussi l'accorder aux médicaments dont l'administration a été suivie de guérison; il faut donc admettre que le curare, la ni-

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 juillet 1874.

cotine, la fève de Calabar, la belladone, l'opium, l'électricité, le froid, la chaleur, etc., guérissent le tétanos, puisqu'on cite de nombreux cas de guérison pendant l'usage de ces moyens thérapeutiques. Or tous ces moyens, d'abord vantés, ont été successivement abandonnés comme impuissants.

Les cas de guérison cités par MM. Boinet et Verneuil, seraient-ils des exemples de cette transformation? En aucune façon. Dans la discussion de 1870, M. Boinet reconnaît qu'il a eu affaire à des tétanos à forme lente, et M. Verneuil, dans son premier cas de guérison, mentionne le caractère dans le corps et même dans le titre de son observation. Je crois avoir montré, dans l'avant-dernière séance, que ces autres faits sont également des cas de tétanos soit à forme bénigne, soit à forme lente, et cela pendant tout le cours de la maladie et dès son début.

Avant d'examiner le mode d'action du chloral, établissons d'abord deux faits d'observation : 1° le chloral amène le sommeil et la résolution musculaire tant que le malade est soumis à son action; 2° lorsque l'action du chloral cesse, les accidents reparaissent avec leur physionomie première.

Quelle est donc l'action du chloral? pour moi, voici comment je la comprends. Les contractures du tétanos sont sous l'influence de lésions encore mal définies, du côté du système nerveux; elles sont le résultat et la preuve d'une perversion dans le fonctionnement du système. Lorsque, par l'emploi des narcotiques, on arrive à *suspendre* l'action du système nerveux, on comprend que le spasme cesse et que la résolution musculaire survienne. C'est ce que nous voyons arriver avec le chloroforme et le sommeil anesthésique dans les contractures hystériques, dans la coxalgie hystérique et même dans l'éclampsie pendant la narcose chloroformique; mais si la manifestation morbide a été interrompue par le sommeil, par ce fait même qu'on suspendait toute activité du système nerveux portant sur les muscles, on n'a pas porté remède aux lésions matérielles, et lorsque le système nerveux, alors que l'effet du chloral cesse, reprend son activité, il reprend son activité *pervertie* et manifeste sa perversion par la contracture.

Aussi que voyons-nous par l'action du chloral, avec lequel on fait, dit-on, de la médecine de symptômes? Nous voyons les accidents reparaître aussitôt que l'action du médicament a cessé, et ces accidents conservent dans leur gravité, dans leur succession, le type qu'ils avaient avant l'ingestion du chloral. C'est ce que j'ai pu observer sur mon malade qui a guéri et auquel j'ai donné non plus seulement 2, 4, 6 grammes, mais 30 grammes de chloral. Malgré l'importance des doses, lorsque le réveil avait lieu, les accidents reparaissaient, pour céder de nouveau pendant un nouveau sommeil.

Au début, pendant la période d'augment, lorsque par la cessation du sommeil les accidents se reproduisent, ils sont aggravés, malgré le succès apparent et momentané du chloral; à la fin, lorsque la maladie marche vers la guérison, les symptômes à chaque réapparition vont en diminuant de gravité quelquefois avec ces alternatives de mieux et de plus mal, qu'on retrouve dans la forme chronique.

Ce que j'ai observé chez mon malade, on le retrouve chez le premier malade de M. Verneuil.

Le 1er février on donne 5 grammes de chloral, le malade dort, la résolution est complète. Le soir on réveille un instant le malade, aussitôt apparaît de l'opistonos qui cède à une nouvelle dose de 2 grammes.

Le 2 l'effet du chloral a cessé, les spasmes apparaissent, la roideur de la nuque est plus grande. On continue le chloral jusqu'au 5. Le 6 on laisse le malade se réveiller, *la contracture est plus forte*, le trismus *plus marqué;* c'est qu'en effet nous sommes encore dans la période d'augment. On redonne 8 grammes de chloral, on obtient encore la résolution. Treize jours après, le 19, on arrête le médicament : rechute; mais à partir du 20, l'amélioration se prononce de nouveau; mais ce n'est qu'à partir du 25 que la contracture disparaît, non pas brusquement, mais peu à peu, comme dans les cas chroniques, et enfin la guérison survient.

Mais, dira-t-on, puisque les accidents cessent pendant l'action du chloral, continuons sans l'interrompre l'usage du médicament et nous obtiendrons la guérison. Cela peut paraître logique; mais malheureusement les faits ne sont pas en harmonie avec le raisonnement. C'est qu'en effet, si le chloral, en suspendant l'activité du système nerveux, suspend les contractures tétaniques qui ne sont que la manifestation de cette activité pervertie, s'il fait cesser le symptôme caractéristique du tétanos, il est sans action sur les lésions matérielles dont le système nerveux est le siége, et, soit que les lésions viennent à atteindre les parties qui président aux actes respiratoires et circulatoires, parties sur lesquelles les anesthésiques sont sans action aussi bien que le chloral, à moins qu'on exagère les doses, soit qu'elles augmentent d'intensité dans la région même où elles ont pris naissance, on voit la mort survenir malgré le chloral et même pendant que, sous l'influence du chloral, les contractures ont cessé dans les muscles du cou, du dos, de l'abdomen.

Ainsi. M. Guyot, dans l'observation communiquée ici en 1870, a affaire à un tétanos à forme aiguë succédant à un trismus ayant duré plusieurs jours. Le chloral endort le malade, et à plusieurs reprises il agit de même; mais la respiration se prend et la mort survient subitement au quatrième jour du traitement, bien que le malade fût sous l'influence du chloral.

De même dans l'observation que j'ai communiquée ici dans la même séance, sous l'influence du chloral, la suspension ordinaire des symptômes s'était montrée; à neuf heures du soir, il n'y avait plus de contracture, mais trois heures après le malade succombait à la gêne toujours croissante des fonctions respiratoires.

Dans le cas de M. Laugier, communiqué par M. Panas, le chloral amène la résolution, mais la dysphagie persiste, et malgré la persistance de la résolution musculaire, le malade meurt subitement le troisième jour pendant qu'il cherchait à boire.

L'observation récente de M. Cruveilhier se termine ainsi : « *Le malade meurt sans s'être éveillé et sans convulsions.* »

Quant au malade de M. Labbé, atteint de tétanos à marche très-rapide, après injection veineuse de 10 grammes de chloral, le malade dort à six heures, le sommeil est très-profond; mais à dix heures le malade se réveille, prononce quelques paroles, les contractures reparaissent immédiatement, puis les convulsions et sept heures après le malade succombe.

Que voyons-nous dans les cas de M. Verneuil, dans le mien, dans tous les cas analogues de tétanos léger, à marche lente? Le tableau des symptômes au réveil du malade reste à peu près identique à ce qu'il était au moment de l'administration du chloral; ces symptômes ne diminuent d'intensité que peu à peu, à mesure que les lésions se guérissent.

M. Verneuil a eu cinq cas de guérison, j'en suis heureux pour lui, pour ses malades; mais il est trop habitué à faire de la statistique sérieuse, c'est-à-dire basée sur le rapprochement des observations pour donner à cinq cas de succès auxquels on peut opposer de si nombreux cas d'insuccès, une autre interprétation que celle d'une série heureuse. Pour moi, je reste fidèle à mes conclusions, quoiqu'elles soient décourageantes. Le chloral ne guérit pas par lui-même le tétanos; mais, en procurant le repos, le sommeil, en faisant cesser ces contractures qui épuisent, énervent le malade, il peut soutenir leurs forces et prolonger la vie assez pour permettre à la maladie d'accomplir cette évolution spontanée qui aboutit assez souvent à la guérison. Je crois même que le chloral est supérieur à tous les médicaments du même ordre; plus actif que la morphine, il est moins dangereux que le chloroforme.

D'après ce que j'ai pu observer, je ne saurais trop dissuader de l'emploi des inhalations de chloroforme, car avant d'arriver à la résolution, il faut traverser la période d'excitation, et j'ai craint, lorsque je me suis livré à une semblable tentative lorsque j'étais interne de Malgaigne, de voir le malade périr asphyxié entre nos mains, la roideur musculaire s'étant aggravée pendant la période d'excitation et ayant affecté alors les muscles inspirateurs.

Quant aux injections intraveineuses, je les repousse. Le chloral a cet avantage d'agir beaucoup plus sûrement que tous les autres médicaments; 3, 4, 6 grammes produisent le sommeil; on peut, s'il le faut, augmenter la dose que j'ai une fois portée à 30 grammes. S'il y a dysphagie, on peut l'administrer par le rectum. Mais ces injections ne sont pas seulement inutiles, les exemples que nous ont fournis

MM. Cruveilhier et Tillaux prouvent jusqu'à quel point elles peuvent être dangereuses.

M. BOINET. Je vois dans la communication de M. Le Fort une question fort difficile à juger en pratique. Il distingue, en effet, le tétanos en aigu et en chronique. Pour lui le tétanos aigu se caractérise par la forme plus accentuée des symptômes dès le début. Le tétanos chronique serait, au contraire, celui dans lequel les symptômes se montrent lentement et progressivement. Cette forme serait, d'après M. Le Fort, seule susceptible de guérison. J'avoue que je serais disposé à voir, dans l'affection qui nous occupe, bien plus des degrés que des formes, proprement dites, et si l'on me permet, pour un instant, de comparer le tétanos à un agent toxique, je ne puis admettre, suivant les cas, une demie, un quart, un cinquième de dose. C'est un agent qu'il est impossible de pondérer, je me rappelle et je citerai un fait observé par moi de tétanos chronique terminé par la forme aiguë. Il s'agit d'une femme à laquelle j'avais, il y a quelque huit ans, pratiqué l'ovariotomie, et chez laquelle se déclarèrent, le quatorzième jour, au moment où je la croyais guérie, des phénomènes tétaniques des plus intenses. Depuis huit jours environ elle avait une certaine difficulté à avaler. L'opium à haute dose avait été employé avec quelque succès, quand, je le répète, le quatorzième jour la forme aiguë survint et l'emporta en trois jours. Si dans ce temps j'avais connu le chloral, je l'aurais certainement administré, et si la malade eût guéri, M. Le Fort aurait rangé ce cas dans les tétanos chroniques. Aussi suis-je d'avis que, dans l'ignorance absolue où l'on est, si la forme aiguë ne succédera point à la forme chronique, on doit, dès le début, administrer le chloral. Attendre serait se mettre dans une situation analogue à celle d'un médecin qui, une pneumonie étant donnée, attendrait, pour intervenir, la complication d'un épanchement pleurétique par exemple. Je me résume : il faut agir dès le début et quand même.

M. VERNEUIL. Il me semble que, entre M. Le Fort et nous, la conciliation n'est pas impossible. M. Le Fort nous concède que le chloral est une chose précieuse dans le tétanos; qu'il procure du calme, du sommeil aux malades et qu'il amène la résolution musculaire. Jusqu'ici nous sommes d'accord; mais là où nous différons, c'est quand M. Le Fort affirme que le chloral ne guérit pas la maladie elle-même, mais ne fait qu'en corriger les symptômes. Il faudrait, je crois, une bien grosse discussion pour arriver à décider si les médicaments en général, le mercure pour la syphilis, l'iode pour la scrofule, guérissent les maladies ou les symptômes de ces maladies. Je ne crois pas qu'il soit dans l'idée de personne de provoquer cette discussion; mais il me semble que lorsqu'on voit sous l'influence du chloral des succès comme ceux que j'ai rapportés dans une précédente séance, on peut être tenté de croire que l'on a obtenu une guérison véritable. Le chloral ne guérit pas, dit M. Le Fort, et de plus il ne calme que dans certains cas de tétanos chronique, il échoue dans la forme aiguë. M. Le Fort nous a déjà concédé que la division nette, absolue entre les deux formes, ne peut être établie, et qu'il y a une série de cas intermédiaires entre les deux extrêmes. Or quel adjectif faut-il ajouter aux catégories établies pour les caractériser? Les mots aigu et chronique me paraissent aussi défectueux que la durée prise pour base de la distinction. Je préférerais de beaucoup les termes grave et bénin, car je le répète, ce n'est pas la durée qui constitue la forme du tétanos, et un tétanos borné pendant huit jours à du trismus, peut tout d'un coup revêtir la forme grave. Quel sera donc le critérium?

Le voici : la bénignité cesse au moment où un certain groupe de muscles, les muscles respiratoires, est envahi. Or cet envahissement peut se faire le premier, le deuxième, le dixième, le vingtième jour. M. Le Fort dit qu'on n'a jamais guéri de cas graves. Je ne suis pas de son avis, et je rappellerai, à l'appui de mon opinion, ce malade qui, violemment pris le vingtième jour, a guéri sous l'influence des courants continus; et cette malade qui, atteinte le dixième jour, fut également guérie par la trachéotomie. Je trouve, pour ma part, que l'on guérit plus de tétanos en les soignant qu'en les laissant livrés à eux-mêmes, et le reproche que je fais à M. Le Fort, consiste surtout dans le découragement profond et dans l'impuissance absolue où son affirmation nous laisserait. Je sais bien, que cinq succès sont peu de chose, et qu'il est impossible, sur une aussi petite proportion, d'établir de règle absolue; mais je me hâte d'ajouter que ces cinq cas ne restent pas isolés. Il nous arrive de toutes parts des cas de tétanos guéris, et l'observation de M. Boudry, du Mans, que j'analyserai prochainement, est relative à un cas de tétanos grave. Je reviens à l'argument que M. Le Fort formule ainsi : Le chloral ne guérit pas le tétanos, il enraye les accidents : c'est déjà un immense résultat, et pour procéder par comparaison, comment le chloral agit-il si bien dans l'éclampsie? En s'adressant aux accidents, et dans l'éclampsie, ce n'est pas la néphrite, ce n'est pas le traumatisme utérin, causes premières de la maladie qui tuent, ce sont les attaques, les accidents. Un mot encore pour une légère rectification; le malade qui fait le sujet de ma dernière observation n'a pas eu que des accès de fièvre intermittente; car alors, puisqu'il n'a point pris de sulfate de quinine, il faudrait admettre que l'intermittence cède à l'action du chloral. Je me résume en disant : le chloral est le meilleur agent connu pour faire cesser les convulsions du tétanos, convulsions qui peuvent amener la généralisation des contractions musculaires et les lésions graves des centres nerveux.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Les Facultés de médecine en France (1).

Lyon : le 27 juin 1872, le conseil municipal prenait une délibération d'après laquelle il attribuait à l'établissement de la future faculté une somme de 3 millions.

Plus tard, au nom d'une commission chargée d'élaborer un programme pour la construction de la faculté, M. le docteur Glénard, directeur de l'école de médecine, déposait un rapport où se trouvent étudiées avec une grande autorité les questions d'installation et de fonctionnement du nouvel établissement et de ses divers services. Le rapport fut déposé le 24 mars 1873.

Le conseil municipal, saisi le 19 juin suivant de l'examen approfondi de la question, par M. le préfet-maire Ducros, qui n'estimait pas à moins de 4 millions de francs la somme nécessaire, prenait à l'unanimité, sur le rapport de M. le docteur Gailleton, une délibération par laquelle :

1° Il affecte à l'installation de la future faculté un terrain d'environ 26,000 mètres, terrain dont la ville devra acquérir la moitié, et qui est situé sur la rive gauche du Rhône, à peu près en face de l'Hôtel-Dieu et de la Charité;

2° Il alloue pour les constructions et aménagements une somme qui ne pourra dépasser 4 millions;

3° Il s'engage, en cas d'insuffisance des recettes de la faculté, à rembourser au Trésor la différence qui pourrait provenir de l'excédant des dépenses sur les recettes, et ce pendant une période de cinq années;

4° Il s'engage à pourvoir immédiatement à l'installation provisoire de la faculté jusqu'au moment de l'achèvement des constructions et des aménagements projetés;

5° Il met à la disposition de l'administration une somme de 35,000 francs, pour instituer un concours public pour les plans et devis de la faculté; le programme de ce concours devant être ultérieurement approuvé par le conseil.

Enfin, par une délibération en date du 4 mars 1874, la commission municipale qui remplace actuellement le conseil élu, ayant appris que M. le ministre de l'instruction publique demandait que la garantie exprimée ci-dessus au paragraphe 3, soit continuée pendant douze années, en a pris l'engagement formel.

Bordeaux. — Le 26 février 1872, le conseil municipal de Bordeaux, sur le rapport du docteur Métadier, lequel s'appuie sur un mémoire détaillé présenté par M. le docteur H. Gintrac, directeur de l'école de médecine, prenait une délibération d'après laquelle il demande que son école soit transformée en faculté, les traitements des professeurs et fonctionnaires devant être établis d'après le tarif de la faculté de droit, et s'engage, si sa demande est accueillie :

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 4, 7, 9, 14 et 16 juillet.

1° A fournir, approprier, pourvoir du mobilier scientifique et entretenir annuellement les bâtiments nécessaires à l'installation de la faculté.

2° A verser chaque année au Trésor une somme égale à l'excédant que les dépenses pourraient présenter sur les recettes.

Le tout, pendant une période de douze années au moins, le renouvellement de ces engagements devant être mis en délibération trois ans au moins avant l'expiration de la période duodécennale.

Ces délibérations des conseils municipaux de Lyon et de Bordeaux ont été précédées, comme le montrent les pièces justificatives annexées au présent rapport, d'une étude approfondie de la question d'organisation et des dépenses qui en résulteraient. Lyon prépare une installation magnifique qui laissera derrière elle, non-seulement tout ce qui existe actuellement en France, mais peut-être même les améliorations projetées à la faculté de Paris. Bordeaux, pour qui les dépenses de premier établissement seront beaucoup moindres, reconnaît nécessaire d'y affecter d'abord 300,000 francs environ, et estime à 150,000 francs la dépense annuelle de la faculté, dépense que 600 étudiants couvriraient complétement, comme le montre l'excellente étude que contient le rapport de M. le docteur H. Gintrac.

Mais si nous envisageons les offres faites par les autres villes, nous les trouvons ou singulièrement vagues ou reposant sur des appréciations manifestement erronées. Sans doute, toutes se déclarent prêtes à faire les dépenses nécessaires, à supporter les frais d'entretien; mais qu'entendent-elles par cette formule générale?

A Lille (délibération du 12 juillet 1872), on estime à 113,500 francs la dépense annuelle de la faculté de médecine: à Toulouse (9 août 1872), on la réduit à 108,500 francs; à Nantes (17 juin 1872), elle n'est plus que de 82,500 francs; enfin, à Marseille (16 mai 1873), où l'on fait évidemment confusion entre les facultés et les écoles de médecine, un conseiller municipal semble croire qu'il suffira de dépenser annuellement 4,500 fr., tandis qu'un autre suppose qu'il faudrait y ajouter 100,000 francs de première installation; quant à la délibération du conseil, elle se borne à demander la création de trois chaires nouvelles.

Ainsi, à Marseille d'abord, on peut dire que l'offre n'existe pas, car il n'y a eu aucune étude préalable. A Lille et à Nantes, on ne paraît pas mettre en doute que les bâtiments actuels des écoles ne soient parfaitement suffisants pour le fonctionnement des facultés, et nous avons vu qu'il faudrait les agrandir considérablement. A Toulouse, seulement, sur la demande expresse du ministre de l'instruction publique, la municipalité a fourni un plan pour l'édification de la future faculté.

Vous voyez donc, messieurs, qu'en dehors de Bordeaux et de Lyon, la question n'a vraiment pas été sérieusement étudiée, et que les propositions faites par les autres villes ne sauraient être considérées comme empreintes d'un caractère de maturité suffisante, comme présentées en pleine connaissance de cause.

On devine qu'il y a eu dans toutes ces demandes un effet d'entraînement et d'imitation; la lecture des délibérations municipales, la date des dépôts de propositions de loi le démontrent suffisamment. Nous verrons dans un moment que, pour Bordeaux et Lyon seulement, les réclamations datent de loin et sont, par leur persistance depuis bien des années, l'indice d'un besoin véritable et d'études approfondies.

(A suivre.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité botanique conforme à l'état présent de la science, par J. SAHS, professeur de botanique à l'université de Wurtzbourg, traduit de l'allemand sur la 3e édition et annoté par PH. VAN TIEGHEM, maître de conférence à l'École normale supérieure, professeur à l'École centrale des arts et manufactures. — Paris, 1874. 1 fort vol. gr. in-8° de XLIII-1120 pages avec 500 gravures dans le texte. — Prix : 20 francs. — F. Savy.

Traité pratique de la détermination des drogues simples d'origine végétale, par G. PLANCHON, docteur ès sciences, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — En vente : Tome Ier, un beau volume in-8° de 660 pages avec 280 gravures dans le texte. — Le tome second paraîtra en deux fascicules dans le second trimestre de 1874. — Prix de l'ouvrage complet, payable en retirant le tome Ier : 20 francs.

Transfusion instantanée du sang. Solution théorique et pratique de la transfusion médiate et de la transfusion immédiate chez les animaux et chez l'homme, par le docteur MONCOQ. — 1 vol. in-f°, avec figures, deuxième édition. — Prix : 6 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Clinique médicale des affections du cœur et de l'aorte. Observations de médecine pratique traduites de l'anglais, par le docteur BARELLA, membre de l'Académie de médecine de Belgique. — T. 1er. — Prix : 6 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Des pertes séminales, par le docteur LE FOLL. — In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

L'appareil de Marsh, perfectionné par une commission de l'Académie des sciences, est d'une sensibilité très-suffisante pour réceler la présence d'une quantité infinitésimale d'arsenic. Mais les précautions nombreuses dont il faut s'entourer rendent son emploi difficile. C'est pourquoi MM. Bayençon et Bergeret proposent de le remplacer par un procédé beaucoup plus simple, tout en étant aussi sensible, et qui est fondé sur une réaction de l'hydrogène arsenié sur le bichlorure de mercure : « Si l'on humecte un morceau de papier de soie avec une solution de bichlorure de mercure et qu'on l'expose, humide, à la vapeur d'hydrogène arsenié, il se produit d'abord une tache *jaune citron*, qui se fonce ensuite jusqu'au *jaune brun pâle*.

« Sur du papier préparé de la même façon, l'hydrogène antimonié donne naissance à une tache *brun gris*.

« Ces deux réactions sont très-tranchées; on ne saurait les confondre l'une ou l'autre. »

Pour se servir de ce procédé, on introduit du zinc pur dans un petit flacon renfermant de l'eau distillée additionnée d'acide sulfurique pur, et l'on ferme incomplétement le goulot avec un tampon de coton cardé; on obtient ainsi un dégagement d'hydrogène exempt d'arsenic et sans action sur le papier imbibé de solution hydrargyrique. Mais si l'on plonge dans le flacon une baguette de verre trempée dans une solution d'arséniate de potasse et qu'on expose le papier réactif humide aux vapeurs d'hydrogène, une tache *jaune citron* apparaît d'autant plus promptement, que le dégagement gazeux est plus rapide et le composé arsenical plus abondant.

Par ce procédé, on peut constater la présence de 1/120,000 d'arsenic dans une liqueur.

MM. Mayençon et Bergeret ont reconnu avec ce procédé que l'arsenic introduit dans le corps est rapidement absorbé, et qu'il est éliminé par les urines; ils ont reconnu aussi que l'élimination complète de l'arsenic peut se faire attendre pendant vingt-deux jours si le corps en a été saturé. L'ingestion des eaux sulfureuses favorise sensiblement cette élimination.

— M. Marey fait part à l'Académie de nouvelles expériences sur la locomotion humaine. Au moyen du système graphique, l'auteur est parvenu à représenter tous les mouvements élémentaires qui constituent la marche et à déterminer le rôle des différentes pièces du squelette dans cet acte. Il est vraiment très-curieux de voir sur un morceau de papier noirci, tracés par un style, les accidents de la vitesse, de l'allure, ceux du repos et du mouvement du pied; et enfin les conditions du mouvement de translation du pied.

— M. Picot adresse une note intitulée : *Nouvelles Recherches expérimentales sur l'inflammation* et *le mode de production des leucocytes du pus*. M. Picot, après avoir déterminé un mouvement inflammatoire dans le péritoine de la grenouille, a examiné jour par jour, à un grossissement de 1,000 diamètres, la marche des phénomènes, et il a constaté que les leucocytes se développent par *protogenèse* et n'ont aucun rapport de filiation avec les anciennes cellules de tissu conjonctif.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. GUIBOUT.

Le pemphigus.

Leçon recueillie par M. le docteur HENRI RUELLE.

Messieurs,

Je vais vous entretenir aujourd'hui du pemphigus. Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître la lésion primitive de cette affection, qui est la bulle; le pemphigus est le type des affections de ce genre. Cette bulle est caractérisée par un soulèvement épidermique, d'un volume variable depuis la grosseur d'une lentille jusqu'à celle d'un œuf de dinde ; le liquide renfermé est séreux, transparent, puis il devient louche et opalin. Cette bulle se développe sur une surface érythémateuse, qui est bientôt recouverte, coiffée en quelque sorte par elle; en se desséchant, elle laisse une croûte mince foliacée, recouvrant une ulcération très-superficielle.

Les lésions anatomiques du pemphigus sont caractérisées : 1° par de la rougeur; on aperçoit un point érythémateux, congestif, comme une sorte d'exanthème, cette rougeur dure de vingt-quatre à quarante-huit heures, puis s'élève la bulle sur la surface érythémateuse qu'elle recouvre, tantôt entièrement et tantôt incomplétement. La durée de la bulle est de quatre à six jours, le liquide qu'elle contient peut se résorber alors, l'épiderme s'applique sur la surface sous-jacente. D'autres fois le liquide s'épanche au dehors, il peut alors entraîner une partie de l'épiderme et mettre à nu l'ulcération superficielle dont je vous parlais il y a un instant. D'autres fois, il peut se solidifier, se mêler avec un peu de sang, et alors il se forme

une croûte lamelleuse rougeâtre qui, en tombant, laisse voir l'ulcération.

Messieurs, le pemphigus peut se présenter à vous à l'état aigu ou chronique, il peut être *symptomatique*, *idiopathique* et *cachectique* à l'état aigu. On peut diviser sa marche en quatre périodes. 1° une période prodromique caractérisée par un état fébrile, de l'inappétence, quelques vomissements, rien de bien spécial; comme vous voyez, cette période dure de un à trois jours. 2° La seconde période est caractérisée par la tache érythémateuse; commune à tant de maladies de peau, rien ne fait encore pressentir le pemphigus. 3° Quand on voit poindre sa bulle, nous sommes arrivés à la troisième période. 4° Le liquide se résorbe ou s'épanche au dehors; il reste la croûte mince et lamelleuse, qui dure un nombre de jours plus ou moins considérable, puis arrive l'exfoliation, qui dure quelques jours seulement; la quatrième période est finie. Tel est, en peu de mots, la description de cette maladie qu'on a appelée : *pemphigus, pseudo-exanthème bulleux, fièvre pemphigode*, etc. C'est une pyrexie, une fièvre érythémateuse que l'on peut rapprocher de la rougeole, de la variole; c'est une maladie assez sérieuse, non par elle-même, mais par ses complications du côté du tube gastro-intestinal.

Rappelez-vous, messieurs, ce que je vous disais dans une de nos dernières leçons, de la corrélation qui existe entre les muqueuses et la peau; eh bien, le pemphigus démontre cette retrocession de la peau sur les muqueuses au plus haut degré; c'est ainsi que nous avons dans cette maladie, non-seulement de l'inappétence et des vomissements, mais quelquefois une diarrhée séreuse abondante, tenace, colliquative; la durée de la maladie est de trois à cinq semaines.

Le pemphigus se présente sous deux aspects bien différents: quelquefois toutes les bulles paraissent en même temps, c'est le pemphigus *simultané* des auteurs; d'autres fois elles viennent par poussées successives, c'est le pemphigus *successif*.

Les bulles peuvent être confluentes : *pemphigus confluent*; elles peuvent être très-espacées, discrètes : *pemphigus discret;* Il peut se présenter sous forme chronique, c'est là, à proprement dire, le véritable pemphigus, et de beaucoup le plus fréquent; il a sous cette forme quatre périodes : la première période est caractérisée par de la courbature, de la tristesse, puis la tache érythémateuse, le bulle; l'apparition des bulles est curieuse à étudier, quelquefois il n'en vient qu'une seule, c'est le *pemphigus solitarius*, le malade même n'y fait pas attention, il croit avoir affaire à une brûlure, Quelquefois, cette tache disparaît pour toujours. Cette éruption solitaire est plus fréquente aux membres inférieurs qu'aux membres thoraciques. Mais aussi les bulles peuvent être confluentes, et alors la maladie est sérieuse et demande l'intervention du médecin. D'autres fois les poussées sont intermittentes, nous avons alors le *pemphigus intermittent successif*.

Je vous disais que le pemphigus était une maladie grave, eh bien, messieurs, la bulle prise en elle-même sera pour nous un élément précieux pour le pronostic. Plus la bulle sera grande, plus la maladie sera sérieuse; un grand nombre de bulles sera un signe grave; si vous voyez à chaque poussée les bulles diminuer d'étendue et de nombre, c'est un signe d'amélioration, et vous pouvez prédire la guérison.

C'est une maladie douloureuse : les malades éprouvent une sensation pénible de chaleur, de cuisson, ils ne savent où se placer dans leur lit, changeant constamment de position; alors se présente à nous de grandes plaies colorées, suintantes et donnant une odeur fétide et nauséabonde.

Les causes nous sont à peu près inconnues, cependant on a invoqué avec raison les fatigues, les chagrins, les excès, cortége banal de tant de maladies. Mais il exprime à tous les âges de la vie, depuis l'enfant nouveau-né jusqu'à la décrépitude de la vieillesse, une forme particulière de cachexie des plus sérieuses.

Quand on a vu un pemphigus,, il est impossible de le confondre avec aucune autre maladie : la bulle ne peut pas être confondue avec aucune autre lésion; mais la période croûteuse peut-elle donner lieu à quelques difficultés? Non; dans le pemphigus, elle est foliacée, humide; dans l'ecthyma, épaisse, noire, adhérente; dans le rupia, lisse, composée de plusieurs couches et en écailles d'huîtres. Dans le rupia, l'ulcération est profonde, livide, épaisse, tandis que, dans le pemphigus, elle est toujours superficielle.

Le traitement sera local et général. Le traitement local se composera de poudre d'amidon placée sur les bulles pour les soustraire à l'action des causes irritantes. C'est M. Devergie qui a le premier institué ce traitement. Notre collègue à cet hôpital, M. Hillairet, a songé à imiter le traitement ouaté, que M. Alphonse Guérin emploie, comme vous le savez, dans les grands traumatismes. C'est un moyen ingénieux et que je vous recommande, surtout si le pemphigus siége à l'extrémité des membres. Nous avons dit que le pemphigus aigu est une pyrexie; le traitement général devra s'inspirer de cette donnée: la saignée, la diète, quelques laxatifs. Si vous avez devant vous un pempigus *cachectique* et chronique, attaquez vigoureusement la cause: chez les enfants et les vieillards, les toniques, les amers, les reconstituants de toute sorte; si le pemphigus est herpétique, donnez l'arsenic, faites prendre à chaque repas une cueillerée à bouche de la solution suivante :

Eau distillée. . . . . 500 grammes.
Arséniate de soude. . . . . 10 centig.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Luxation de la rate

Par M. le docteur PIROTAIS, ex-interne des hôpitaux.

La rate peut subir de vrais déplacements, soit physiologiques, soit morbides ou anormaux...

Physiologiques, dans l'acte respiratoire; — morbides, dans l'hydrothorax, l'ascite et les tumeurs abdominales diverses; — anormaux, dans les transpositions et l'allongement de ses trois liens de fixité.

Elle a été vu flottante au milieu de l'abdomen (Choisy), à la région iliaque et hypogastrique (Mattei), dans le pli de l'aîne (Fandacy), dans l'excavation du bassin (Van Swiéten), dans la poitrine, par déchirure du diaphragme (Devergie)...

Les déplacements brusques sont très-rares et les liens phréno-spléniques et gastro-spléniques difficiles à déchirer, comme chacun peut s'en assurer sur le cadavre.

Voici cependant un cas de cette nature :

M[me] X..., propriétaire, trente-cinq ans, fait une chute de voiture et est violemment projetée sur un monceau de pierres. En se relevant, elle ressentit une douleur très-vive à l'hypocondre gauche, suivie de nausées et d'impossibilité de redressement du tronc. Un médecin appelé constata une tumeur qu'il essaya de résoudre avec les sangsues et l'onguent mercuriel double; mais cette lésion essentiellement apyrétique ne diminua pas, et les vomissement et les douleurs à la grande courbure stomacale persistèrent avec une désespérante opiniâtreté...

On m'appela six semaines après l'accident. Je constatai, en effet, à la région iliaque une tumeur longue de 15 centimètres, large de 9 et placée verticalement. Elle est très-mobile et facile à circonscrire, P. 80, T. normale.

Je reconnais la rate, je la refoule dans son hypocondre où je la maintiens avec une serviette d'abord et plus tard avec une ceinture hypogastrique.

La réduction opérée, le mieux est accusé et la malade ne sentant plus sa douleur à la grande courbure, et les envies incessantes de vomir, avale avec avidité un grand verre de malaga. Les jours suivants, elle prend café et viandes grillées, et peut sortir de son lit : ce qu'elle ne connaissait plus depuis longtemps déjà.

«La percussion comparée (dit Sappey) de l'hypocondre gauche et de la région qu'occupe anormalement la rate permettra à un médecin attentif d'en constater l'existence. »

Ces paroles de l'anatomiste distingué méritent notre réflexion.

MORT SUBITE

CHEZ UN ENFANT OPÉRÉ DE LA TRACHÉOTOMIE DEPUIS TROIS MOIS. — AUTOPSIE. — VÉGÉTATION DE LA TRACHÉE.

Par le docteur M. Krishaber (1).

Je viens soumettre à votre examen une pièce anatomique qui me semble mériter votre attention, et je vous demanderai en même temps la permission d'y rattacher quelques considérations.

Il s'agit de l'enfant d'un de nos confrères, le petit Charles D...., âgé de trente-deux mois. Issu de parents bien portants, il aurait été lui-même d'une santé parfaite depuis sa naissance, à cela près que, dans les derniers mois, il était parfois pris d'une toux sèche, brève, saccadée.

On n'attachait pas d'importance à ces petits accès.

Dans les premiers jours du mois de septembre dernier, il fut pris de diarrhée, et la toux devint plus forte ; la voix n'était pas altérée. L'état général s'améliore ensuite, mais une toux rauque persiste, en ne donnant pas lieu à de très-grands accès.

La respiration est normale.

Trois semaines après l'apparition des premiers accidents, l'enfant a de nouveau de la fièvre; cette fois il est fort abattu, la toux apparaît avec violence et prend le caractère croupal, il survient de la gêne respiratoire, presque de la suffocation. Son père lui administre un vomitif; l'enfant se calme et s'endort.

Pendant la nuit, accès de toux rauque ; pas de fièvre. Notre confrère s'adjoint un de ses amis, le docteur Matry, et ces messieurs constatent tous les signes d'une angine pultacée du pharynx.

C'est à ce moment que je fus appelé auprès du petit malade.

Mes inquiétudes ne s'éveillèrent pas immédiatement, l'enfant respirant tout à fait normalement; mais, le soir du même jour, je constatai que les inspirations devenaient de plus en plus difficiles, qu'elles étaient dures et bruyantes.

Quoiqu'il n'y eût pas de fausses membranes caractéristiques, et malgré la conservation intégrale de la voix, je supposai qu'une inflammation croupale avait pu débuter au-dessous et au-dessus de la glotte, et, jugeant la situation fort grave, je provoquais une consultation avec MM. Péter et de Saint-Germain.

Je proposai la trachéotomie qui fut acceptée et exécutée immédiatement par M. de Saint-Germain.

L'opération se passa sans accident, et le soulagement fut immédiat.

Veuillez noter ce fait, messieurs, que l'enfant, la trachéotomie faite, sembla presque immédiatement revenir à son état normal, ce qui n'est certes pas habituel dans le croup. Il ne sortit point de fausses membranes par la canule, et il n'en arriva point, non plus, du pharynx.

La fièvre traumatique fut légère, et au quatrième jour de l'opération l'enfant se leva. Il revint presque aussitôt à la santé.

Cependant la canule ne put pas être retirée, l'enfant ne pouvait point respirer sans elle.

Ayant déjà observé des faits analogues, je conçus quelque inquiétude pour l'avenir, et lorsqu'au quatorzième jour après l'opération, je vis que l'enfant ne pouvait respirer sans sa canule, j'exprimai à son père mes craintes qu'il ne fût nécessaire de garder la canule pendant un temps dont je ne pus fixer la durée, mais qui me semblait de toute façon devoir être fort long.

Sans pouvoir préciser les causes exactes de cette complication inattendue, je supposai cependant que des bourgeons charnus s'étaient formés au dedans de la trachée. J'ai communiqué cette impression à M. de Saint-Germain, qui semblait s'y rallier, et au père de l'enfant, qui cependant me sollicitait incessamment de retirer définitivement la canule. C'est alors que je me rendis avec lui et l'enfant chez M. Mathieu où je tentai l'application de la canule de M. Broca. On se rappelle que cette canule est conçue de façon à permettre d'intercepter à volonté l'inspiration et l'expiration. L'expérience fut très-favorable ; deux jours après j'enlevai donc la canule Broca et abandonnait la plaie à la cicatrisation.

La nuit du même jour l'enfant est réveillé tout à coup par un très-violent accès de toux suivi de suffocations qui durèrent un quart d'heure. Après avoir rendu, à plusieurs reprises, une grande quantité de mucosités, il se rendort paisiblement.

La nuit qui suit est fort agitée ; l'enfant a de la fièvre, il gémit et se plaint très-vivement. Le cou paraît tendu, dur, chaud; il est évidemment distendu par de l'emphysème.

La voix reste toujours intacte.

Cet état se continue jusqu'au surlendemain et s'apaise ensuite notablement.

Cette fois la respiration était restée normale.

J'appelle très-particulièrement votre attention, messieurs, sur ces alternatives que j'aurai encore à signaler pour la respiration qui tantôt est libre et tantôt presque complétement interceptée.

Comme il s'agit — vous le verrez dans un instant — d'une lésion matérielle constante et d'une entrave pour ainsi dire mécanique dans les voies aériennes, l'intermittence dans les troubles respiratoires a un intérêt tout particulier.

La cicatrisation complète de la plaie fut rapidement obtenue; mais, à peu de jours de là, il survint à nouveau de la fièvre, cette fois très-intense; la région parotidienne se gonfla et les amygdales devinrent rouges.

La respiration redevient difficile, les glandes du cou se tuméfient, la déglutition est très-embarrassée.

L'enfant se remet cependant de nouveau complétement de tous ces accidents pour un temps cette fois très-court.

Nous sommes au trente-septième jour de l'opération, au dix-septième de l'enlèvement de la canule.

L'enfant se couche très-bien portant et respirant normalement, lorsque vers minuit il est réveillé subitement par un accès de suffocation.

A partir de ce moment, le petit malade a respiré très-bruyamment la nuit et tout à fait librement dans le jour.

Le jour l'enfant court, joue, rit, cause avec animation et chante même d'une voix sonore ; mais, dès qu'il est endormi, le cornage survient et dure toute la nuit; le bruit respiratoire est tel qu'on l'entend dans toutes les pièces les plus reculées de l'appartement à travers les portes fermées. Le petit malade se réveille souvent en criant qu'il va mourir ; en effet, il fait d'incessants efforts inspiratoires avec les muscles du thorax et de l'abdomen ; la fossette sus-sternale, le creux épigastrique se dépriment profondément; l'enfant pâlit et son visage porte l'empreinte de la plus haute anxiété. Cependant, à peine réveillé depuis quelques instants, tout rentre dans l'ordre, la respiration redevient libre, l'enfant est gai, et enjoué; mais dès qu'il vient à s'endormir la scène des tourments se renouvelle.

Il arrive cependant parfois qu'au milieu d'une nuit agitée, le sommeil devient calme, paisible, et la respiration normale pendant plusieurs heures.

C'est sur ces entrefaites que l'état s'apaisa subitement et qu'il

---

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 4 février 1874.

survint un calme non interrompu pendant trente-deux jours, jusqu'au 18 décembre. Pendant tout ce temps tous les troubles avaient complétement et absolument cessé.

Nous sommes au 19 décembre, quatre-vingt-huitième jour de l'opération, soixante-huitième de l'enlèvement définitif de la canule. A partir de ce jour, la respiration redevient difficile d'une manière ininterrompue aussi bien le jour que la nuit. L'enfant peut cependant se mouvoir en toute liberté, sans être plus gêné qu'au repos, mais la moindre émotion le met dans un état d'asphyxie imminente.

Il est bien digne de remarquer que la voix reste constamment intacte et que l'enfant dans ses moments de répit, chante d'une voix claire exactement comme à l'état de santé.

Le 22 décembre, je fus rappelé, et je demandais qu'on prévînt en même temps M. Peter. Nous trouvâmes l'enfant debout, jouant avec beaucoup d'entrain et de gaieté. Il avait cependant du cornage à un très-haut degré.

Il fit à nos questions des réponses très-nettement articulées d'une voix sonore.

J'engageai la mère à le déshabiller, afin de voir les mouvements du thorax. C'est alors que l'enfant prit peur, se débattit violemment et tout d'un coup s'affaissa inanimé. L'oreille posée sur sa poitrine ne perçut aucun bruit, le cœur était arrêté. Nous fîmes M. Peter et moi, tour à tour la respiration artificielle, la bouche appliquée sur la bouche de l'enfant pendant que son père apprêtait un appareil d'induction qui fut employé avec persistance, ainsi que le marteau de Mayor, les lavements au vinaigre, les frictions, etc., etc.; tout fut en vain, l'enfant était mort.

Nous dûmes convenir en face des parents, qui venaient de perdre leur unique enfant, que la frayeur causée par notre présence avait été la cause occasionnelle d'une syncope mortelle.

Le lendemain, je demandai au père de permettre l'enlèvement du larynx et de la trachée, ce qu'il m'accorda.

Une heure après, j'examinai la pièce et je découvris une végétation polypiforme dans la trachée. Cette végétation est de la grosseur d'un pois et ne bouche pas complétement la trachée ; elle est située au niveau du troisième au quatrième anneau de la trachée, en avant et un peu à gauche de cet organe, au point où la section avait porté. La tumeur est arrondie et pourvue d'un pédicule très-court ; sa surface est quadrilobée et a l'aspect d'un papillome muriforme.

L'examen microscopique n'a pas encore été fait afin que la tumeur puisse d'abord vous être présentée non mutilée.

A côté de la végétation se trouve une érosion qui semble n'atteindre que l'éphithélium ; elle est très-approximativement arrondie ; d'un centimètre de diamètre.

Le larynx est absolument indemne de toute lésion.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 janvier 1874. — Présidence de M. Peter.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1°. Une lettre de M. le docteur Collineau, qui fait hommage à la Société de cinq exemplaires d'une brochure intitulée : *Du placement des aliénés dans les asiles publics du département de la Seine.* (Rapport fait à la Société médico-pratique de Paris, par M. le docteur Collineau.)

2° Un article de M. le docteur Krishaber, sur la *névropathie cérébro-cardiaque*, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

3° Une lettre de M. Marcet qui demande à faire acte de candidature au titre de membre titulaire de la Société.

4° Le quatrième numéro du *Journal la Tempérance*, offert par M. le docteur Lunier.

LECTURE

M. Dubuc lit un rapport sur la candidature de M. Ramos au titre de membre correspondant.

Messieurs, j'ai l'honneur de vous rendre compte, au nom d'une commission composée de MM. Aimé Martin Gillette et Dubuc, rapporteur, d'un intéressant travail qui nous a été lu dans la séance du 27 décembre 1873, par le docteur da Silva Ramos, à l'appui de sa canditature au titre de membre correspondant.

M. le docteur da Silva Ramos exerce depuis vingt ans la médecine à Pernambuco, l'un des ports les plus fréquentés de la côte du Brésil ; il a rempli les fonctions d'inspecteur de la santé publique dans cette ville ; à ce titre, et surtout comme médecin de l'hôpital Pedro II et d'une importante maison de santé, il a eu occasion, malheureusement trop répétée, d'observer de nombreuses épidémies de fièvre jaune ; c'est ce qui l'a décidé à nous faire, à l'appui de sa canditature, une communication sur quelques points de l'histoire de cette redoutable maladie, et particulièrement sur un nouveau mode de traitement qui lui a donné les plus brillants résultats dans les cas où se montrent les vomissements noirs, ce terrible phénomène considéré jusqu'ici comme l'avant-coureur d'une mort presque certaine.

J'aurai donc à examiner les différents points qu'il a successivement abordés.

Au Brésil la fièvre jaune n'est pas une maladie endémique, ainsi que cela a lieu sur les rivages du golfe du Mexique et des grandes Antilles ; lorsqu'une épidémie s'y déclare, c'est qu'elle y a été importée par un ou plusieurs bâtiments venant de localités infectées. Ce résultat s'observe assez fréquemment, surtout depuis vingt-cinq ans, parce que la navigation, là comme ailleurs, devient de plus en plus active, et que, d'autre part, le miasme particulier qui produit la fièvre jaune trouve dans les circonstances météorologiques du pays des conditions favorables à son développement et à sa propagation.

Une fois déclarée au Brésil, une épidémie de fièvre jaune présente ce caractère d'y durer plusieurs années consécutives avec des périodes de rémission, c'est-à-dire que la maladie est le plus intense pendant la saison chaude, d'octobre en avril, qu'elle disparaît ou s'atténue considérablement pendant les mois plus froids pour reparaître avec vivacité à la saison chaude suivante, et ainsi de suite, pendant trois, quatre ou cinq ans. Ce même phénomène a été observé dans toutes les régions de la zone tropicale, où la fièvre jaune se développe par importation ; ainsi aux Antilles françaises, nos médecins de la marine, le docteur Dutrouleau notamment, ont signalé que, une fois déclarée, la fièvre jaune durait toujours plusieurs années consécutives, avec disparition momentanée, ou tout au moins rémission très-marquée pendant une partie de l'année. Ce fait, d'ailleurs, n'est pas spécial à la fièvre jaune, le choléra l'a présenté plus d'une fois, quoique à un degré moindre : c'est ainsi qu'à Paris, pendant l'épidémie de 1853-1854, la maladie qui avait semblé s'éteindre tout à fait en janvier 1854, à ce point qu'on avait renoncé à publier les bulletins hebdomadaires, reparut de plus belle dans les premiers jours de mars 1854, et ne cessa définitivement qu'à la fin de l'année, après avoir fait un nombre considérable de victimes. (Voyez *Archives générales de médecine*, 1865, t. II, p. 607.)

Il est d'observation usuelle que lorsqu'une épidémie de fièvre jaune a pris fin, il existe à la suite une période d'immunité qui dure généralement plusieurs années ; s'il survient dans cet intervalle des navires infectés, la maladie restera limitée aux équipages et ne s'étendra pas à la population sédentaire ; certaines circonstances, toutefois, peuvent modifier cette règle. C'est ainsi que le débarquement d'un grand nombre de nouveaux venus, de troupes fraîches, par exemple, arrivant de la métropole dans une colonie, pourra être le signal d'une nouvelle épidémie meurtrière.

Au Brésil, pas plus que dans les autres contrées où elle règne, on ne voit jamais la fièvre jaune se propager dans l'intérieur des terres sous forme épidémique ; si elle se montre dans quelques villages de l'intérieur, c'est qu'elle y a été transportée par des personnes qui ont séjourné dans les villes du littoral, elle ne tarde pas d'ailleurs à y disparaître ; cela s'explique par l'altitude en général plus élevée

des terres intérieures, et aussi par les circonstances météorologiques et telluriques qui ne sont pas favorables au développement et à la diffusion des miasmes. Dans nos Antilles françaises, les choses se passent de la même façon, ce qui a permis d'établir, même à une distance rapprochée du rivage, des camps dits de préservation, comme le camp Jacob à la Guadeloupe, où les soldats non acclimatés se réfugient en temps d'épidémie. Au Mexique même, qui est un pays d'endémie, la fièvre jaune reste confinée dans les villes du littoral et surtout dans celle de Vera-Cruz, où se trouvent réunies toutes les conditions favorables à son développement. Pendant l'occupation française, alors que le mouvement des troupes lui fournissait un aliment toujours renouvelé, elle s'est, il est vrai, attachée par importation à la grande voie de communication de Vera-Cruz à Mexico; mais M. le médecin principal Fuzier, à qui j'emprunte ces détails, ne l'a pas vu dépasser Cordova, qui est située à une hauteur de 903 mètres, c'est-à-dire 353 mètres au-dessus du camp Jacob de la Guadeloupe. Dans les villes situées au delà, telles que Orizaba, Puebla, Mexico, on n'a observé que des malades isolés dont l'atteinte se rattachait à un empoisonnement contracté dans des localités plus rapprochées du rivage.

Je n'ai pas l'intention de suivre le docteur Ramos dans les détails qu'il nous a donnés sur la manière dont la fièvre jaune a été importée au Brésil en 1849; on trouvera les faits présentés avec une grande clarté et une grande précision dans l'article *fièvre jaune*, de l'excellent ouvrage du docteur Dutrouleau, sur les *Maladies des Européens dans les pays chauds* (1); qu'il me suffise d'exposer que la maladie fut importée par le navire américain Brazil, qui venait de la Nouvelle-Orléans, avait touché à la Havane et avait été admis dans le port de Bahia (30 septembre 1849) sans quarantaine, bien qu'il eût perdu deux hommes pendant la traversée. Le conseil sanitaire de Bahia ayant déclaré que la fièvre jaune n'était pas contagieuse, aucune précaution ne fut prise, et la maladie fut transportée successivement par d'autres navires à Pernambuco et à Rio-Janeiro; plus tard des émigrants allemands, partis de Rio pendant qu'elle y sévissait encore, la propagèrent au Pérou et au Chili (1852) où elle régna plusieurs années et fit de nombreuses victimes.

Je me bornerai à ces brèves indications; il est maintenant admis, par tous les médecins, que la fièvre jaune est infectieuse et importable; les commissions sanitaires anglaises elles-mêmes, qui ont presque toujours résolu par la négative les questions de contagion, ont été bien obligées de lui reconnaître ce double caractère.

Les faits démontrent que la transmission se produit tout à la fois par l'atmosphère des navires infectés, par les objets formant leur cargaison et aussi par les malades; tantôt ce sont les hommes et les marchandises qui ont semblé avoir eu la plus grande part dans la propation du mal, comme cela a été constaté dans le rapport officiel de la commission extraordinaire de santé publique sur l'épidémie de Lisbonne en 1857; tantôt c'est l'atmosphère du navire qui a été plus particulièrement incriminée notamment dans la relation, par M. Mélier, de la fièvre jaune survenue à Saint-Nazaire en 1861. Il me semble qu'une maladie ainsi transmissible à la fois par les navires infectés, la cargaison et les malades doit être réputée contagieuse, tout au plus peut-on soutenir que c'est là de la contagion médiate, c'est-à-dire que la transmission, au lieu de se faire par le simple contact d'un malade à un individu sain, a lieu par l'air ambiant à l'égard duquel le malade joue, en quelque sorte, le rôle d'un foyer. Mais en est-il autrement, je le demande, dans la propagation épidémique des fièvres éruptives considérées pourtant comme contagieuses au premier chef.

Laissons de côté ces questions générales qui ont donné lieu à tant de controverses, et suivons le docteur Ramos dans les détails qu'il nous fournit relativement aux épidémies qu'il a eu occasion d'observer à Pernambuco.

C'est toujours dans la rade, à bord d'un ou de plusieurs navires, qu'il a vu paraître les premiers cas; aussi est-il convaincu qu'avec une police sanitaire mieux organisée, il serait possible, même assez facile d'arrêter la propagation du fléau. Ce qui le confirme dans cette manière de voir, c'est qu'à Lisbonne la fièvre jaune n'a plus reparu depuis la grande épidémie de 1857, bien qu'à différentes reprises on en ait soigné dans le lazaret plusieurs cas dont quelques-uns ont été suivis de mort; il est vrai qu'à Lisbonne on prend maintenant les précautions les plus rigoureuses à l'égard des navires qui arrivent des pays infectés; les passagers et l'équipage sont soumis à une quarantaine de huit jours, la cargaison et le navire ventilés et désinfectés; c'est sans doute à ces excellentes mesures qu'il faut rapporter une préservation aussi complète, Lisbonne ayant des rapports commerciaux très-multipliés avec les pays où règne la fièvre jaune.

A Pernambuco malheureusement on est loin d'avoir recours à des mesures aussi efficaces; aussi, dans les précédentes épidémies, la maladie ne tardait-elle pas à se propager de la rade aux hôpitaux et à la ville elle-même où elle faisait des ravages plus ou moins considérables. Les choses se sont passées différemment dans la dernière période épidémique qui, ayant embrassé avec des rémissions les quatre années 1870, 1871, 1872 et 1873, dure encore aujourd'hui. La maladie est restée limitée dans la rade, la ville n'a, pour ainsi dire, pas souffert, les nouveaux venus eux-mêmes ont été épargnés; enfin, les malades des navires ont pu être soignés à l'hôpital à côté des malades ordinaires sans qu'on ait eu à déplorer aucun cas de transmission des premiers aux seconds, et cependant, pour bon nombre de ceux-ci, on ne saurait invoquer l'immunité acquise puisqu'ils venaient de l'intérieur du pays.

Que faut-il conclure de ces faits? Non pas d'une manière générale que la maladie ne peut se transmettre des individus infectés aux individus indemnes, attendu qu'à Pernambuco comme ailleurs, on a maintes fois constaté le contraire; mais que, dans la circonstance présente, le génie épidémique offrait peu de malignité, que le miasme infecteur, qui produit la fièvre jaune, n'a pas rencontré des conditions extérieures favorables à la propagation; ce ne serait pas une raison de s'endormir dans une fausse sécurité, et d'admettre qu'une autre épidémie devra suivre naturellement une marche aussi favorable. Telle est la conclusion que tire le docteur Ramos des faits que je viens d'exposer, conclusion qui est aussi celle de votre rapporteur.

Quant à cette circonstance que la maladie continue à sévir dans la rade tandis que la ville est indemne, elle s'explique facilement par des conditions de la salubrité différentes pour l'une et pour l'autre; or on sait que les miasmes, semblables en cela aux ferments, ont besoin pour vivre, se développer et se reproduire, d'un milieu favorable; il ne répugne nullement d'admettre que le milieu favorable se rencontre à bord des navires de commerce, lesquels, en général, sont loin, comme on le sait, d'offrir des modèles de bon aménagement hygiénique.

Rien d'étonnant, dès lors, à ce que la maladie se perpétue dans la rade, tandis que la ville demeure préservée; il y a lieu de penser aussi que les conditions météorologiques qui constituent un adjuvant si puissant de toute épidémie n'aient pas été favorables au développement de l'épidémie actuelle de Pernambuco. Le docteur Ramos a remarqué qu'à bord d'un navire tous les cas présentent sensiblement le même degré de gravité, de sorte que si le premier individu atteint vient à succomber, il y aura beaucoup de chance pour que le chiffre des décès soit relativement considérable, tandis que si les premiers cas observés sont légers, il est probable que la mortalité sera peu élevée, quand bien même tout le personnel du vaisseau serait successivement atteint, cela vient à l'appui de ce que nous disions plus haut de l'action spéciale du navire dans l'élaboration des miasmes.

Les conseils qu'il donne aux équipages des navires infectés, c'est de descendre le moins possible dans la cale et d'éviter de coucher à bord; les navires espagnols en rade à Pernambuco, dont les capitaines ont généralement mis ces conseils en pratique, ont eu une mortalité moins élevée que ceux des autres nations à bord desquels ils n'étaient pas suivis. On sait que la meilleure chance d'être préservé de la fièvre jaune, c'est d'être acclimaté dans les pays où elle règne, ou mieux d'avoir déjà subi l'atteinte du mal; pour les nouveaux venus il existe des règles hygiéniques auxquelles ils devront se soumettre et que nous allons passer rapidement en revue.

Il est clair, sans qu'il soit besoin d'insister, qu'ils devront

(1) Charles Belot, *la Fièvre jaune à la Havane*, page 157. — Paris, J. B. Baillière, 1865.

s'abstenir des excès de quelque nature qu'ils soient, ils devront éviter avec soin de s'exposer aux rayons brûlants du soleil ; les médecins des pays tropicaux considèrent, en effet, l'insolation comme une cause occasionnelle de la fièvre jaune.

Le docteur Ramos s'est bien trouvé de prescrire le matin un bain frais suivi d'une tasse de chocolat ou de café noir; il insiste pour que la nourriture soit substantielle et de facile digestion; il ne proscrit pas les fruits du pays à condition que eux aussi soient de facile digestion; il n'est nullement partisan des vomitifs et des purgatifs pris à titre de moyen préservatif; il craint, en affaiblissant le malade de le désarmer contre les chances d'intoxication; l'influence d'un climat chaud comme celui de Pernambuco étant débilitante en elle-même par suite de la prédominance des fonctions éliminatrices sur les fonctions assimilatrices, ce n'est pas à des agents débilitants comme les purgatifs qu'il convient de recourir; contre l'inertie intestinale si fréquente et la constipation qui en résulte, il fait usage d'un condiment stimulant, le *pimenta malagueta*, dont l'emploi est général dans le pays et qui tout en excitant l'appétit rend l'exonération de l'intestin plus régulière; il a remarqué que les navires espagnols où, d'après ses conseils, les pratiques que je viens d'énumérer sont en vigueur, ont eu moins de malades que ceux des autres nations. (*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Les Facultés de médecine en France (1).

Résumé : choix des villes de Bordeaux et de Lyon. — Il nous reste à résumer les résultats de cette longue étude analytique et à formuler les conclusions qui en découlent naturellement. Ce résumé sera chose facile, puisqu'il nous suffira de faire une sorte de tableau des conditions diverses que nous avons indiquées, et du rang que nous avons, à leur propos, assigné aux diverses villes.

a) Position géographique : Bordeaux, Lyon, Nantes, Toulouse, Lille, Marseille.

b) Relation avec les origines des médecins et les besoins de la population : Bordeaux, Lyon, Toulouse, Nantes, Marseille, Lille.

c) Population et ressources hospitalières : Lyon, absolument hors pair; puis Marseille et Bordeaux, Lille, Nantes, Toulouse.

d) Mouvement intellectuel général et moyens d'étude scientifique : Lyon, Bordeaux, Toulouse, Lille, Nantes, Marseille.

e) Etablissements préexistants d'enseignement supérieur : Toulouse, Lyon, Bordeaux, Marseille, Lille, Nantes.

f) Importance des écoles secondaires : quantité et qualité des élèves : Lyon, Bordeaux, Toulouse, Marseille, Nantes, Lille.

g) Valeur et autorité du corps médical dans son ensemble : Lyon, Bordeaux, Nantes, Toulouse, Marseille, Lille.

h) Offres des villes : Lyon, Bordeaux, Toulouse, Lille, Nantes, Marseille.

Ainsi, partout les noms de Lyon et de Bordeaux se plaçant en première ligne, appellent et commandent le choix de votre commission; ainsi l'analyse minutieuse et, s'il est permis d'employer ici cette expression, scientifique des faits confirme ce que le bon sens public avait d'abord pressenti, justifie les réclamations anciennes déjà des corps savants ou adminsistratifs, et concorde avec l'opinion de ministres à qui le temps seul a manqué pour accomplir ce que nous allons vous demander de décider aujourd'hui.

La question de l'établissement d'une faculté de médeciene à Lyon et à Bordeaux n'a pas attendu, pour se poser, l'heure où nos désastres nous privaient de la faculté de Strasbourg; elle n'est pas née, comme certaines autres, de cet entraînement d'émulation et d'imitation qui peut faire prendre les désirs pour des droits et la bonne volonté par la possibilité.

Une rapide revue rétrospective suffira pour nous en convaincre.

Dès 1826, dans la discussion du projet de loi sur les écoles secondaires de médecine, Lyon était placé à côté de Bordeaux, par les orateurs de la chambres des pairs (Chaptal, Cornet, Mounier), qui demandaient la création de trois facultés nouvelles.

En 1837, le savant doyen de la faculté de Paris, Orfila, disait : « Si l'on veut créer une faculté de médecine à Lyon, on y trouvera tous les éléments nécessaires. »

En 1847, dans la discussion à la chambre des pairs, sur l'organisation des écoles secondaires de médecine, M. Cousin s'exprimait dans les termes suivants :

« Lyon, qui domine le Rhône et la Saône, les riches et populeuses villes de Bourgogne, Lyon, la deuxième capitale de l'empire, avec son immense population et ses ressources scientifiques et littéraires de tout genre, n'a qu'à montrer son magnifique Hôtel-Dieu. Un étranger qui viendrait parmi nous et auquel on dirait que la ville de Lyon n'a pas de faculté de médecine, croirait qu'on abuse de sa candeur... »

M. Wurtz, doyen actuel de la faculé de médecine de Paris, traduisait ainsi son opinion sur les ressources de la ville de Lyon : « Parmi les villes que l'on pourrait choisir, Lyon s'impose immédiatement... De toutes les villes de province, Lyon possède les hôpitaux les plus vastes et les mieux administrés. Pour l'anatomie, la médecine et la chirurgie pratiques, une faculté y trouverait des ressources comparables à celles de Paris. »

Enfin M. le professeur Denonvilliers, inspecteur général pour la médecine, examinant la question de savoir dans quelle ville il conviendrait d'établir les professeurs de la faculté de Strasbourg, disait :

« En passant de l'école de Nancy à celle de Lyon, on se sent changer de terrain : là tout est correct, mais étroit et petit ; ici tout est large et grand..... Lyon a tout ce qu'il faut pour l'établissement d'une faculté de médecine : nulle ville en France, sauf Paris, ne dispose d'autant d'éléments et d'excellents éléments d'étude..... L'heureuse réunion de toutes ces conditions indiquait depuis longtemps la ville de Lyon comme le siége d'une future faculté de médecine; le cours des événements politiques est venu plus d'une fois rompre ce projet en cours d'exécution. Aujourd'hui..... pourquoi hésiter, et d'où viendrait l'obstacle? »

Aussi n'est-il pas étonnant que, à maintes reprises depuis 1838, les conseils généraux du Rhône, les conseils municipaux de la ville de Lyon ; les sociétés médicales et savantes de la circonscription, le conseil d'administration des hospices et hôpitaux civils, qui prouvait ainsi son désir de favoriser de tout son pouvoir le fonctionnement de la faculté, aient demandé instamment la transformation en faculté de l'école de médecine de Lyon. Depuis le traité d'annexion de 1860, les départements de la Savoie, dont les étudiants ont dû quitter Turin pour Paris, se sont joints à ces réclamations.

Tous ces arguments ont fait sur le conseil supérieur de l'instruction publique une impression triomphante; dans sa séance du 19 juin 1873, il a décidé l'établissement immédiat d'une faculté de méflecine à Lyon.

Des objections ont été faites à l'établissement d'une faculté à Lyon. Ces objections datent de loin, ce qui prouve que le projet lui-même apparaît depuis longtemps comme véritablement sérieux. Elles se trouvent toutes résumées dans une brochure intitulée *Observations présentées à M. le ministre de l'instruction publique par la faculté de médecine de Montpellier au sujet de la création d'une nouvelle faculté de médecine* (mai 1871). Nous ne saurions mieux faire que de reproduire brièvement les arguments qui se présentent à nous sous le couvert d'une telle autorité.

La brochure ne se contente pas d'affirmer que la création d'une faculté à Lyon porterait « une atteinte grave à l'existence de l'école de Montpellier »; elle pense démontrer d'une manière générale qu'il est inutile, non-seulement de créer une faculté nouvelle, mais même d'essayer de remplacer la faculté supprimée de Strasbourg (la translation de celle-ci à Nancy n'avait pas encore été décidée). Elle croit le faire en affirmant purement et simplement que « les deux facultés existantes de Paris et Montpellier suffisent parfaitement pour répandre l'instruction médicale dans les conditions les plus satisfaisantes», et que « la multiplication des facultés n'aurait aucune influence notable sur l'accroissement des aspirants au doctorat ». L'étude statis-

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 4, 7, 9, 14, 16 et 18 juillet.

tique détaillée que nous avons faite de la situation dans le chapitre II, montre la fragilité de cette argumentation. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 16 juillet 1874, des concours pour des emplois de chefs de travaux anatomiques s'ouvriront, le 18 janvier 1875, près les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie d'Alger, d'Amiens, d'Angers, d'Arras, de Besançon, de Caen, de Clermont, de Dijon, de Grenoble, de Lille, de Nantes, de Poitiers, de Rennes, de Rouen, de Toulouse et de Tours.

— Par arrêté en date du 16 juillet 1874, des concours pour des emplois de suppléants s'ouvriront, le 18 janvier 1875, savoir :

Près l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, pour la chaire de pathologie externe et accouchements ;

Près l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, pour la chaire d'accouchements.

— Par arrêté en date du 16 juillet 1874, des concours pour des emplois de suppléants s'ouvriront, le 17 février 1875, savoir :

Près l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de :

Amiens, pour la chaire de pathologie externe.

Arras, pour la chaire d'anatomie et physiologie.

Besançon, pour la chaire de chimie et pharmacie.

Caen, pour la chaire de pathologie interne.

Clermont, pour la chaire de pathologie interne.

Lille, pour la chaire de pathologie externe.

Limoges, pour la chaire de chimie et pharmacie.

Nantes, pour la chaire de pathologie interne.

Poitiers, pour la chaire de pathologie externe.

Reims, pour la chaire de chimie et pharmacie.

Rennes, pour la chaire de chimie et pharmacie.

Rouen, pour la chaire d'anatomie et physiologie.

Toulouse, pour la chaire de thérapeutique et histoire naturelle.

— Par arrêté en date du 16 juillet 1874, des concours pour des emplois de suppléants s'ouvriront, le 17 mars 1875, près l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de :

Amiens, pour la chaire de chimie et pharmacie.

Besançon, pour la chaire d'anatomie et physiologie.

Nantes, pour la chaire d'anatomie et physiologie.

Poitiers, pour la chaire de chimie et pharmacie.

Rouen, pour la chaire de pathologie externe.

— Par arrêté en date du 16 juillet 1874, des concours pour des emplois de suppléants s'ouvriront, le 17 avril 1875, près les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de :

Besançon, pour la chaire de pathologie externe.

Nantes, pour la chaire de thérapeutique et histoire naturelle.

Poitiers, pour la chaire d'anatomie et physiologie.

— *Corps de santé militaire.* — Par décret en date du 14 juillet 1874, ont été promus :

Au grade de médecin-inspecteur : M. Didiot, secrétaire du conseil de santé des armées.

Au grade de médecin principal de 1re classe : MM. Jacquemin et Lasserre.

Au grade de médecin principal de 2me classe : MM. Delcominète et Widal.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Cret-Duverger, Chevassu, Roux et Belay.

Au grade de médecin-major de 2me classe : MM. Joliclerc, Piales d'Astrex, Debout, Ramonet.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : M. Delcusse.

Au grade de pharmacien-major de 2me classe : M. Balland.

— Un service spécial pour les maladies des yeux a été créé à l'hôpital civil du Havre et placé sous la direction de notre collaborateur le docteur Brière, ancien chef de clinique du docteur Sichel. Le docteur Brière a établi en outre, dans la même ville, un dispensaire où les indigents sont admis gratuitement les lundis, mercredis et vendredis, de 10 à 12 heures.

— M. le docteur Edouard Baudrimont vient d'être nommé, à la suite de brillantes épreuves, chirurgien-adjoint des hôpitaux de Bordeaux.

— On désirerait se mettre en rapport avec un médecin âgé, exerçant à Paris, qui voudrait vendre sa clientèle ou la céder en partie. — Écrire à D. D., au bureau du journal.

— Clientèle à céder immédiatement dans Eure-et-Loire : localité située entre deux chemins de fer ; rapport annuel : 8,000 francs. — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la fièvre jaune au Sénégal. Étude faite dans les hôpitaux de Saint-Louis et de Gorée, par le docteur Bérenger-Féraud, médecin en chef de la marine, etc. — 1 vol. in-8°. — Prix : 7 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Grossissement des images ophthalmoscopiques, par le docteur Landolt. — In-8° avec figures. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 85. — JEUDI 23 JUILLET 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 23 JUILLET 1874. — N° 85.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le long mémoire de M. Féréol, dont la lecture faite d'un ton rapide a pris près d'une heure et demie, est beaucoup trop nourri pour qu'il soit possible de l'analyser en quelques lignes.

C'est, à propos d'un fait observé récemment, la discussion assez complète des travaux modernes sur la rage.

Plusieurs questions y sont surtout étudiées avec soin.

D'abord celle de savoir si la rage est toujours chez l'homme une maladie communiquée et virulente : si elle ne peut jamais y naître spontanément, en dehors de toute morsure, de tout contact de salive rabique, et sous l'influence, soit de la terreur, soit de quelque autre émotion morale. Des faits assez nombreux déjà ont été produits en faveur de l'hypothèse d'une éclosion parfois spontanée de la rage. M. Féréol les a rassemblés, mais ils ne lui semblent point probants.

Suivant lui, la rage est par excellence une maladie spécifique, c'est un syndrome, parfaitement déterminé au point de vue clinique et que peut seul produire le germe virulent spécial.

L'hydrophobie en tant que symptôme est loin d'être rare ; on la rencontre dans certaines affections nerveuses ou mentales. Alors les malades ont horreur de toute boisson et de tout aliment; la vue des liquides ou des corps brillants leur donne des spasmes œsophagiens et respiratoires. Ils peuvent mourir en cet état; mais ce n'est pas là de la rage.

Dans la rage vraie, les malades voudraient pouvoir arriver à boire ; ils se prêtent à toutes les tentatives qu'on fait dans ce but. Souvent ils parviennent à ingurgiter quelques gorgées d'aliments liquides. La crainte de l'eau est un phénomène exclusivement physique chez eux ; tandis que, chez les hydrophobes d'un autre genre, c'est un phénomène surtout mental.

L'enragé meurt vite : non point faute de manger, ou de boire, ou de respirer ; il n'asphyxie pas, à proprement parler : il tombe dans une espèce de torpeur comateuse qu'on a appelée période paralytique, ou bien il succombe subitement ; et, dans les deux cas, il semble que ce soit par un épuisement de l'influx nerveux.

L'écume bronchique sanguinolente qu'on trouve à l'autopsie remplissant la trachée et le reste de l'arbre aérien, jusqu'à ses fines divisions, ne tient donc point à l'asphyxie. C'est, au contraire, le résultat de la lésion fondamentale au point de vue anatomique. Ce que l'enragé crache à chaque instant dans la période terminale de la maladie, ce n'est point un produit des glandes salivaires : c'est le produit spécial et virulent d'une bronchite spécifique. La toux est rare, parce que les bronches sont dans un état d'anesthésie, comme la surface cutanée ; mais leur sécrétion, spumeuse, rejetée par expuition, encombre le larynx et y occasionne les mouvements de vomiturition qui précèdent le crachement.

Quand les choses se passent ainsi, on peut être sûr qu'il s'agit de la vraie rage. Tel était le cas chez le malade observé chez M. Féréol, et qui vint mourir d'hydrophobie dans son service deux ans et demi après avoir été mordu.

Il faudrait donc admettre des incubations longues, beaucoup plus longues que la période de quelques mois généralement fixée par les auteurs classiques. Ceci paraît une des conclusions les moins discutables du mémoire de M. Féréol.

Peut-être, en effet, serait-il bon de faire quelques réserves au sujet de l'étiologie des crachements et de l'écume bronchique.

Peut-être aussi n'est-il pas bien prouvé que le syndrome rabique soit toujours si distinct des autres genres d'hydrophobie.

Peut-être serait-ce aller bien loin que de refuser au système nerveux, en l'absence du germe virulent, le pouvoir d'imiter non-seulement les spasmes, mais tous les troubles fonctionnels de la vraie rage.

La paralysie ou la destruction des pneumogastriques n'a-t-elle pas souvent pour conséquence, presque directe, une congestion hypersecrétoire de l'arbre aérien ?

Certaines maladies nerveuses, telles que le tétanos, ne représentent-elles pas quelque chose d'analogue à un syndrome ontologique parfaitement caractérisé au point de vue clinique, bien qu'il n'y ait rien de spécifique ou de virulent dans leur origine ?

N'a-t-on pas ainsi des entités, vraiment médicales, telles que l'érysipèle, l'hystérie et bien d'autres, qui ne répondent pas au fond à des unités étiologiques ?

N'est-il pas d'ailleurs admissible qu'un poison morbide, agissant d'une façon spéciale sur un groupe d'organes, par exemple sur un groupe de nerfs crâniens, puisse emprunter sa physionomie symptomatique aux actions propres de ces organes ou de ces nerfs, modifiées dans un certain sens ? En d'autres termes, que la spécialité pathologique réponde parfois comme expression à une autre spécialité, celle-là toute physiologique, et qui peut être mise en jeu par d'autres causes ?

Il reste donc encore des doutes après la lecture du mémoire de M. Féréol; mais on n'en doit pas moins tenir compte à l'auteur des efforts consciencieux qu'il a faits pour dissiper

ces doutes. Aussi son travail, bien qu'un peu long pour une lecture académique, est-il vraiment digne d'éloges.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SÉE.

Des troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice

Par M. le docteur GALEZOWSKI.

(Leçon recueillie par M. le docteur A. BROCHIN.)

M. le professeur G. Sée a consacré une série de leçons à l'étude de l'ataxie locomotrice. Nous reproduisons ici l'une d'entre elles, dans laquelle l'éminent professeur de la Charité, après avoir indiqué quelques-uns des troubles oculaires qu'on observe dans l'ataxie locomotrice, a laissé la parole à M. le docteur Galezowski, dont on connaît la parfaite compétence en pareille matière, pour exposer les altérations que subit le nerf optique dans cette maladie et les comparer à celles qu'on observe dans d'autres affections telles, par exemple, que la syphilis, la glycosurie, les tumeurs cérébrales, etc.

Les troubles que l'on constate du côté des yeux dans l'ataxie locomotrice, dit M. G. Sée, sont de plusieurs sortes :

1° Ce sont d'abord des troubles dans les mouvements des yeux, caractérisés principalement par la paralysie des muscles de l'œil et la paralysie ou la contraction de la pupille et du muscle accommodateur. 2° Ce sont aussi les troubles chromatiques ou une cécité partielle pour les couleurs. 3° Enfin, on observe des altérations de la papille du nerf optique.

Comme dans ces derniers temps on s'est occupé des atrophies de la papille et qu'on a voulu leur attribuer une signification toute spéciale et pathognomonique de l'ataxie, il est indispensable de savoir si réellement l'altération ataxique du nerf optique appartient uniquement à la maladie que nous étudions. C'est ce que va nous apprendre M. Galezowski, à qui nous laissons maintenant la parole.

M. Galezowski s'est exprimé à peu près en ces termes :

Messieurs, la papille du nerf optique subit des changements très-notables dans l'ataxie locomotrice. Elle pâlit progressivement et finit par s'atrophier complétement, ce qui constitue l'état pathologique désigné sous le nom d'*atrophie progressive du nerf optique*.

Quels sont les signes qui caractérisent cette observation? Retrouve-t-on la même lésion dans d'autres maladies? Telles sont les questions que nous allons chercher à résoudre.

L'atrophie progressive de la papille du nerf optique est caractérisée par la disparition des vaisseaux capillaires et nourriciers de ce nerf, avec conservation du volume presque normal de l'artère et la veine centrales. Ce disque optique devient blanc nacré, presque luisant et quelquefois prend une teinte légèrement grisâtre.

Sa *forme* ne diffère presque pas de l'état physiologique. En effet, si l'on compare la forme de différentes papilles normales avec celle de papilles atrophiées, on voit qu'elle ne change pas. Ce point est important, car nous verrons plus loin qu'il n'en est plus de même dans les atrophies consécutives aux tumeurs cérébrales et à la méningite, affections que M. le professeur G. Sée a étudiées avec vous à la fin de l'année scolaire qui vient de s'écouler.

Le *volume* du nerf optique ne change pas non plus dans l'ataxie locomotrice. Au premier abord, on pourrait croire qu'un organe qui s'atrophie doit conséquemment prendre des proportions moindres. L'examen ophthalmoscopique ne révèle pas ce changement, et la papille conserve toujours son volume normal. Cela tient à ce que le trou sclérotical qui la limite ne peut pas se rétracter et que les fibres optiques atrophiées sont remplacées par du tissu fibreux, ce qui donne un aspect blanchâtre et nacré, et il n'en résulte aucune modification apparente dans les dimensions de la papille.

Le processus pathologique qui s'accomplit dans le nerf optique n'est nullement de nature inflammatoire; c'est une simple dégénérescence grise des fibres nerveuses, comme l'ont démontré Lebert et Charcot. Cette lésion se produit dans la substance du nerf optique sans la moindre trace d'infiltration séreuse ou d'exsudat. C'est pourquoi, à l'examen ophthalmoscopique, on voit la papille avec ses contours nets, franchement accusés et tranchant d'une manière marquée au fond de l'œil.

C'est dans la modification de la *vascularisation* de la papille qu'on trouve les signes pathognomoniques de son atrophie chez les ataxiques. Mais il ne faut pas croire que ce soient l'artère et la veine centrales du nerf optique qui présentent ces modifications. Le nerf optique peut rester atrophié pendant plusieurs années sans que les vaisseaux centraux présentent le moindre changement dans leur aspect. Lorqu'on examine une papille normale, on voit généralement une branche principale artérielle et veineuse sortir du centre de la papille et se subdiviser en deux rameaux, dont l'un se porte à la partie supérieure et l'autre à la partie inférieure. De là, ces vaisseaux se distribuent en se bifurquant dichotomiquement sur toute la rétine; ce sont ces vaisseaux que nous appelons *vaisseaux centraux du nerf optique et de la rétine*. On aperçoit, en outre, sur les parties latérales de la papille, des branches moins volumineuses, dont les unes dérivent des vaisseaux centraux et dont les autres se perdent dans la masse du nerf optique. Ce sont ces vaisseaux collatéraux et les capillaires qui nourrissent les fibres optiques. Ce sont ces mêmes capillaires, naissant de la gaîne interne de la pie-mère, qui donnent une coloration rosée à toute la papille, excepté à son centre, où l'on voit habituellement une tache rosée, blanche, non vasculaire, provenant de l'excavation physiologique.

Donc voici ce que l'examen de l'appareil vasculaire de la papille révèle de particulier à l'atrophie progressive : tandis que les vaisseaux centraux restent pendant des années sans changement apparent, alors même que l'atrophie de la papille est déjà complète et définitive, les capillaires, au contraire, et les vaisseaux dits nourriciers du nerf optique s'atrophient et disparaissent presque totalement dès le début de l'affection. C'est ainsi qu'on peut expliquer la coloration blanche, nacrée de la papille atrophiée. Cette coloration n'est due à aucune exsudation ni épanchement; elle est simplement le résultat de cette absence de vascularisation.

Dans l'ataxie locomotrice, l'atrophie de la papille existe ordinairement dans les deux yeux; mais elle peut y apparaître à des périodes très-éloignées. Un œil peut être atteint plusieurs mois avant l'autre. La lésion du nerf optique ne s'étend pas à la rétine, ou, du moins, l'ophthalmoscope ne révèle dans cette dernière aucune altération; elle reste transparente et vasculaire, comme à l'état physiologique.

Voyons maintenant si de semblables altérations s'observent dans d'autres affections que l'ataxie locomotrice?

L'atrophie de la papille s'observe aussi dans la méningite et les tumeurs cérébrales, dans la glycosurie, dans l'alcoolisme, dans la syphilis, dans l'embolie de l'artère centrale et dans certaines variétés du ramollissement cérébral.

Dans la méningite et les tumeurs cérébrales, les lésions du nerf optique sont identiques : elles consistent dans une névrite optique caractérisée par un gonflement de toute la masse du

nerf au-delà du trou sclérotical. Il en résulte un étranglement de tous les vaisseaux de la papille et sa stase veineuse avec des varicosités à son pourtour, d'où une infiltration péripapillaire. Plus tard, les exsudations se résorbent, la papille s'atrophie, mais en conservant sur ses limites des taches exsudatives blanchâtres, qui semblent l'augmenter de volume et rendre en même temps ses contours diffus et irréguliers.

Un autre signe caractérise cette atrophie, ce sont les vaisseaux centraux qui conservent leur direction variqueuse pendant la période d'atrophie, mais qui sont en même temps sensiblement rétrécis. Jamais on ne trouve d'infiltrations et d'exsudations semblables dans les atrophies de l'ataxie locomotrice.

Les troubles visuels qu'on observe chez les glycosuriques sont très-variés; ils sont consécutifs à une rétinite, à une atrophie de la papille, à une amblyopie sans aucune lésion et à des cataractes. L'atrophie de la papille, chez les glycosuriques ne diffère absolument en rien de celle que l'on rencontre chez les ataxiques : elle est aussi blanche et nacrée, les vaisseaux centraux conservent leur aspect normal, tandis que les capillaires disparaissent, et il n'y a pas la moindre trace d'infiltration au pourtour. Il n'y a que l'examen des urines qui puisse fixer sur la véritable nature.

L'alcoolisme amène aussi très-fréquemment des troubles visuels analogues à ceux de l'ataxie; seulement l'atrophie de la papille est précédée, pendant plusieurs mois, d'amblyopie sans aucune lésion. Peu à peu la papille devient blanche, nacrée, et les vaisseaux s'atrophient. L'abus de l'alcool longtemps continué amènera, comme l'ataxie, la cécité complète. Chez l'alcoolique de même que chez l'ataxique, les deux yeux sont atteints, avec cette différence pourtant que, chez le premier, l'affection oculaire marche pour ainsi dire parallèlement dans les deux yeux, tandis que chez le second, comme nous l'avons vu, les troubles de l'un des yeux précèdent parfois de plusieurs mois ceux de l'autre.

Chez les syphilitiques les altérations de la vue sont très-nombreuses et très-variables : tantôt c'est une choroïdite ou une rétinite qui entraîne la cécité; tantôt, au contraire, c'est une atrophie simple et progressive des papilles. A la suite de la rétinite ou de la choroïdite, il se déclare très-souvent une atrophie de la papille, mais qui, dans la majorité des cas, ne pourra pas être confondue avec l'atrophie progressive de l'ataxique, par cela même qu'on y trouve des traces concomitantes de la lésion de la rétine et de la choroïde. C'est ainsi qu'on voit des infiltrations séreuses sur la rétine et souvent des dépôts pigmentaires plus ou moins nombreux sur toute l'étendue de la choroïde. Dans certains cas, lorsque l'atrophie de la papille de nature syphilitique se déclare d'emblée, il est impossible alors de la distinguer de l'atrophie ataxique, d'autant plus que l'atrophie syphilitique peut aussi se rattacher à une altération de la moelle d'origine syphilitique. En pareil cas, en effet, la maladie débute d'une manière lente dans les deux yeux et suit la marche progressive. Le nerf optique devient blanc, nacré et, si l'on ne trouve pas d'altération concomitante, soit du côté de l'iris, soit dans la choroïde ou le corps vitré, l'ophthalmoscope seul est impuissant à éclairer le diagnostic.

Il est aisé de reconnaître l'atrophie de la papille consécutive à une embolie de l'artère centrale, que la maladie soit à son début, ou qu'elle se présente après un temps plus ou moins long. D'abord cette affection n'existe presque jamais dans les deux yeux et se déclare d'une manière subite et instantanée. Si l'on examine dès le début les malades qui en sont atteints, on constate une infiltration séreuse sur la rétine et la disparition presque complète de l'artère centrale. Plus tard, lorsque l'infiltration a disparu, il ne reste qu'une atrophie de la papille analogue à l'atrophie progressive de l'ataxique. Seulement on constate très-souvent une ou plusieurs branches artérielles oblitérées et transformées en une sorte de cordon fibreux. Si l'on ajoute à cela le début brusque de la maladie et la persistance dans un seul œil, le doute n'est plus permis.

Certaines variétés de ramollissement cérébral peuvent donner lieu à une atrophie de la papille progressive, et ici deux conditions peuvent se présenter : ou bien la papille présentera tous les signes de l'atrophie progressive sans aucune différence avec l'ataxique, et alors le diagnostic ophthalmoscopique sera impossible; ou bien on verra de légères infiltrations séreuses au pourtour de la papille atrophiée, et ce sera le signe distinctif de l'atrophie liée au ramollissement cérébral.

MORT SUBITE

CHEZ UN ENFANT OPÉRÉ DE LA TRACHÉOTOMIE DEPUIS TROIS MOIS. — AUTOPSIE. — VÉGÉTATION DE LA TRACHÉE.

Par le docteur M. Krishaber (1).

Considérations.

L'observation que je viens de vous communiquer, messieurs, peut se résumer en quelques mots.

Un enfant atteint depuis quelques mois de toux et parfois de difficultés respiratoires passagères, toujours sans altération de la voix, est pris d'angine à l'occasion de laquelle apparaissent soudainement des phénomènes d'asphyxie imminente qui nécessitent la trachéotomie. La canule ne peut être enlevée que trois semaines après l'opération. La canule enlevée, il survint une série de jours de calme complet suivi d'une série d'autres jours où l'enfant était atteint de cornage d'abord nocturne, puis nocturne et diurne. Il se passe ensuite trente-deux jours de calme et de bien-être absolus, suivis de nouveaux accès d'étouffements, et le tout se terminant à l'occasion d'une émotion morale, par la syncope et la mort.

L'autopsie montre une végétation polypiforme de la trachée et une petite érosion à côté de la végétation. Le larynx est absolument indemne de toute lésion, ce qui concorde avec l'intégrité persistante de la voix pendant toute la durée des accidents.

Cette observation se présente sous des apparences très-contradictoires.

Qu'est-ce que la tumeur que nous avons sous les yeux?

Selon ma première pensée, elle était constituée de bourgeons charnus ayant pris une forme et un développement insolites; cette impression se trouvait d'accord avec ce que j'avais supposé du vivant du petit malade, impression que j'avais communiquée à mes confrères M. D... le père de l'enfant, à M. de Saint-Germain, et, après l'autopsie, à M. Peter. Ce dernier en a fait depuis le sujet de quelques observations à la Société médicale des hôpitaux. La tumeur paraissant avoir pris naissance sur la cicatrice trachéale elle-même, je dus nécessairement être conduit à cette interprétation.

Mais je n'hésite pas à déclarer qu'un examen plus approfondi a fait naître des doutes dans mon esprit. J'avais évité jusque-là, par des égards qu'imposait la situation, de demander à M. le docteur D... un récit très-circonstancié sur les antécédents de son enfant; mais, en face de la publication qui a été faite des observations de M. Peter, j'ai dû recueillir l'histoire du petit malade jusque dans ses moindres détails.

Je dois dire que mes conclusions sont aujourd'hui moins affirmatives qu'au moment de l'autopsie, alors que certaines circonstances sur les antécédents de l'enfant m'étaient encore inconnues et que l'examen même de la pièce anatomique venait d'être fait un peu sommairemant et avec la pensée d'y revenir plus tard très-attentivement, lorsque l'histoire du petit malade me serait communiquée dans tous ses détails.

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 21 juillet 1874.

Voici le larynx et la trachée avec sa tumeur; en l'examinant, vous verrez qu'elle est pédiculée, ce qui n'est pas le propre des bourgeons charnus; son corps est conique dans ce sens que la petite extrémité se trouve du côté du pédicule.

La macération prolongée dans l'alcool a fait ressortir en outre, sur la surface de la végétation, des divisions qui avaient été fort peu sensibles sur la tumeur à l'état frais. Actuellement elle est mûriforme et a absolument l'aspect d'une végétation polypeuse.

J'espère un peu que l'examen histologique pourra nous éclairer sur la nature de cette tumeur, qui, par *son siége* sur la cicatrice, implique l'idée de bourgeons charnus et, par *sa forme*, celle d'un papillome.

Quant aux renseignements qui m'ont été fournis, il en résulte — je l'ai dit au début de l'observation — que l'enfant toussait depuis longtemps avant l'apparition des difficultés respiratoires qui ont nécessité la trachéotomie; en outre, et c'est ce fait qui me paraît particulièrement important, il avait été pris d'un accès de suffocation la veille de ma première visite, accès qui s'était complétement apaisé, mais qui s'était renouvelé dans la suite, présentant ainsi exactement le même caractère intermittent que les accès de suffocation qui sont survenus beaucoup plus tard et après l'enlèvement de la canule. Ajoutez à cela que l'enfant n'avait à aucun moment rejeté de fausses membranes.

Une autre particularité me semble importante, c'est que la trachéotomie à peine faite, l'enfant paraissait guéri : tout rentrait dans l'ordre comme par enchantement. Ce n'est pas ainsi que se passent les choses dans le croup dont les symptômes généraux ne se trouvent guère amendés par le fait même de la trachéotomie.

Toutes ces raisons me portent à émettre des doutes sur la justesse de notre diagnostic initial de croup, de sorte que sur ce point encore ma communication est moins affirmative que celle de M. Peter.

Un des côtés en apparence les plus contradictoires dans l'histoire de cet enfant consiste dans l'intermittence des accidents. Vous avez vu qu'après de nombreuses alternatives de bien et de mal, et après une guérison apparente de plus d'un mois, l'enfant est repris soudainement, et cette fois succombe.

Eh bien, ce phénomène n'est pas aussi insolite qu'il paraît l'être au premier abord : l'intermittence des accidents est, je dirai même, la règle dans les végétations des voies aériennes surtout lorsque ces végétations sont pédiculées et lorsque leur volume n'est pas assez considérable pour obstruer ces voies presque complétement.

L'intermittence des phénomènes a deux facteurs qui sont : 1° l'irritation inflammatoire qui est occasionnelle et qui boursoufle la muqueuse et 2° le spasme de la glotte.

Il est donc possible que j'ai été témoin d'un accès de ce genre lorsque pour la première fois je vis le petit malade.

Les anciens auteurs admettaient la possibilité de la transformation des fausses membranes en ce qu'ils appelaient des « concrétions polypeuses ». Mais je pense que nos notions histologiques actuelles ne nous permettent pas de discuter cette opinion. Ce qui résulte des observations de ces auteurs, c'est qu'ils ont trouvé des végétations dans le larynx d'enfants morts avec des phénomènes d'asphyxie qui avaient simulé le croup, comme dans le fait dont je vous entretiens, à cela près que la tumeur était dans le larynx et non dans la trachée.

M. le docteur Causït, dans une excellente thèse soutenue à la Faculté de Paris en 1867, a relaté quarante-six observations de polypes du larynx, dont une partie congénitale et une partie survenue en bas âge.

Le travail de M. Causït est très-consciencieusement établi; une grande partie des observations, tirées des auteurs, sont transcrites *in extenso*; et la thèse contient en outre quelques observations inédites au nombre desquelles j'avais contribué.

J'ai cependant le reproche à faire à cet auteur d'avoir recueilli, sous le titre de polypes de la trachée, des observations au nombre de trois qui n'auraient dû être reproduites que sous toutes réserves.

La première appartenant à Warren et extraite des *Transactions de Londres* de 1767, a trait à une jeune fille de huit ans qui, pendant plusieurs mois, rejetait des « concrétions polypeuses ». Elle guérit spontanément. L'observation relate bien qu'il y eut des difficultés respiratoires, mais ne dit mot de l'état de la voix. Rien ne prouve que les débris de végétation venaient de la trachée.

La seconde observation, beaucoup plus récente (1847), appartient au docteur Van Meerbeck (*Gaz. méd. de Paris*, 1847, p. 263). Elle n'aurait point dû figurer dans l'excellent travail de M. Causït.

Il s'agit d'un enfant de douze à treize ans qui expectorait « des concrétions ramifiées et paraissant moulées sur les divisions de l'arbre bronchique ». L'auteur se complaît dans de bien longs détails et conclut à la guérison de son malade par l'acide et l'éther nitriques *pris à l'intérieur*.

La troisième observation, empruntée au docteur Casper, a trait à un enfant de douze ans, et présente beaucoup d'analogie avec la seconde.

L'existence d'un chapitre consacré aux polypes de la trachée, dans le travail de M. Causït, ne me semble par conséquent nullement justifiée. — Bien plus, en relisant toutes les observations de cette thèse et en me rapportant, pour les plus importantes d'entre elles aux originaux, j'ai vu que sur le nombre relativement élevé de polypes du larynx chez l'enfant, la trachée n'a été envahie conjointement avec le larynx qu'une seule fois. Il s'agit d'un enfant de dix ans et demi, dont l'autopsie fut faite par M. Bichard Maisonneuve, et la pièce présentée à la Société anatomique (1856, 2e série, t. L, p. 43).

Dans les publications des cinq années écoulées depuis la thèse de M. Causït, je n'ai pu relever que treize observations nouvelles de polypes du larynx chez l'enfant. Les auteurs qui les ont publiées sont MM. Johnson, de Londres; Gauby, de New-York; Bruns, de Tubinque; Merkel, de Leipzig; Atlée, de Boston; Gottstein, de Vienne; Volsolmi, de Breslau. La plupart de ces faits sont représentés par des figures que je mets sous vos yeux. Sur ces treize observations il n'y en a qu'une seule qui ait trait à un polype qui envahissait en même temps le larynx et la trachée; c'est celle de Gouby, de New-York. Nous connaissons, par conséquent, aujourd'hui cinquante-neuf observations de végétations des voies respiratoires dans l'enfance. Mais sur ce nombre il n'existe pas une seule de polype exclusivement limité à la trachée avec intégrité du larynx.

Il est aisé de rattacher des déductions diagnostiques et thérapeutiques au fait que je viens de vous communiquer.

Pour simplifier mon analyse, je donnerai le nom d'orifice laryngé à l'orifice supplémentaire de la canule de Broca, maintenant les expressions d'orifice antérieure et trachéal pour les deux orifices qui existent sur toutes les canules.

Vous vous rappelez, messieurs, que sur mon petit malade l'orifice supérieur de la canule Broca put être impunément bouché, ce qui tenait évidemment au siége de la végétation, siége dépassé en bas par la canule, qui fit communiquer ainsi directement les bronches avec le larynx. Il s'ensuit qne l'erreur était pour ainsi dire inévitable; car je dus nécessairement croire que la respiration pouvait se faire dorénavant tout à fait normalement sans la canule. Comment, en effet, comprendre que l'enfant respirant librement avec une canule dont l'orifice antérieur était hermétiquement clos, que cet enfant, dis-je, serait pris de suffocations lorsque cette canule, qui en apparence ne servait à rien, serait enlevée? Voilà justement, selon moi, le point le plus instructif de cette communication. On pourra, en effet, dorénavant établir avec certitude le diagnostic d'une entrave portée à la respiration par une lésion matérielle dont le siége est circonscrit très-exactement entre l'orifice inférieur et l'orifice laryngée d'une canule munie de trois orifices (1).

Supposez, en effet, que sur un individu, — enfant ou adulte, — la respiration avec une canule à trois orifices ait lieu librement lorsque l'orifice antérieur est bouché, et que la canule enlevée, il se produise de la dyspnée, c'est que vous aurez nécessairement affaire à une entrave trachéale et non laryngée, comme cela est arrivé dans mon fait. Il faut seulement ne pas se hâter de conclure; car vous avez vu que les accidents respiratoires, sur mon petit malade, ne sont sur-

(1) La canule de Broca est préférable à la canule à trois orifices ordinaire, en ce que la soupape de la canule Broca permet de reconnaître si l'entrave existe dans l'inspiration ou dans l'expiration. On sait que dans l'immense majorité des cas, c'est l'inspiration qui est gênée; j'ai cependant observé l'inverse tout récemment.

venus que plusieurs heures après l'enlèvement de la canule de Broca. Si, contrairement à mon fait, l'orifice supérieur étant bouché, la respiration ne peut s'établir à travers l'orifice laryngée de la canule, c'est que l'entrave est laryngée et non trachéale.

Cette division me paraît absolument exacte, je crois pouvoir dire que l'observation que j'ai l'honneur de vous présenter conduit à la possibilité de localiser la lésion, chaque fois que sur un malade trachéotomisé on ne pourra enlever la canule sans produire des difficultés respiratoires.

C'est là un fait qui me semble particulièrement important pour les enfants en bas âge, sur lesquels l'examen direct au moyen du laryngoscope est difficile ou impossible.

Qu'il s'agisse de simples bourgeons charnus ou de véritables végétations polypeuses, ce que je viens de dire s'applique aux deux cas indistinctement; il faut ajouter seulement au point de vue du traitement, que si ma première supposition doit être maintenue, si des bourgeons charnus de ce volume peuvent se former après la trachéotomie, et au dedans de la trachée, il faut avoir l'esprit éveillé sur ce fait. Je tombe alors d'accord avec M. Peter pour proposer des cautérisations de la plaie, non-seulement au dehors, mais aussi au dedans de la trachée.

S'il faut, au contraire, s'arrêter à ma seconde interprétation, si dans mon cas il s'agit de véritables végétations polypeuses, ce fait mérite votre attention, d'abord au même titre, mais aussi en ce que rien de semblable ne paraît avoir été décrit jusqu'ici.

Dans l'un comme dans l'autre cas, je me crois autorisé à formuler la conclusion générale suivante :

Il est nécessaire de maintenir la canule après la trachéotomie, tant que les moindres troubles respiratoires persistent, même lorsque ces troubles sont intermittents, jusqu'à ce qu'un diagnostic ait été établi soit au moyen d'une canule à trois orifices, soit au moyen de l'examen laryngoscopique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juillet 1874. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1874 dans les départements de la Charente, de la Charente-Inférieure, des Hautes-Alpes et dans le territoire de Belfort. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur Grimault, médecin inspecteur des eaux minérales de Baréges, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1873.

3° Le rapport général du médecin inspecteur des eaux minérales d'Évaux, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1872. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remercîments de M. Baudrimont, récemment nommé membre correspondant.

2° Une lettre de M. le docteur Auguste Voisin, qui se porte comme candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

M. le Président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Guérard, membre titulaire dans la section d'hygiène, et prononce quelques paroles dans lesquelles il rend hommage au mérite du défunt.

M. Amédée Latour offre en hommage : 1° de la part de M. le docteur Levieux, vice-président du conseil central d'hygiène publique et de salubrité de la Gironde, un volume intitulé : *Études de médecine et d'hygiène publique ;*

2° De la part de M. le docteur Jeannel, la seconde édition de son livre intitulé : *De la prostitution dans les grandes villes au dix-neuvième siècle et de l'extinction des maladies vénériennes.*

M. Henri Roger présente, de la part de M. Hertz, l'article Intermittence et fièvre intermittente, extrait du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

M. Wurtz présente le compte rendu de la deuxième session de l'Association française pour l'avancement des sciences.

LECTURE

M. Féréol lit un mémoire sur un cas d'hydrophobie rabique survenue deux ans et demi après la morsure d'un chien enragé.

Il commence par donner, dans les plus grands détails, une longue observation qu'il résume en ces termes :

« En résumé, un homme d'une excellente santé, non alcoolique, n'ayant aucun antécédent acquis ni héréditaire d'aliénation mentale, après quelques jours de tristesse et de malaise, est pris subitement d'hydrophobie ; tous les signes de la rage se manifestent et l'enlèvent en trois jours. A l'autopsie, on trouve les lésions qui ont toujours été jusqu'ici constatées dans les cas de rage communiquée.

Deux ans et demi avant l'explosion des accidents qui l'ont emporté, cet homme avait été mordu par une chienne, qui a présenté elle-même tous les symptômes de la rage, et dont l'autopsie a été faite par un vétérinaire, qui a affirmé absolument la réalité de la rage; de plus, cette même chienne allaitait, au moment où elle est devenue enragée, un petit chien, qui est mort enragé lui-même trois semaines après sa mort.

Tel est, en peu de mots, le fait important dont il s'agit maintenant de donner l'interprétation diagnostique.

Une chose paraît hors de doute d'abord : c'est que la chienne qui a mordu D... était enragée; les symptômes observés sur cet animal, la communication de sa maladie au petit qu'elle allaitait, et qu'elle léchait d'une façon insolite dans les jours qui ont précédé chez elle l'explosion des accès de fureur; la mort de ce petit chien avec les symptômes de la rage; l'autopsie faite du cadavre de la chienne, par un vétérinaire qui affirme absolument la nature de la maladie (1), tout cela ne laisse pas la moindre place au doute.

D'un autre côté, les signes morbides observés chez D... sont absolument ceux de la rage ; apyrexie au début, tristesse, insomnie, douleur dans le membre qui a été mordu jadis, puis apparition de l'hyprophobie. Le spasme laryngo-pharagien se produit devant les objets brillants, à la seule idée du liquide, de l'action de boire, à la simple agitation de l'air devant la figure, à l'approche d'un flacon d'éther; conservation de l'intelligence et de la mémoire, absence de délire partiel ; expression d'effroi pendant les spasmes; terreur secrète, intime, se traduisant par de l'agitation, du besoin de changer de place et en même temps du désir de repos, de calme, de silence, d'obscurité ; à l'aide du raisonnement et de la volonté, subissant l'influence de ceux qui l'entourent, qui le rassurent, l'encouragent, et affectent eux-mêmes une sécurité qu'ils n'ont pas, le malade parvient à manger un peu, à boire même à l'aide de quelques artifices. Il se produit ainsi un relâchement des symptômes qui a été très-souvent noté au deuxième jour de la rage virulente ; un peu de sommeil est obtenu par les lavements au chloral ; mais, bientôt les spasmes se reproduisent, l'agitation augmente, sans délire, sans fièvre, sans contractures. Dans ses accès, le malade semble obéir à une force aveugle qui le domine pour quelques instants, et sitôt que le spasme est passé, il s'excuse, demande pardon, assure qu'il va se calmer, rentre en possession de lui-même, bientôt la sputation, complétement absente jusque-là, se montre ; avec elle apparaissent les crises de fureur qui vont en augmentant de fréquence et d'intensité ; dans les intervalles, le malade a conscience de sa fin prochaine, s'attendrit sur les siens, demande un prêtre, s'exalte dans les sentiments religieux, dans les sentiments de famille, sans délirer. Il implore alors,

(1) On sait qu'il existe une preuve nécropsique certaine, infaillible, de de l'existence de la rage chez le chien : quand on trouve dans l'estomac de la bête un mélange de litière, de bois, de paille, de crin, de cuir, de matières de toutes provenances, on peut affirmer à coup sûr, fût-ce un an après la mort du chien, que l'animal est mort enragé. Or on se rappelle que la chienne de D... avait dévoré un fauteuil en cuir, une couverture, etc...

dans les termes les plus humbles et les plus touchants, pour qu'on le débarrasse de ses liens; enfin il tombe dans une sorte de coma paralytique et meurt trois jours après le début des premiers accidents.

Jamais, on le voit, les symptômes de la rage n'ont été plus nets, plus complets, plus exempts de toute complication; c'est la rage classique et sans mélange. »

A propos de ce fait, M. Féréol discute avec soin chacun des symptômes qui caractérisent la rage, en les mettant en parallèle avec ceux que présentent certaines hydrophobies non virulentes d'origine.

Puis il conclut en formulant les quatre propositions suivantes :

1° L'incubation de la rage limitée le plus souvent dans les deux premiers mois de l'inoculation, peut s'étendre exceptionnellement beaucoup plus loin; jusqu'à dix-huit mois, jusqu'à deux ans et demi.

2° Les symptômes de la rage, habituellement très-uniformes, peuvent prendre des aspects très-divers sous l'influence d'éléments nombreux (aliénation mentale, alcoolisme, hystérie, etc...) Mais il est certains signes tels que le spasme respiratoire, le mode spécial de sputation, le symptôme décrit sous le nom d'aërophobie, qui n'appartiennent qu'à la rage, et qui doivent le plus souvent permettre de la diagnostiquer sous ses complications.

3° Si l'hydrophobie essentielle ou imaginaire, qui guérit le plus ordinairement, peut se terminer par la mort, on doit retrouver dans les symptômes des raisons suffisantes d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'une rage véritable.

4° L'écume bronchique joue un rôle important dans le phénomène de la sputation chez les enragés; et les principaux symptômes, comme les principales lésions de la rage humaine sont groupés autour de la fonction respiratoire. C'est le caractère respiratoire qui distingue l'hydrophobie rabique de toutes les autres hydrophobies.

La séance est levée à quatre heures et demie.

VARIÉTÉS

Les Facultés de médecine en France (1).

Relativement à Lyon même, où la brochure si importante que nous analysons paraît redouter tout particulièrement de voir installer la faculté nouvelle, les professeurs de Montpellier affirment que cet établissement ne susciterait pas de nouveaux élèves, et qu'il n'y en aurait guère que cinq cents à partager entre Lyon et Montpellier; que la ville de Lyon se jetterait, pour faire la première installation, dans des emprunts et des appels ruineux au public, que l'État se trouverait entraîné à « des dépenses annuelles d'au moins 200,000 fr. pour une institution à peine viable et qui, une fois créée devrait être soutenue à tout prix (2); » que les ressources cliniques de Lyon ne sont pas perdues, puisque « l'école secondaire peut utiliser convenablement tout ce que la population fournit en matériaux d'études, aux amphithéâtres et aux hôpitaux ». Les faits plus haut cités répondent suffisamment à ces allégations.

La brochure invoque d'autres arguments encore aux yeux des savants médecins, ses auteurs : « La situation topographique du chef-lieu du département du Rhône rend le séjour de cette ville éminemment défavorable à la plupart de ceux qui n'y sont par habitués de longue date. Excessivement froid en hiver, quelquefois très-chaud en été, habituellement brumeux, toujours humide, le climat de cette grande ville impressionne longtemps et parfois très-sérieusement ceux qui vont l'habiter..... Il est facile de prévoir combien pourrait être désastreux pour des natures impressionnables et encore en voie de développement, le séjour dans un ville aussi insalubre. A Montpellier, on ne retrouve aucun de ces dangers, etc. » Nous n'avons pas l'intention de discuter ces considérations hygiéniques, et nous ne les avons indiquées que pour montrer avec quelle énergie a été combattue à Montpellier l'installation d'une faculté lyonnaise.

Mais on a fait valoir encore des arguments d'une nature toute différente, et l'un de nos collègues a cru devoir les développer dans le sein de la commission. Il a combattu l'établissement d'une faculté à Lyon en se basant sur les inconvénients d'ordre politique qui pourraient résulter, pour la bonne conduite des études et la tranquillité publique, de l'agglomération des élèves dans une ville où, pour prendre les expressions de la brochure plus haut citée, » les passions, tout aussi ardentes qu'à Paris, bouillonnent dans une enceinte plus uniforme et plus circonscrite ». Mais votre commission a déclaré ne point partager ces craintes, et elle n'a pas voulu, du reste, altérer le caractère d'une question exclusivement administrative et scientifique en y introduisant une discussion de fonds sur un argument purement politique.

On est autorisé à dire, en résumé, sans pouvoir être accusé d'interprétations fâcheuses, que la pensée mère qui a inspiré toutes ces résistances, c'est la crainte de nuire à la faculté de Montpellier; en installant non loin d'elle une rivale puissante et redoutable. Votre commission vous a démontré qu'elle eût été fort sensible à ces craintes; mais il est facile de prouver qu'elles sont absolument vaines. Il suffit, en effet, de se reporter aux faits que nous avons fait valoir plus haut, pour reconnaître que, en 1865, sur les deux cent quatre-vingt-trois étudiants que comptait la faculté de Montpellier, cent soixante-trois provenant du département de l'Hérault ou des départements immédiatement limitrophes, sur lesquels on ne saurait admettre sans faire une gratuite injure aux professeurs de Montpellier que la faculté de Lyon puisse exercer d'action attractive.

« Mais la faculté de Montpellier dût-elle voir quelque peu diminuer le nombre de ses élèves », nous citerons encore une fois ici l'opinion de M. l'inspecteur général Denonvilliers, « il ne faudrait pas s'y arrêter, car ce qui est grave dans sa position, c'est moins le petit nombre de ses élèves que la cause de ce fait, c'est-à-dire la pénurie des moyens d'étude. Il n'y aurait même pas dans cette circonstance une raison suffisante pour empêcher la réalisation d'une création telle que la faculté de Lyon, si formellement indiquée par l'intérêt général du pays. »

Voilà pour la faculté de Lyon.

La création d'une faculté de médecine à Bordeaux n'a pas été demandée avec moins d'insistance; les pouvoirs publics lui ont même été plus favorables qu'à celle de Lyon.

Le fameux rapport de Talleyrand (septembre 1791) plaçait à Bordeaux l'une des grandes écoles nationales de médecine. En 1826, dans la discussion à la chambre des pairs du projet de loi sur les écoles secondaires de médecine, le comte Cornet et le baron Mounier plaçaient Bordeaux au premier rang des villes dans laquelle il conviendrait d'établir l'une des nouvelles facultés dont la commission demandait la création. En 1838, sur la proposition du ministre M. de Salvandy, le conseil du roi décida l'établissement d'une faculté de médecine à Bordeaux. Mais M. de Salvandy cessa de faire partie du gouvernement, et c'est en vain qu'en 1845 le conseil municipal de Bordeaux, rappelant la promesse ministérielle, offrait déjà de prendre à sa charge toutes les dépenses d'installation de la faculté. Il renouvela inutilement son offre à maintes reprises, et notamment après que M. l'inspecteur général Dumas, vice-président actuel du conseil supérieur de l'instruction publique, eut émis formellement une opinion favorable à la création de la faculté déjà tant de fois promise.

Aucune objection spéciale n'a été élevée contre l'installation d'une faculté à Bordeaux; les motifs généraux tirés du danger des rivalités entre les centres d'enseignement médical, et de la crainte de voir s'abaisser le niveau des études, ont seuls été invoqués pour la combattre. Nous vous avons montré, par l'étude qui précède, avec quel soin votre commission s'est préoccupée de cet intérêt supérieur, et nous espérons vous avoir prouvé que la détermination que nous vous proposons de prendre ne saurait nullement lui nuire, qu'elle lui profitera, au contraire.

Votre commission vous demande donc de transformer en facultés mixtes les écoles de Bordeaux et de Lyon. Elle a été heureuse de se

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 4, 7, 9, 14, 16, 18 et 21 juillet.

(2) Rappelons que la faculté et l'école supérieure de Montpellier coûtent de 100 à 120,000 francs par an à l'État.

rencontrer ici complétement d'accord avec M. le ministre de l'instruction publique, qui s'est déclaré prêt à défendre lui-même la nécessité de ces deux créations.

Mais il ne saurait nous suffire de déclarer que des facultés de médecine seront établies à Lyon et à Bordeaux. Nous devons examiner la question de savoir si quelques mesures transitoires ne devront point être prises à leur endroit, s'il convient de se contenter des propositions que ces deux villes ont faites à l'État, si la création de facultés de médecine ne doit pas entraîner quelques modifications dans d'autres établissements d'enseignement supérieur; nous aurons à voir, enfin, si cette création suffit aux exigences de l'intérêt public, et s'il n'y a pas lieu de donner une certaine satisfaction aux réclamations des quatre grandes villes que nous avons éliminées.

V.

DES CONDITIONS DANS LESQUELLES DEVRONT ÊTRE ÉTABLIES LES FACULTÉS NOUVELLES. — DE L'ORGANISATION D'ÉCOLES DE PLEIN EXERCICE.

L'installation des deux nouvelles facultés soulève des questions qui touchent au personnel et aux bâtiments, qui sont d'ordre intellectuel et d'ordre matériel. Occupons-nous de celles-ci d'abord.

Installation matérielle. Lyon. — L'école actuelle ne peut être, nous l'avons vu, utilisée pour quoi que ce soit. Nous avons indiqué les offres du conseil municipal; elles sont dignes de l'administration de la seconde ville de France. L'emplacement choisi est excellent, la somme consacrée à l'édification des bâtiments permettra d'établir une faculté modèle, dans laquelle une superficie considérable fournira aux laboratoires toute l'étendue nécessaire. Aux personnes qui considéreraient comme exagérée une superficie de 26,000 mètres carrés, nous ferons remarquer que dans cette petite ville de Bonn, dans la Prusse rhénane, le laboratoire de chimie, à lui seul, occupe plus de 6,000 mètres carrés; à Lyon même, l'emplacement de l'école vétérinaire est de plus de 21,000 mètres carrés; il n'y a donc pas là d'exagération.

Votre commission estime, avec M. le préfet-maire Ducros et le conseil municipal, que la somme de 4 millions est nécessaire pour édifier les constructions et pourvoir à l'acquisition du mobilier scientifique. Quant aux 35,000 fr. votés en vue d'un concours, nous pensons que l'idée n'est pas heureuse dans le cas particulier; une faculté de médecine n'est pas, comme une préfecture ou un palais de justice, un monument dont les artistes de notre pays aient eu à s'occuper dans leurs études; et le concours risquerait fort de donner la palme à quelque œuvre belle à voir, mais où les nécessités pratiques ne seraient point satisfaites. Cette objection n'est pas sans quelque application dans une ville où l'on a eu l'étrange idée de placer au second étage le laboratoire de chimie de la faculté des sciences. Il serait préférable, selon nous, de mettre une certaine somme à la disposition d'un architecte bien choisi, et de l'envoyer étudier en Allemagne, en Hollande, en Russie, les importants établissements qui y ont été récemment institués. Les plans devraient, du reste, être soumis, avant leur mise en œuvre, à l'approbation de M. le ministre de l'instruction publique.

Par l'article 4 de sa délibération, le conseil municipal prend, en outre l'engagement de pourvoir immédiatement à l'installation provisoire de la faculté, jusqu'au moment de l'achèvement de la construction projetée. Ce sera là l'objet d'un règlement à intervenir entre l'administration municipale et le ministère, règlement de détail dont nous ne pourrions nous occuper ici; il doit nous suffire de prendre acte des engagements de l'administration. (*A suivre.*)

La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 25 juillet 1874, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° lecture du procès-verbal de la précédente séance; — 2° communication sur les différentes préparations de digitale; — 3° oblitération d'un canal spermatique par des sympexions des vésicules séminales, par M. Reliquet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Annuaire des eaux minérales pour 1874. Joli volume in-18, indispensable aux médecins, aux malades, aux touristes. — Paris, librairie H. Rey. — Prix : 1 fr. 50.

De la valeur des symptômes en pathologie mentale, par le docteur CALMETTE. — In-f°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Précis histologique de la blennorrhagie virulente, par le docteur BONNIÈRE. — In-12. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 86. — SAMEDI 25 JUILLET 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 25 JUILLET 1874. — N° 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Nouveaux cas d'érythème noueux.

Par une coïncidence fortuite, en quelques semaines trois cas d'érythème noueux essentiel se sont présentés dans l'hôpital temporaire de la rue de Sèvres.

L'étude comparée de ces trois faits est très-instructive : car elle montre une maladie toujours la même dans sa nature, bien que variant dans son aspect, comme la petite vérole elle-même, selon qu'elle est plus ou moins intense, confluente ou discrète.

La première malade, dont nous avons déjà parlé à plusieurs reprises, offrait un type bien remarquable de la fièvre érythémateuse dans son développement complet.

L'éruption en était très-généralisée ; elle ne se bornait pas à occuper les extrémités, poignets, avant-bras, jambes, cous-de-pied ; elle s'était également produite sur le reste des membres, sur les cuisses, sur les bras, autour des épaules, et même sur le tronc, sur le cou, sur la figure.

Elle fut très-marquée sous les deux formes, celle de nouûres et celle de papules.

Les papules étaient groupées en larges plaques, très-serrées les unes contre les autres ; elles occupaient une surface étendue sur les poignets et les avant-bras.

Les nouûres, disséminées, mais nombreuses, n'étaient pas toutes situées dans le tissu cellulaire sous-cutané. Quelques-unes, au contraire, paraissaient très-profondes ; entre autres celle qui apparut dès le début au côté externe de la cuisse droite, qui acquit en peu d'heures un énorme volume, au point de simuler un phlegmon de la cuisse. Ce genre de nouûre semblait se développer de dedans en dehors, de telle sorte que la peau participait tard au mouvement congestif. Pâle d'abord, elle ne rougissait à ce niveau qu'au bout de quelques heures, au bout d'un jour entier sur la nouûre de la cuisse. La chaleur locale s'accroissait en même temps que la rougeur. Puis il se formait une tache ecchymotique, assez peu marquée, qui subsistait encore un peu après la complète disparition de la tumeur.

Cette intensité des manifestations éruptives caractéristiques fut corrélative à l'existence de quelques autres expressions phénoménales.

Ainsi, dès avant l'apparition de la première nouûre sur la cuisse droite, il y avait eu des douleurs vives dans le bas-ventre. Au bout de quelques jours, ces douleurs reparurent, semblables à celles que causaient les nouûres récentes ; et il sembla qu'on sentait, en effet, une tumeur, une sorte de nouûre vers le bord supérieur du ligament large du côté gauche ; cette tumeur et la douleur concomitante disparurent au bout de trois ou quatre jours, ce qui était la durée ordinaire d'une nouûre superficielle.

Chaque fois qu'il s'était produit au voisinage d'une articulation une éruption, soit papuleuse, soit noueuse, cette articulation était devenue le siége de douleurs, et bien qu'elle ne rougît pas et ne devînt pas notablement chaude, il parut qu'elle était le siége d'une excitation subinflammatoire, qui se traduisait ou bien par la rudesse du frottement de surfaces dépolies, ou bien par la présence d'un léger épanchement.

De même dans les gaînes du poignet, au voisinage des plaques papuleuses, il se fit, le 19 juin (en même temps qu'apparaissaient les dernières nouûres à la jambe gauche) un épanchement enkysté, dont on brisa l'enkystement, et dont on fit refluer le liquide à l'aide d'une forte pression. Cet épanchement se reproduisit le 20 et le 21.

Ce fut une des dernières complications de la maladie, qui dura en tout trois semaines.

La malade, entrée le 6 juin, sortit le 27, complétement guérie de sa fièvre éruptive, mais conservant encore un léger bruit de souffle à la pointe du cœur.

Pendant la dernière semaine, les sueurs nocturnes, qui avaient existé dès le début, étaient devenues beaucoup plus abondantes ; l'éruption s'était effacée graduellement, les nouvelles poussées ne se produisant que de plus en plus rares ; les plaques papuleuses avaient disparu les premières, alors qu'il se faisait encore des nouûres sur le tibia.

Notons ici qu'en dehors des douleurs qui se rattachaient directement à l'éruption, la malade avait accusé, le 14 juin, c'est-à-dire le neuvième jour de la maladie, une douleur extrêmement vive un peu au-dessous du genou droit, vers l'insertion tibiale du tendon rotulien, douleur que la moindre pression exaspérait, et qui ne répondait pourtant à aucun gonflement local appréciable, à aucune nouûre, à aucune papule. Cette douleur dura à peu près le même temps qu'une poussée éruptive, c'est-à-dire trois ou quatre jours ; elle s'apaisa alors que s'accusait un état saburral, avec nausées et sensibilité de la région de l'estomac. Puis survinrent les sueurs abondantes des derniers jours.

En résumé, chez cette malade, une fièvre éruptive, commençant par deux jours de malaises généraux, avec fatigue, inappétence, mal de tête, insomnie, chaleur à la peau, mouvement fébrile, se manifesta extérieurement, d'abord par une première poussée de nouûres profondes; puis par d'autres poussées de nouûres, soit profondes, soit superficielles, siégeant surtout aux membres inférieurs, et de plaques papuleuses, dont le siége principal était les membres supérieurs; puis par des nouûres que n'accompagnait plus aucune plaque papuleuse. La durée totale fut de trois semaines. Pendant ce temps s'était développée une endocardite, qui laissa comme trace permanente un bruit de souffle à la pointe, au premier temps.

Il y eut aussi d'autres complications, mais qui n'eurent pas plus de durée qu'une des poussées de nouûres. Ces complications furent en premier lieu des épanchements légers dans certaines articulations, voisines de nouûres ou de papules, et dans les gaînes de tendons qui se trouvaient dans le même cas, en outre des douleurs sans aucune éruption, vers le point d'insertion du tendon rotulien, d'autres douleurs tout aussi vives, mais probablement accompagnées d'une tuméfaction du tissu cellulaire, vers la fosse iliaque droite, enfin des douleurs d'estomac avec état saburral et nausées. Pendant la période de déclin, les sueurs nocturnes devinrent très-abondantes.

Cette malade était venue à l'hôpital en pleine éruption à propos de son érythème. Il n'en fut pas de même des deux autres, dont nous avons maintenant à parler et qui l'un et l'autre étaient déjà depuis quelque temps dans le service de M. Martineau, lorsqu'ils y furent pris de la fièvre érythémateuse.

L'un était entré le 8 juin dernier, salle Sainte-Marthe, n° 16, pour un asthme dont il souffrait depuis dix-huit mois. Il était âgé de cinquante et un ans, tailleur de pierre. Vers l'âge de trente-cinq ans, se trouvant en Afrique, il y avait été pris de fièvre intermittente et de dysentérie. Traité inutilement par la quinine pendant six mois, il avait dû revenir en France, où il lui fallut encore plusieurs mois pour être guéri d'une façon définitive. Depuis lors, sauf des rhumes peu graves pendant l'hiver, il n'avait jamais eu aucune maladie, aucune douleur rhumatismale ou autre, avant le début de son asthme. Ce début aurait été brusque. Le malade, pris d'oppression et de palpitations pendant son sommeil, se serait réveillé étouffant. Il ne croit pas avoir eu de fièvre. On lui mit un vésicatoire sur la poitrine, on le purgea, et on lui fit garder le lit durant quinze jours. Depuis lors il a conservé une oppression habituelle, s'exaspérant par la fatigue, par la marche et surtout la marche ascensionnelle. La toux n'a plus cessé. Parfois elle est violente et quinteuse. A certains moments ces quintes auraient été si pénibles, si prolongées, que le malade en aurait perdu connaissance. Les crachats ont toujours été peu abondants.

Depuis deux mois lors de son entrée, cet homme avait dû cesser son travail; depuis six semaines, les jambes étaient enflées; l'appétit, du reste, était encore bon, et il n'y avait ni diarrhée ni constipation excessive. En auscultant le cœur, on trouva un bruit de souffle doux, à la pointe, un peu de dédoublement du second temps au même niveau, des irrégularités marquées et des intermittences fréquentes dans les battements. La percussion et la recherche du point précis où l'on sentait battre le cœur montrèrent que cet organe était notablement augmenté de volume. Des râles sibilants et ronflants remplissaient la poitrine, et l'on entendait, en outre, des râles sous-crépitants en arrière, à la base, des deux côtés. Le foie était augmenté de volume et débordait les côtes de trois travers de doigt; la rate était grosse, l'abdomen volumineux. Du reste, partout les parties molles étaient très-développées, et il semblait y avoir cette espèce de polysarcie qu'il n'est pas rare de rencontrer avec l'hypertrophie du cœur.

Tel était l'état de cet homme le 8 juin. Traité par les lavements purgatifs et la macération de digitale, il alla de mieux en mieux pendant huit jours jusqu'au 15 juin. L'œdème des jambes avait disparu sous l'influence de la diurèse produite par la digitale; la respiration était devenue plus facile, bien que l'oppression durant la nuit fût toujours assez forte pour empêcher le sommeil.

Le 15 juin, sans cause occasionnelle, il survint de la céphalalgie, du malaise général et de l'inappétence; le soir, le malade ressentit une douleur vague dans la fesse; le lendemain, on constata qu'il avait de la fièvre; les troubles généraux étaient les mêmes, la douleur s'était étendue au mollet droit. On prescrivit 30 grammes de sulfate de soude.

Le 17, la céphalalgie et la fièvre avaient persisté, d'autres douleurs avaient envahi le poignet gauche.

Voici ce qu'on constata au moment de la visite :

A la face interne du tibia droit, en haut, trois nouûres, de couleur rouge, du volume d'une petite noix. Vers la partie inférieure de la jambe un empâtement général, au milieu duquel on distinguait quelques nouûres plus consistantes, et qui, d'un rouge très-vif sur la face antérieure, était beaucoup plus pâle en arrière.

A gauche, cet empâtement s'étendait encore plus haut: on n'y trouvait plus de nouûre séparée, mais une large plaque qui recouvrait toute la face interne du tibia et gagnait, vers le bas, tout le pourtour de la jambe. Ces plaques érythémateuses étaient généralement peu douloureuses à la pression, sauf, du moins, vers le talon gauche, qui était plus particulièrement rouge et gonflé.

Le poignet gauche était également gonflé et douloureux, surtout vers son bord externe. A ce niveau il paraissait empâté et comme fluctuant, mais à peine rouge. Les mouvements de l'articulation y étaient douloureux. On ne rechercha pas s'il y existait déjà des papules, qu'on y remarqua seulement trois jours plus tard.

Le surlendemain, 19, le poignet gauche était encore plus douloureux, bien qu'on l'eût couvert de laudanum. Le gonflement, beaucoup plus marqué, avait gagné tout le dos de la main; la rougeur était devenue assez intense; les mouvements de l'articulation radio-carpienne très-pénibles.

Le 20, on constata sur le dos de la main la présence de petites papules disséminées, assez nombreuses, qui pouvaient dater de plusieurs jours, et qui se dessinaient très-nettes malgré les couches de laudanum dont le poignet était couvert.

D'autres papules et des nodosités se remarquaient au voisinage du poignet droit; d'autres nouûres existaient au voisinage des coudes et vers le bord interne des avant-bras.

Toutes ces nouûres étaient presque superficielles, adhérentes à la peau, et rouges dès le début. Les coudes, malgré leur voisinage, n'étaient nullement sensibles; le poignet droit lui-même, qui n'était pas gonflé, n'était pas douloureux. La douleur commençait à se calmer dans le poignet gauche; elle avait cessé dès la veille dans le talon gauche.

Le mouvement fébrile persistait; ce jour-là, on prit le matin la température, et on la trouva de 39°2 dans le rectum.

Le 22, la température rectale était montée à 39°6; le poignet droit était gonflé et douloureux; des douleurs spontanées s'étaient fait sentir dans les deux jambes, toujours rouges et

gonflées, surtout dans leur moitié inférieure ; le pied droit était notablement œdématié, le pied gauche un peu moins.

Le 23, les douleurs avaient cessé dans le poignet droit depuis la veille; mais elles reparaissaient dans le poignet gauche, où s'était faite une nouvelle poussée de papules et de petites nodosités : on en trouvait jusque sur le dos des petites phalanges. Toutes, étant très-superficielles, étaient rouges dès le début. Température rectale, 38°8.

Le 24, nouvelles poussées de papules sur la cuisse gauche au-dessus du genou; et, dans les deux fesses, nouûres assez volumineuses, un peu profondes, qui n'étaient point encore sous-cutanées et, au niveau desquelles, la peau n'avait point encore rougi.

Le 25, ces nouûres étaient devenues rouges.

Ce fut la dernière poussée importante de l'éruption. A partir de ce jour, les nouûres et les papules s'effacèrent rapidement, sans être remplacées par d'autres; les plaques du cou-de-pied furent celles qui persistèrent le plus longtemps. Jusque-là, le malade avait eu la peau sèche; mais des sueurs nocturnes abondantes se manifestèrent, et dès lors la température se rapprocha de plus en plus de la normale.

Chose curieuse, en même temps que la fièvre éruptive, l'affection du cœur elle-même et l'asthme qui en résultait semblaient s'amender. Les pulsations devinrent plus régulières, le souffle à la pointe moins distinct, l'oppression disparut, et le malade, trois semaines après le début de cet érythème, sortit de l'hôpital, se croyant complétement guéri de la maladie chronique pour laquelle il était entré.

Ici, les manifestations de la fièvre érythémateuse étaient bien moins profondes que dans le cas précédent. On ne peut savoir s'il se fit de l'endocardite, car le cœur avait cessé d'être à l'état normal; mais il faut noter qu'au voisinage des nouûres et des papules, les articulations ne devinrent pas douloureuses, les mouvements n'étaient pénibles que quand les tissus étaient gonflés à ce niveau, et il est probable que, dans ce cas, les mouvements agissaient comme une pression sur le gonflement érythémateux des parties molles.

Il faut également remarquer que les papules restèrent disséminées et ne se réunirent point en plaques ; que les nodosités, au contraire, avaient tendance à se confondre en nappes; mais qu'alors, moins dures, elles constituaient une sorte d'œdème rouge, qui gardait l'impression du doigt.

La durée fut la même, trois semaines environ; la période de déclin se caractérisa de même par des sueurs abondantes, la chaleur de la peau fut au moins aussi vive; mais il y eut bien moins de poussées, et des poussées généralement bien plus superficielles. Elles l'étaient plus encore chez une troisième malade, également observée dans le service de Martineau, et dont nous parlerons dans une prochaine Revue.

La constitution médicale. — Pneumonies bilieuses. Embarras gastrique.

Est-ce encore une coïncidence qui, dans ce même service de M. Martineau, a réuni en même temps quatre malades atteints de pneumonie bilieuse ?

Ou bien serait-ce l'effet d'une constitution médicale particulière ?

Voici les motifs qni feraient pencher vers cette dernière hypothèse.

Depuis quelques semaines les troubles des voies digestives sont devenus fréquents.

M. Martineau l'a constaté au bureau central, aussi bien qu'à sa consultation en tant que médecin de l'administration des Petites Voitures.

Il a vu, dans ces derniers temps, un très-grand nombre d'embarras gastriques s'accompagnant de névralgie intercostale. Il a constaté, comme moi l'année dernière, que cette névralgie intercostale de l'embarras gastrique, presque constante en ce moment, siégeait le plus souvent à gauche et n'était presque jamais double.

C'est donc exactement la forme qui s'était produite sous mes yeux, l'année dernière, avec cette différence du moins qu'il faisait alors beaucoup moins chaud.

J'en arrive à l'explication de M. Martineau, qui, dans l'époque actuelle, paraît assez probable.

N'est-il pas naturel de supposer que l'extrême chaleur altérant beaucoup, on se fatigue les voies digestives par l'excès de boissons plus ou moins hygiéniques? De là les embarras gastriques, de là aussi l'état bilieux qui complique les pneumonies.

Mais jusqu'à quel point cet état bilieux est-il général ? C'est ce qu'il faudrait d'abord savoir avant de dire s'il se rattache ou non à ce qu'on pourrait appeler la *constitution médicale*, et c'est sur quoi nous désirons appeler l'attention aujourd'hui.

Dr Victor REVILLOUT.

OBSTÉTRIQUE

Thrombus de la lèvre gauche de la vulve et de la paroi correspondante du vagin.

Par M. BAILLY, professeur agrégé.

Le 18 avril 1874, Mme Liévrin, ex-sage-femme nommée de l'hopital Cochin, m'appelle à constater, chez une de ses clientes, rue Saint-Jacques, l'existence d'une tumeur volumineuse du vagin survenue après l'accouchement. Sage-femme aussi instruite qu'habile, Mme Liévrin n'avait pas méconnu la nature de cette tumeur, et l'avait expressément désignée sous le nom de *thrombus*, dans la lettre qu'elle m'écrivait. N'ayant pas encore eu l'occasion d'observer cette lésion remarquable du conduit vulvo-vaginal, on juge avec quelle satisfaction j'accueillis la proposition de Mme Liévrin et quel empressement je mis à me rendre à son appel.

Voici les renseignements qui me sont donnés sur les circonstances dans lesquelles la tumeur s'est produite et a été découverte.

L'accouchée, primipare, âgée de vingt ans, très-brune, d'une constitution robuste et à terme, commence à souffrir le 16 avril 1874, vers une heure du matin, et perd les eaux à neuf heures du matin, le même jour. Les douleurs, médiocres pendant la plus grande partie du jour, prennent de la force vers cinq heures et opèrent l'accouchement à neuf heures un quart du soir. Délivrance naturelle vingt-cinq minutes après la sortie de l'enfant. Une demi-heure après la délivrance, l'accouchée se plaint d'éprouver une sensation douloureuse vers la vulve; mais en examinant cette ouverture, Mme Liévrin ne trouve rien d'anormal à ce moment. Cependant la douleur vulvaire s'accroît progressivement et devient assez forte pendant la nuit pour produire de l'agitation et des plaintes. Elle diminue, sans cesser complétement, vers la fin de la nuit, le 17 avril. C'est à ce moment que la sage-femme, dans un nouvel examen, découvre une tumeur voluminense qui explique probablement les douleurs dont s'est plainte l'accouchée.

État actuel. En jetant les yeux sur la région périnéale, on ne

constate aucune déformation sensible, mais seulement, sur la fesse gauche, une traînée ecchymotique noirâtre, de la largeur du doigt, s'étendant du côté gauche de l'anus jusqu'à la partie moyenne de la lèvre gauche de la vulve, sans induration ni sensibilité anormale des tissus sur ce trajet.

La vulve est fermée par le rapprochement de ses lèvres, dans ses trois quarts antérieurs; dans le quart postérieur, au contraire, elle est légèrement entr'ouverte, et sur le bord gauche de cette ouverture on aperçoit le segment inférieur d'une tumeur arrondie occupant l'extrémité périnéale de la grande lèvre, repoussant l'extrémité correspondante de la lèvre droite, et recouverte par la surface déchiquetée, blanchâtre, d'une plaie qui résulte d'une déchirure médiocre du périnée. Jusque-là on pourrait croire à une lésion de peu d'importance, la tumeur ne paraissant pas dépasser le volume d'un œuf de pigeon. Mais en entr'ouvant la vulve, et surtout en s'aidant du toucher, on ne tarde pas à se convaincre que cette tumeur, dont on n'apercevait qu'une portion, est beaucoup plus volumineuse qu'on ne l'aurait supposé d'abord; qu'elle remonte sur la paroi gauche du vagin jusqu'au cul-de-sac utéro-vaginal de ce côté, formant une tumeur allongée, régulière, qui rappelle la forme et dépasse le volume d'un œuf de dinde; que cette tumeur est douloureuse à la pression, facilement fluctuante; qu'enfin la coloration du vagin, au moins dans les parties accessibles à la vue, diffère peu de la couleur normale, à son niveau.

La tumeur n'a pas jusqu'ici paru gêner l'écoulement lochial, la miction est normale, l'état général satisfaisant.

Les journées des 17, 18, 19 avril se passent sans accidents et sans fièvre.

Le lundi 20 avril, la personne chargée de donner les soins de propreté à l'accouchée aperçoit quelques caillots noirâtres près de la vulve, et en lavant les parties sexuelles, découvre, à la partie inférieure de la tumeur, une ouverture par laquelle s'échappent lentement de nouveaux caillots et du sang liquide. J'en suis averti le même jour, mais je ne puis me rendre auprès de la malade que le lendemain 21 avril, dans l'après-midi. Je trouve effectivement la tumeur considérablement affaissée, et à 2 centimètres en arrière de la nymphe gauche, une ouverture suffisante pour laisser passer le doigt. L'indicateur introduit par cette ouverture se meut à l'aise dans une cavité anfractueuse, s'élevant jusqu'au tiers supérieur du vagin, s'étendant jusqu'au rectum en arrière; ayant pour paroi interne le vagin décollé, pour paroi externe le corps de l'ischion et la branche ischio-pubienne; bref la fosse ischio-rectale et le sac fibreux de la lèvre gauche de la vulve à son extrémité postérieure, forment le siége de la collection.

Des caillots sanguins adhèrent encore aux parois de la tumeur, mais sont facilement détachés par mon doigt. Je nettoie la cavité par une injection d'eau tiède, et avant de faire autre chose j'observe la marche naturelle de cette lésion. État général reste bon.

23 avril. — Apyrexie. Peu ou pas de douleur; la tumeur est affaissée. Depuis deux jours on y pratique, d'après mon conseil trois injections d'eau de guimauve chaque jour. Les parois de la poche sont plus fermes que ces jours passés, et son étendue commence à se réduire.

25. — Je mesure la cavité du thrombus avec une sonde de femme et trouve de haut en bas 6 centimètres, d'avant en arrière 4 centimètres. On pratique deux fois par jour une injection avec de l'eau alcoolisée. État général bon.

27. — Depuis hier je fais cesser les injections, ne voulant pas troubler le travail adhésif qui paraît s'opérer dans la poche. État général parfait.

1er mai. — Le vagin est recollé entièrement de bas en haut; en arrière la sonde cannelée est arrêtée à 1 centimètre de l'ouverture. Celle-ci se déprime en cul-de-poule, et ne permet plus l'introduction de l'auriculaire. Je laisse lever la malade.

10 mai. — Je revois une dernière fois l'accouchée. La cavité du thrombus est entièrement oblitérée, la plaie périnéale cicatrisée; bref, la guérison est complète.

Réflexions. — Il y a loin assurément du fait relaté ci-dessus aux cas de même nature, mais infiniment plus graves, décrits par Boër, Deneux, Cazeaux, etc., dans lesquels le sang remplit tout le tissu cellulaire du bassin, dissèque le vagin, convertit les lèvres de la vulve en un vaste sac, et déforme la fesse elle-même. Ce n'en est pas moins toutefois un exemple bien caractérisé des collections sanguines que produit quelquefois l'accouchement dans l'épaisseur de la vulve et sous le vagin. En effet, une tumeur fluctuante du volume du poing, fermant l'entrée du conduit vaginal, laissant échapper, au bout de quelques jours, une masse de sang coagulé et noirâtre, c'est certainement un exemple de cette lésion qu'on est convenu d'appeler du nom de *thrombus du vagin*. On remarquera qu'effectivement, dans mon observation, c'est plus particulièrement au niveau du conduit vaginal que la tumeur se trouvait située, et que l'infiltration sanguine de la vulve, attestée par l'ecchymose de la grande lèvre et de la fesse gauches, n'a que peu contribué à la formation du thrombus.

Conformément à la remarque que la plupart des observateurs ont consignée, la tumeur sanguine n'a paru chez la cliente de Mme Liévrin qu'à la suite de l'accouchement. Rien pendant le travail n'en indiquait l'imminence, mais quelques temps après la délivrance elle apparaît avec son cortége habituel de souffrances. Telle est, en effet, la marche ordinaire des choses, et l'on comprend aisément qu'il en doive être ainsi le plus souvent, puisque le thrombus suppose toujours une rupture vasculaire, que la distension extrême des parties pendant le passage de l'enfant peut seule produire. Si la tumeur sanguine n'apparaît pas dès ce moment, cela tient à ce que la compression exercée par la partie fœtale est un obstacle à l'épanchement du sang, qui a, au contraire, toute liberté de s'effectuer lorsque ce tamponnement naturel a pris fin avec l'accouchement.

Cependant les choses se passent autrement dans quelques cas où l'on voit la tumeur apparaître pendant le travail et devenir elle-même un obstacle à la sortie du fœtus; mais cette marche des accidents est une exception assez rare dans une lésion qui est elle-même une complication fort rare de l'accouchement.

On remarquera aussi l'extrême simplicité des phénomènes consécutifs et la terminaison promptement heureuse de la lésion: ouverture spontanée de la poche, évacuation facile de son contenu, oblitération complète de la cavité accidentelle, la nature a opéré tout cela en l'espace de quelques jours. Le repos, quelques injections détersives puis stimulantes, tel a été le faible apport de l'art dans une guérison qui se serait sans doute effectuée tout aussi bien sans l'emploi de ces moyens.

La marche naturelle si sûre des phénomènes réparateurs observée dans ce fait n'est-elle pas un enseignement précieux sur la conduite qu'il convient de tenir dans les collections sanguines qui tardent à s'ouvrir spontanément, et dont les indications thérapeutiques pourraient se résumer ainsi:

1° Ouvrir largement le foyer sanguin trois ou quatre jours après l'accouchement, c'est-à-dire lorsque, par suite de l'orga-

nisation solide de caillots dans les vaisseaux divisés, une hémorrhagie nouvelle n'est plus à craindre.

2° Favoriser l'évacuation du sang, la détersion et le retrait de la poche au moyen d'injections appropriées.

Telle est, si je ne me trompe, la conclusion logique à tirer, au point de vue du traitement, du fait intéressant relaté ci-dessus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 mai 1874 (1). — Présidence de M. PERRIN.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHLORAL

M. LÉON LE FORT. Permettez-moi d'ajouter quelques mots, car je crains de n'avoir pas établi assez nettement mon opinion, je n'ai pas fait deux tétanos différents, de deux formes de la maladie. Je n'établis même pas la distinction qu'il y a entre les formes aiguë et chronique de la pneumonie, de la phthisie; j'ai dit seulement que le tétanos marche quelquefois avec une grande rapidité, quelquefois avec une assez grande lenteur, qu'il en résultait pour la maladie une physionomie différente et surtout un pronostic différent; ce qu'ont dit à ce sujet MM. Verneuil et Boinet en 1870 montre qu'ils partagent ou partageaient alors mon opinion.

Je n'ai pas dit non plus le chloral agissait dans la forme lente du tétanos et n'agissait pas dans la forme aiguë; j'ai dit, au contraire, que, dans l'un et l'autre cas, il amenait le sommeil.

M. Verneuil, au lieu de tirer une indication pronostique de la rapidité avec laquelle se succèdent les accidents, demande qu'on range à ce point de vue le tétanos sous deux formes: grave quand il y a contracture des muscles respiratoires; léger quand cette contracture n'existe pas. Je pourrais lui retourner le reproche qu'il me faisait dans l'avant-dernière séance, car dans l'immense majorité des cas, c'est par des accidents d'asphyxie que la mort arrive; par conséquent, tout tétanos bénin deviendrait un tétanos grave seulement lorsque les accidents qui le plus souvent amènent la mort surviennent; et il est tout naturel qu'il soit léger tant que ces accidents ne se montrent pas.

Comme M. Verneuil, je donne et continuerai à donner le chloral dans le tétanos; mais il y a entre mon collègue et moi cette différence, M. Verneuil dit : Le chloral guérit le tétanos, ce qu'aucun autre médicament n'a pu faire. Je dis moi : Le tétanos n'a pas trouvé dans le chloral son médicament spécifique. Le chloral ne fait rien sur les lésions du tétanos, il endort le malade; mais au réveil on retrouve le tétanos avec la même physionomie, la même marche que si le malade n'eût pas dormi; et même, si la marche des lésions est rapide, le malade meurt en quelque sorte pendant qu'il dort, alors même, ainsi que l'ont montré ceux de MM. Laugier, Guyon, Cruveilhier et moi, toute contracture des muscles locomoteurs avait cessé pendant le sommeil artificiel.

Mais le chloral, mieux que tous les narcotiques et les paralysants du système musculaire, donne au malade le repos. Il empêche l'épuisement qu'amènent l'insomnie, l'inquiétude et la contraction exagérée des muscles, il conserve les forces et, en permettant au malade de résister, il permet à la maladie d'accomplir son évolution naturelle, laquelle, dans les cas de forme chronique, est assez souvent la guérison.

Il peut être plus utile encore. Pendant la durée du tétanos, sous des influences que parfois nous ne pouvons apprécier, mais qui parfois aussi sont appréciables comme un mouvement, l'impression d'un corps froid ou même de la main, on voit survenir un spasme, soit du larynx, soit des muscles inspirateurs. Ce spasme, qui peut-être ne se serait pas reproduit, peut amener la mort. En endormant le malade par le chloral on peut quelquefois le faire cesser ou le prévenir, et le fait seul d'avoir écarté un accident qui aurait été unique, mais qui aussi eût été mortel, suffit pour permettre à la maladie de continuer son évolution et, dans les cas heureux, de guérir. Ici M. Verneuil dit: Le chloral a guéri le tétanos; je dis moi : Non, le chloral n'a pas guéri le tétanos; mais il a empêché que ce tétanos dont les lésions étaient en voie de régression, et qui, par son évolution naturelle, eût guéri, de devenir subitement mortel par un accident temporaire.

Deux exemples vous montreront que cette distinction n'est pas une subtilité d'argumentation. M. Dubrueil soigne un tétanique qui dans un accès de spasme asphyxie, il applique les courants continus; le spasme cesse, le malade revient à la vie et finit par guérir. Avait-on avec l'électricité guéri le tétanos? Non, car le tétanos, pendant plus de huit jours encore, persista avec la même marche et la même physionomie qu'avant cette crise qui, sans l'électricité, eût été probablement mortelle. Lorsque j'ai, par l'électricité, ressuscité le tétanique dont je vous ai dit l'histoire, ai-je agi sur les lésions du tétanos, ai-je guéri le tétanos? Non, car la maladie reprit sa marche, qui était celle de l'aggravation, et deux jours après, malgré l'électricité, le malada succombait.

Voulez-vous un autre exemple plus frappant encore! M. Verneuil soigne un tétanique qui est pris d'un spasme du larynx. Le malade va succomber asphyxié. Que fait notre collègue? il fait la trachéotomie, et le malade guérit. Direz-vous que la trachéotomie guérit le tétanos? et cependant, sans la trachéotomie, M. Verneuil perdait son malade.

En résumé, à moins que la fève de Calabar, la nicotine, le curare, le bromure de potassium, la transfusion du sang guérissent le tétanos, il faut bien admettre que le tétanos guérit spontanément quelquefois, et ces cas heureux ne se rencontrent que dans la forme chronique. Il faut que le malade ait la force de résister assez longtemps pour que la maladie, quand elle marche vers la guérison, puisse accomplir son évolution. Le sommeil, la cessation des contractions est ce qui ménage le mieux les forces, et le chloral procure ce repos mieux que tous les autres médicaments. Il peut même, en combattant une crise qui aurait pu être mortelle, sauver un tétanique; mais il n'a pas agi sur le tétanos lui-même; il ne modifie pas ses lésions, il ne fait qu'en suspendre les manifestations, il ne fait pas cesser le symptôme en attaquant le mal qui produit le symptôme, il n'agit que sur le symptôme lui-même. En faisant dormir un malade atteint de hernie étranglée, on arrête les vomissements, on ramène le calme, on ranime les forces; on a pu même empêcher le patient de succomber à l'excès de la douleur, à l'épuisement; mais on n'a pas dilaté le collet du sac; on n'a pas dégagé l'intestin, on n'a pas agi sur l'inflammation de péritoine. Si l'on a été utile, c'est d'une manière indirecte. C'est ainsi que le chloral est utile dans le tétanos, mais il ne le guérit pas plus qu'il ne guérit l'étranglement herniaire.

M. LABBÉ. J'apporte à la société quelques nouveaux renseignements sur le malade dont je l'ai déjà entretenue, et qui conserve dans son estomac son corps étranger. Dans une des dernières séances, je disais qu'un gonflement notable s'était produit dans l'hypocondre gauche, et que l'on pouvait espérer, dans cette région, la formation d'un abcès. Depuis, plusieurs médecins qui virent avec moi ce malade, m'ont conseillé d'activer ce travail à l'aide de vésicatoires et de teinture d'iode. J'ai cru devoir suivre ce conseil, mais, sous l'influence de ces révulsifs, il y a eu résolution du travail phlegmasique, et les phénomènes inflammatoires ont disparu. J'ai vu le malade aujourd'hui, peu de temps avant la séance; son état est satisfaisant. Il ne souffre guère qu'après un repas copieux, et prend alors une attitude assez bizarre : il incurve son tronc à gauche, et paraît être soulagé dans cette situation. Quant à la présence de la fourchette dans la cavité stomacale, elle est très-appréciable : en appuyant fortement à droite, on fait saillir le corps étranger, et l'on provoque en ce point une douleur vive.

Q'adviendra-t-il? C'est ce qu'il est impossible de prédire; il est toujours bien entendu qu'aucune opération n'est dans l'espèce praticable, et des exemples rassurants de corps étrangers volumineux sortis presque spontanément à une distance plus ou moins grande de l'estomac ont été cités, témoin le fait rapporté dans la *Revue* de Martin Lauzer, et relatif à une fourchette de fer qui, après un séjour de trois ans et six mois dans l'estomac, a pu être extraite d'un abscès développé à la racine de la cuisse. Elle présentait, par parenthèse, une destruction complète de deux de ses dents.

(1) Fin. — Voir les numéros des 11 et 18 juillet 1874.

M. TILLRAUX présente, au nom de M. le docteur Basley, de Bayeux, une pièce anatomo-pathologique, consistant dans une énorme tumeur éléphantiasique de la jambe droite. M. Basley a pratiqué l'amputation et a obtenu une guérison. Voici quelles sont les mesure de cette tumeur.—Longueur, 70 centimètres; — circonférence moyenne, 75 centimètres; — dimension de la partie recouvrant le pied, 58 centimètres de circonférence; — poids de la masse totale, 16 kilogrammes.

A cette présentation s'attache un intérêt tout spécial. La malade, porteur de cette tumeur éléphantiasique, n'a jamais quitté la Normandie. C'est donc un éléphantiasis indigène.

M. LARREY. Cette pièce est extrêmement intéressante, et j'ai pu observer une série de faits analogues dans les recherches que j'ai faites sur l'éléphantiasis des Arabes. Le fait de M. Basley pourrait, du reste, être rapproché de celui que nous a présenté M. Demarquay, à cette différence près que, dans ce dernier cas, le pied était intact, au lieu d'être envahi comme dans la pièce que nous avons sous les yeux.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

Séance du 27 mai 1874. — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL procède au dépouillement de la correspondance, qui comprend les journaux de médecine.

Une brochure intitulée : *Considérations générales sur la pathoogie des maladies de la prostate et prostatite subaiguë*, par le docteur Bouloumié.

Une brochure intitulée : *Relevé statistique des opérations pratiquées pendant l'année* 1873 *à la clinique du docteur Wecker*, par le docteur Masselon.

PRÉSENTATION

M. VERNEUIL présente, au nom de M. le docteur Gayat, candidat au titre de membre correspondant national, quatre observations manuscrites sur divers points de la chirurgie oculaire. Le travail de M. Gayat est renvoyé à la commission précédemment désignée pour examiner les titres de notre honorable confrère.

LECTURE

M. AZAM, membre correspondant national, donne lecture d'un travail intitulé :

Nouveau mode de réunion des plaies d'amputation et de quelques autres grandes plaies. (Voir les numéros des 25, 27 et 30 juin.)

ÉLECTIONS

Après cette lecture, la Société est appelée à voter sur la demande de M. Dolbeau, tendant à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire de la Société de chirurgie. Le résultat du scrutin est le suivant :

Nombre de votants : 19.

Oui	15
Non	2
Bulletins blancs	2

En conséquence, M. Dolbeau est nommé membre honoraire de la Société de chirurgie.

La Société est appelée à élire trois membres composant la commission chargée de présenter un rapport sur les titres des candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante. Sont élus pour composer cette commission : MM. Ledentu, Tillaux et Panas.

DISCUSSION

H. DUBRUEIL a mis en usage, dans un cas, un procédé de pansement analogue à celui que recommande M. Azam, c'est-à-dire qu'il a appliqué deux sutures superposées. D'ailleurs, cette pratique a été proposée, il y a une dizaine d'années, dans un mémoire de M. Bouisson, qui lui doit des succès, et elle a été employée également par M. Giraldès, qui paraît avoir été moins heureux. Quant à M. Dubrueil, qui, il est vrai, n'a point posé de drain dans le fond de la plaie, il a obtenu la réunion de la peau, mais non celle des parties profondes; il s'est produit de la suppuration, qui l'a obligé de désunir de nouveau les tissus raccolés, et qui a conduit le malade à la mort par infection purulente.

M. AZAM répond qu'il considère le drainage de la plaie comme un élément très-important de sa méthode de pansement. Du reste, cet élément, non plus que la double suture, n'est point nouveau; c'est la réunion de la suture profonde avec le drainage, dont M. Azam revendique la priorité pour l'Ecole de Bordeaux, et à laquelle il attribue les bons résultats qu'il a obtenus.

M. LÉON LE FORT. Je né puis partager complétement l'opinion si favorable de notre collègue M. Azam sur la méthode de pansement qu'il nous soumet. Comme elle n'est nouvelle ni dans chacune de ses parties séparément, ni même dans son ensemble, je ne saurais lui accorder le nom de méthode de l'hôpital Saint-André. Malgré les bons résultats qu'elle a produit, je n'en suis pas partisan, et cette opinion n'est pas une appréciation *à priori*, elle résulte de mon expérience personnelle.

Pour des motifs que je vous dirai tout à l'heure, j'ai recherché la réunion profonde des plaies d'amputation, et tout naturellement j'ai songé à passer à travers du moignon et assez près de l'os, deux fils métalliques, que je serrais sur une sonde ou un rouleau de diachylon transversalement placés. Or il m'a paru, lorsque j'ai eu recours à ce moyen, il y a cinq ou six ans, que le fil, même métallique, faisait quelquefois office de corps étranger et nuisait à la réunion. J'y ai donc renoncé pour y substituer la pression extérieure exercée au moyen de compresses transversalement placées et soutenues par deux attelles transversales de bois, de carton ou de gutta-percha. Je n'insiste pas sur cette méthode, que j'ai décrite et figurée dans mon édition du *Manuel de médecine opératoire*, de Malgaigne.

J'ai recherché la réunion profonde, parce que je suis convaincu que la suppuration des parties en contact avec l'os, que la suppuration de l'os lui-même exposent au développement de l'infection purulente *spontanée* ou *primitive*. En réunissant par première intention le fond de la plaie, on est, lorsque cette réunion s'effectue (et on l'obtient presque toujours quand on la cherche convenablement) à l'abri de l'infection purulente *primitive*. Quand à l'infection purulente *communiquée*, à celle qu'on transporte si facilement par les éponges, la charpie, les sondes, les pinces à pansement, on s'en débarrasse quand on le veut bien, et depuis cinq ans, sans même en excepter la période de la Commune, je ne connais plus les prétendues épidémies d'érysipèle et d'infection purulente. Or je reproche au drain qu'emploie M. Azam d'empêcher précisément cette réunion profonde, puisque le drain est placé entre l'os et la suture profonde. Ce qu'obtient M. Azam, ce n'est pas la réunion profonde, c'est la réunion intermédiaire au fond et à la superficie de la plaie.

Cependant l'usage de ce drain est rendu indispensable par l'emploi de la réunion superficielle exactement faite, et c'est cette suture superficielle que je repousse : 1° parce qu'elle est mauvaise par ellemême; 2° parce qu'elle oblige à l'usage du drain.

J'ai renoncé à la suture de la peau, et c'est par erreur de graveur que la figure placée dans le manuel de Malgaigne porte des points de suture. Elle présente, en effet, de graves inconvénients. Quand on l'emploie seule, elle a le grave inconvénient de s'opposer à tout écoulement de liquide, et si le fond de la plaie ne se réunit pas, on a, pour me servir d'une expression vulgaire, enfermé le loup dans la bergerie. Elle est dangereuse, même avec la réunion profonde, car si cette réunion n'est pas obtenue, les inconvénients que je viens de rappeler se reproduisent. Or cette réunion profonde échoue quelquefois, surtout lorsque, pour des amputations pour cause pathologique, on opère sur des parties molles malades. Dans une des

observations que nous a lues M. Azam, on voit, en effet, un des abcès se former dans l'un des angles de la plaie, sous la cicatrice cutanée.

Il est vrai que, pour éviter ce danger, M. Azam emploie le drain. En cela, il est d'accord avec la pratique de beaucoup de chirurgiens, et ce qui peut lui montrer que ce moyen n'est nullement nouveau, c'est qu'il est décrit dans les auteurs classiques américains et anglais; Gross et Lister, et même Lister, dans l'article AMPUTATION du *System of Surgery*, de Holmes, consacre une page à montrer la nécessité du drain quand on a recours à la suture superficielle.

J'ai renoncé à la suture superficielle, parce qu'elle est dangereuse dans les cas où la réunion profonde n'est pas obtenue; parce que la réunion des bords de la plaie n'a pas d'importance lorsqu'on a pu obtenir la réunion profonde; la plaie des parties molles, lorsqu'elle est séparée de l'os par la réunion de tout le fond de la plaie, ne pouvant être le point de départ d'une infection purulente primitive. C'est surtout cette réunion superficielle que je reproche au procédé de M. Azam; elle est dangereuse par elle-même, et elle a l'inconvénient de nécessiter l'emploi d'un drain, qui empêche la véritable réunion profonde.

Quant aux résultats obtenus, je ne puis dire que ceci : Certes, nous ne sommes pas dans un bon milieu dans nos hôpitaux, mais les résultats de ma pratique hospitalière, grâce aux pansements humides avec enveloppement, grâce au pansement compressif pour la réunion profonde, même en y comprenant la période de la Commune, sont supérieurs à ceux que nous présente M. Azam, puisque sur 7 amputés de cuisse et 6 amputés de jambe au lieu d'élection, je n'ai eu que 3 morts. Sans doute, le nombre des cas est peu considérable, mais cela est dû à ce que je suis résolûment et énergiquement conservateur en chirurgie et que (sans vouloir faire aucune allusion à la pratique de nos collègues de Bordeaux, puisque je n'ai pas connaissance des observations), je préfère une ankylose obtenue après un long traitement, à une amputation, quelle que soit la rapidité avec laquelle on obtienne la guérison. (*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Bioscope, applications à la physique, à la botanique, à l'étude des eaux minérales, à la physiologie, à la pathologie et à la médecine légale, par le docteur COLLONGUES. — Paris, 1874, in-8° de 32 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

De l'emploi du sulfate de cadmium dans la blennorrhagie uréthrale aiguë, par le docteur CH. GAZEAU. — In-8°. — Prix : 50 centimes. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 87. — MARDI 28 JUILLET 1874. 47e ANNÉE. MARDI 28 JUILLET 1874. — N° 87.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Brouardel.

De la chorée.

(Leçon clinique recueillie par M. de Beurmann, externe du service.)

Au n° 2 de la salle Sainte-Madeleine est couchée une jeune fille atteinte de chorée ; — c'est cette maladie qui fera le sujet de notre leçon.

Sous ce nom je ne vous parlerai pas de la dansomanie qui régna au quatorzième et au quinzième siècle. Dans ces grandes épidémies, attribuées autrefois à un châtiment de Dieu, on voyait des troupes de danseurs parcourir tout un pays, recrutant chaque jour de nouveaux fanatiques, et envahir de vive force les villes où elles jetaient la perturbation.

Ce type appartient au moyen âge et n'a aucun rapport avec l'affection dont je veux vous signaler quelques points intéressants. Il a, du reste, été bien exposé dans plusieurs thèses récentes et dans un travail de Hecker, sur les épidémies du grand-duché de Bade.

La maladie qui nous occupe a été décrite pour la première fois par Sydenham ; aujourd'hui on la désigne sous le nom de chorée des enfants ou sous celui de danse de Saint-Guy indifféremment ; cette synonymie est admise par tout le monde, mais il va sans dire qu'au temps où saint Guy jouissait de la réputation de guérir les malades, alors qu'en les conduisait de gré ou de force à sa statue, on entendait par danse de Saint-Guy tout autre chose qu'à présent.

Ces quelques mots n'étaient pas inutiles, car on ne trouve pas dans les auteurs de définition véritable de la chorée. Ils disent seulement, et ce n'est là qu'une description abrégée, qu'elle consiste en mouvements involontaires et désordonnés, accompagnant et contrariant les mouvements volontaires.

Ce qui est intéressant, ce sur quoi j'insisterai surtout, c'est que c'est une grande névrose, qui n'intéresse pas seulement la motilité dont les troubles sont justement placés au premier rang dans les descriptions classiques, mais qui frappe aussi la sensibilité et l'intelligence. Dans tous les cas où il y a des lésions du cerveau, je vous ai montré ces trois ordres de symptômes réunis ; ils existent de même dans la chorée. C'est donc une maladie très-générale, ce qui permet, quoiqu'on n'en ait pas encore constaté les lésions, de dire qu'elle reconnaît pour cause un désordre du système nerveux central, et de la ranger à côté de l'épilepsie et de l'hystérie.

Le plus souvent les troubles de la motilité prédominent. Il n'en est cependant pas toujours ainsi : chez notre malade, en particulier, c'est l'intelligence qui paraît surtout frappée.

Cette malade est une jeune fille de dix-sept ans, née à Besançon. Elle est bien développée et n'a pas d'antécédents pathologiques ; il ne paraît y avoir eu aucun accident rhumatismal ni chez elle ni chez ses parents, fait intéressant à noter depuis que M. G. Sée a insité à juste titre sur les liens qui unissent la chorée au rhumatisme. Cette jeune fille a été menstruée régulièrement depuis l'âge de douze ans, mais elle est chlorotique, son visage présente la pâleur sous-nasale caractéristique, ses gencives sont blanches, ses traits légèrement bouffis. Enfin elle porte à la base et au premier temps du cœur un souffle doux qui se prolonge dans les vaisseaux du cou ; la chlorose est évidente.

La malade n'a jamais eu de grande attaque d'hystérie, mais plusieurs fois elle a éprouvé une sensation d'étouffement, d'étranglement, qu'on peut rapprocher du spasme de cette névrose.

Les accidents choréiques qu'elle présente ont débuté il y a six mois ; les troubles de la motilité, peu marqués maintenant, ont été assez accusés pendant un certain temps pour l'empêcher de se tenir debout et de marcher.

Dès le début elle a dû interrompre son travail, non-seulement à cause de ses mouvements involontaires, mais plutôt encore peut-être à cause du changement profond de son caractère. Elle était devenue triste, morose, apathique, de gaie et pleine d'entrain qu'elle était autrefois. Elle nous a dit qu'elle avait complétement perdu la mémoire ; maintenant encore il lui est impossible de fixer son attention, d'apprendre quelques lignes par cœur. La nuit elle est tourmentée par des cauchemars ; enfin elle est devenue beaucoup plus mobile, plus impressionnable qu'autrefois.

Ces troubles ne sont pas rares, messieurs, et quand ils durent un certain temps, les malades ne recouvrent pas de longtemps intégralement ce qu'ils ont perdu. J'ai vu souvent de jeunes collégiens présenter cet abaissement de l'intelligence : presque jamais ils ne pouvaient reprendre après leur guérison le rang qu'ils occupaient autrefois dans leurs classes.

Les troubles de la sensibilité consistent en une anesthésie irrégulièrement distribuée ; elle est complète dans certaines zones, à côté desquelles on trouve une sensibilité normale ou peut-être même de l'hypéresthésie. D'une manière générale, le côté droit semble plus atteint que le gauche. Autrefois ces anesthésies localisées étaient considérées comme le signe de

la possession. Elles sont fréquentes dans la chorée et ne se rencontrent que plus rarement dans l'hystérie; dans cette affection l'anesthésie occupe complétement tout un côté; il y a hémiplégie et ordinairement hémiplégie gauche. Ces zones insensibles de la chorée sont souvent mobiles, elles se déplacent d'un jour à l'autre sans suivre aucune marche déterminée.

Les troubles de la motilité sont aujourd'hui très-peu marqués chez notre malade. Quand on approche de son lit, elle fait effort pour se tenir tranquille, et l'on ne s'aperçoit de rien. Il faut lui faire exécuter des mouvements volontaires étendus pour voir apparaître les mouvements choréiques.

Mais tandis que le choréique ordinaire est livré à des contorsions bizarres qui ne le laissent arriver qu'en serpentant pour ainsi dire à l'objet qu'il veut atteindre et qu'il dépasse; notre malade va droit au but. Le désordre consiste chez elle en petits mouvements de flexion ou d'extension qui se produisent dans le bras qui n'a pas à agir, dans les doigts et dans les deux jambes. En même temps ses muscles zygomatiques impriment à ses lèvres de petits mouvements convulsifs qui produisent une sorte de sifflement aspiratif très-commun chez les choréiques.

Dans tous les livres classiques on fait le diagnostic de la chorée avec les grandes attaques d'hystérie, d'épilepsie et d'éclampsie, avec les tremblements rhythmés, enfin avec les tics.

Notre malade n'a jamais eu de grandes attaques, la première erreur est donc impossible ici.

Elle présente, je vous l'ai dit, quelques mouvements de flexion et d'extension non rhythmés, qu'on pourrait à la rigueur prendre pour des tremblements alcooliques, mercuriels ou pour de la paralysie agitante. Trousseau a rangé à côté de la chorée tous ces phénomènes, ce groupement n'est plus admis par personne. Dans ces tremblements le même mouvement se reproduit toujours absolument semblable à lui même dans le même temps et séparé par le même espace de temps. Cette régularité parfaite est mise en évidence par les appareils enregistreurs. C'est par eux que l'on a pu constater que dans la paralysie agitante, le nombre des secousses musculaires est invariablement de six par seconde; leur amplitude peut varier d'un moment à l'autre, leur fréquence est constante, il en est de même de tous les tremblements proprement dits, qui reconnaissent pour cause un défaut de fusion des secousses élémentaires qui constituent la contraction d'un muscle. Le tremblement n'est en somme qu'un degré inférieur de la paralysie musculaire (Marey). Les mouvemeuts toujours irréguliers et variables de la chorée ne présente rien de semblable, la confusion est donc impossible.

Les tics non douloureux sont des convulsions bornées à un muscle, ou à un petit nombre de muscles; ils se produisent toujours au même point et avec la même forme. C'est dire qu'ils ne sauraient non plus être confondus avec les convulsions variables, générales, changeantes de la chorée. (*A suivre.*)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Érysipèle phlegmoneux généralisé chez un enfant de douze jours. — Gangrène. — Abcès multiples. — Guérison au bout de cinquante jours.

Par le docteur FREDET (de Clermont-Ferrand)
Ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant aux eaux de Royat.

« Quand il survient dans les quinze ou vingt premiers jours de la vie, l'érysipèle est fatalement mortel », dit Trousseau dans sa *Clinique médicale* (1). L'observation suivante va démontrer que le pronostic si défavorable porté par le maître sur l'érysipèle des nouveau-nés n'est pas absolu, et que la règle peut avoir d'heureuses exceptions.

Cette affection d'ailleurs est tellement rare chez les enfants que le sujet de cette observation est le seul que nous ayons pu étudier jusqu'ici, et bien que cette maladie soit, d'après les auteurs, plus fréquente dans les hôpitaux, nous ne nous rappelons pas en voir observé à l'hospice des Enfants assistés de la rue d'Enfer, auquel nous étions attaché en qualité d'interne en 1865. Depuis cinq ans, médecin de l'hôpital général de Clermont, où se trouvent aussi les enfants assistés du département, nous n'avons pas eu l'occasion de soigner des nouveau-nés atteints de ce mal, et la sœur du service, qui depuis vingt ans a la surveillance de la crèche de cet établissement, n'en a jamais entendu signaler d'exemple par les divers médecins qui s'y sont succédé. Nos honorables confrères de Clermont-Ferrand, dont l'expérience et l'amitié sont venues à notre aide dans le traitement de notre petit malade, MM. Boudant, Fleury, Blatin, Tixier, n'en avaient jamais observé jusqu'alors; M. Mory seul avait vu un enfant de cinq mois succomber aux atteintes de ce mal.

Rilliet et Barthez n'en ont recueilli que neuf observations à l'hôpital, et un seul cas en ville sur un enfant de six mois. D'après tous les auteurs qui se sont occupés des maladies de l'enfance, Berndt, Barnier, Rilliet et Barthez, Trousseau, Richard (de Nancy), Martin (d'Iéna), Hamilton et Charles Bell (d'Édimbourg), cette affection serait surtout une maladie d'hôpital, inséparable des conditions fâcheuses de l'agglomération et de la fièvre puerpérale.

L'érysipèle des nouveau-nés apparaîtrait donc lorsque sévissent des épidémies de fièvre puerpérale, et à cet égard, Trousseau compare l'ombilic de l'enfant à la plaie placentaire de la mère, qui est une porte ouverte à l'infection et à l'absorption des miasmes, la séparation du cordon entraînant une légère suppuration, que M. le professeur Lorain appelle fort spirituellement *lochies ombilicales*. Cette plaie de l'ombilic serait donc le point de départ de l'érysipèle, qui revêt alors la gravité excessive des affections puerpérales. Pour Barrier, l'érysipèle des nouveau-nés proviendrait aussi presque constamment de l'inflammation et de la suppuration de l'ombilic, s'accompagnant d'une phlegmasie latente du tissu cellulaire environnant ou même d'une phlébite ombilicale. Mais il peut également avoir sa source dans l'inflammation des plis de la peau du cou, de l'aisselle, de l'aine, du poignet, qui se rencontre si fréquemment chez les nouveau-nés, et dans l'irritation déterminée par l'urine ou les matières fécales sur les fesses, les bourses, les cuisses, irritation qui, lorsque l'épiderme est très-mince, peut augmenter et se transformer en érysipèle.

Richard, de Nancy (1), reconnaît à l'érysipèle des nouveau-nés deux sources distinctes : tantôt, comme nous venons de l'indiquer, il provient de causes directes, mécaniques pour ainsi dire, tantôt il résulte d'influences miasmatiques. Il ne lui reconnaît pas moins, même dans la première espèce, des caractères spéciaux qui en constituent l'extrême gravité. La rougeole, la vaccination avec de la lymphe provenant d'enfants scrofuleux ou dartreux, seraient aussi pour Martin, d'Iéna, la cause efficiente de cette maladie.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation, du sexe masculin, né à terme le 19 mars dernier, est bien constitué et issu de parents sains. Le cordon ombilical se dessèche et tombe naturellement vers la fin de la première semaine, sans qu'il y ait eu trace de rougeur érysipélateuse ou autres autour de la

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, tome I.

(1) *Traité pratique des maladies des enfants.*

plaie. L'enfant prend bien le sein et augmente en poids, lorsqu'au douzième jour après sa naissance, le 30 mars, on aperçoit, au bord interne de la fesse droite, de la rougeur reposant sur une peau tuméfiée et indurée; la rougeur s'étend un peu le lendemain. L'enfant crie, ne dort pas, mais continue à bien teter. Les caractères de l'érysipèle s'accusent nettement; la peau est dure, gonflée, rouge et fait saillie sur la peau saine qui la limite. Le mal s'empare successivement de la fesse droite, du bas-ventre, des bourses, qui se tuméfient considérablement et prennent une teinte noirâtre. La fièvre s'allume, le malheureux enfant n'a plus de tranquillité. La cuisse et la jambe droite sont atteintes à leur tour, en même temps que le mal gagne le ventre et le dos.

C'est alors que nous traçons autour du corps, un peu au-dessus de l'ombilic, un cercle avec le crayon de nitrate d'argent, que nous promenons plusieurs fois sur la peau, préalablement humectée avec de l'eau. Malgré l'heureuse modification imprimée à l'érysipèle par cette cautérisation, la rougeur franchit le cercle argentique, gagne la partie antérieure et postérieure de la poitrine, les bras et le cou, mais elle ne s'accompagne pas d'induration et de gonflement comme dans toute la région située au-dessus de l'ombilic.

Les bourses se sphacèlent, on s'en aperçoit à la couleur *feuille morte* de la peau et à une sorte de cercle inflammatoire autour de la partie gangrenée, dont le sillon séparatif n'est pas encore tracé. L'extrémité du prépuce, qui a été envahie par le mal, semble aussi devoir se sphacéler; néanmoins la miction peut se faire sans trop de difficulté. Malgré ses cruelles souffrances, l'enfant continue à prendre le sein et n'a ni diarrhée ni vomissements. L'érysipèle poursuit sa marche envahissante du côté du membre inférieur gauche, qu'il gagne en entier, sauf le pied, malgré les applications de collodion élastique répétées plusieurs fois par jour sur les limites du mal.

L'enfant n'a point de repos; insomnie complète, agitation croissante. On s'attend d'heure en heure à une terminaison fatale.

Mais le 16 avril, quinze jours après le début de la maladie, nous constatons de la fluctuation dans toute la région moyenne du dos, au côté externe de la jambe droite, à la cuisse droite, au dos du pied, au talon, au niveau de la malléole interne. Les abcès, qui paraissent en quelque sorte s'être produits soudainement, sont ouverts avec la lancette, et il s'en écoule du pus bien lié et franchement phlegmoneux; une mèche de charpie est introduite dans l'ouverture pour en empêcher l'accolement. En même temps, se produit la chute de la portion sphacélée des bourses et les deux testicules se montrent à nu.

La formation du pus ne s'arrête pas, nous percevons encore de la fluctuation au pli de l'aine gauche sur un point assez étendu, et nous sommes obligé, pour favoriser l'écoulement du pus, de pratiquer une double ouverture; nous ouvrons d'autres abcès à la partie moyenne de la cuisse et au côté externe de la jambe gauche, à la partie latérale droite et inférieure du thorax, au coude gauche.

Cependant l'érysipèle ne semble pas encore épuisé, il paraît se localiser sur le membre inférieur droit, dont la peau est très-indurée, rougeâtre et tuméfiée. Il s'y forme encore deux abcès considérables, l'un dans le tissu cellulaire de la région du mollet, l'autre à la partie antérieure de la cuisse, et enfin, pour terminer cette tendance à la suppuration, un dernier abcès profond s'établit à la partie interne de la jambe. Sous l'influence des douleurs causées par la formation du pus, l'enfant eut trois convulsions dans la journée, qui ne cessèrent qu'après l'ouverture de l'abcès.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 janvier 1874 (1). — Présidence de M. PETER.

M. DUBUC termine la lecture de son rapport :

Il serait très-important de combattre la fièvre jaune dès l'apparition des symptômes, les succès seraient ainsi beaucoup plus nombreux; malheureusement elle débute souvent d'une manière insidieuse; le malade se croit atteint d'une courbature, d'une indigestion, d'une fièvre paludéenne, etc., et néglige de réclamer le secours d'un médecin; d'autres fois, à bord des navires, c'est, chose triste à dire, par raison d'économie qu'on ne soigne pas les malades dès le début; on ne les envoie à l'hôpital ou à la maison de santé que lorsque leur état est devenu très-grave, qu'ils ont déjà été atteints, par exemple, de vomissements noirs; aussi le docteur Ramos voudrait-il que, à Pernambuco, les différents gouvernements chargeassent leurs consuls respectifs de faire visiter chaque jour, par un médecin, les navires de leur nationalité; on ne peut que s'associer à ce souhait, tout en reconnaissant que l'initiative d'une pareille mesure devrait être provoquée par les réclamations du gouvernement brésilien lui-même.

La fièvre jaune une fois déclarée, le traitement devra varier, suivant qu'il s'agira de la première ou de la seconde période. On sait, en effet, et le docteur Dutroulau a particulièrement insisté sur ce point que, dans la grande majorité des cas la maladie présente deux périodes bien distinctes : une période de début ou d'activité fébrile, et une seconde période caractérisée, outre divers symptômes pathagnomoniques, par une dépression profonde des forces, ces deux périodes reliées le plus souvent l'une à l'autre par un intervalle de mieux trompeur.

Je n'insisterai pas sur le traitement de la période de début qui, dans les cas très-légers, peut constituer toute la maladie; on fait alors la médecine du symptôme; c'est en pareil cas que les vomitifs et les purgatifs trouvent souvent leur indication, encore est-il bon de n'en pas abuser.

Quant à la seconde période caractérisée essentiellement par la présence de l'albumine dans l'urine, l'ictère, des hémorrhagies variées et parfois incoercibles indiquent une altération profonde de la crase du sang, le tout accompagné de fréquence du pouls, de dyspnée, de stupeur ou d'un délire plus ou moins violent, on a employé contre elle de nombreux moyens thérapeutiques, mais aucun n'a fourni des résultats assez probants pour qu'on ait pu lui rapporter l'honneur de la guérison dans les cas ou elle avait lieu.

C'est dans cette période que l'on voit apparaître, chez un certain nombre de malades, le vomissement noir, *vomito negro*, dont la gravité, au point de vue du pronostic, n'a échappé à aucun des auteurs qui ont écrit sur la fièvre jaune, surtout quand il se rapproche de la couleur et de la consistance du marc de café; il est alors l'indice d'une mort presque certaine; ainsi le docteur Charles Belot mentionne, dans son rapport sur l'épidémie qui régna en 1862 à la Havane, qu'au nombre des 1107 malades qu'il eut à traiter, 215 se présentèrent avec le phénomène vomissement; de ces 215, 135 étaient atteints de vomissements bilieux ou mélangés, 16 seulement ont succombé; 80 eurent des vomissements de sang couleur marc de café, ces 80 ont tous succombé.

En présence de résultats aussi décourageants, le docteur Ramos, persuadé que le petit nombre de malades atteints de vomissements noirs qui guérissent le doivent aux seules forces de l'organisme et nullement aux remèdes employés, s'est demandé s'il ne serait pas possible de trouver une méthode de traitement qui vînt en aide à l'organisme d'une manière plus efficace et qui lui permît de soutenir la lutte avec de plus grandes chances de succès.

Considérant que ce qui dominait dans la période du vomissement noir, c'était au point de vue anatomique l'altération profonde de la crase du sang, et au point de vue symptômatique la dépression considérable des forces, l'état adynamique ou atoxa-adynamique; se rappelant d'ailleurs les excellents résultats que les applications d'eau

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 juillet 1874.

froide avaient donnés à des médecins tels que Currie, Trousseau et bien d'autres dans le traitement des scarlatines et des fièvres typhoïdes graves, il eut l'idée de traiter ses malades atteints de vomissements noirs par de courtes immersions dans l'eau à la température de 10 à 12 degrés centigrades; il cherchait à produire une réaction stimulante dans tout l'organisme, régulariser et fortifier la fonction de l'innervation ainsi que tous les actes organiques qu'elle tient sous sa dépendance; le résultat dépassa son attente, puisque sur 21 malades atteints de vomissements noirs qu'il a traités de cette manière pendant la période de 1872-1873, il a obtenu 18 guérisons et n'a eu à déplorer que 3 décès. C'est ce brillant résultat qui l'a déterminé à nous faire sa communication relative à la fièvre jaune, et c'est là à vrai dire ce qui en constitue le point le plus important.

D'autres médecins, avant le docteur Ramos, ont eu l'idée d'appliquer l'eau froide au traitement de la fièvre jaune; on trouvera quelques détails à ce sujet dans l'ouvrage déjà cité du docteur Dutroulau (page 454), mais ils ne l'ont employé que dans la première période ou période d'activité fébrile; ce qu'ils recherchaient c'était une action réfrigérante et sédative et nullement une action tonique et stimulante; aussi employaient-ils des bains froids de douze à quinze minutes répétés une ou deux fois chaque jour. Cette pratique, qui se rapproche de celle que Brandt emploie depuis longtemps contre la fièvre typhoïde et qui est expérimentée même en France avec succès, ne semble pas s'être généralisée, ce qui témoigne de son peu d'efficacité dans le traitement de la fièvre jaune; il en a été de même de celle de M. le médecin en chef Amie, qui, toujours dans la première période de la maladie, avait recours à une sorte d'hydrothérapie consistant à plonger fréquemment le malade dans l'eau tout à fait froide, à l'envelopper alternativement dans un drap mouillé et une couverture de laine sèche de façon à provoquer la sudation. Il semble donc que M. le docteur Ramos ait eu le premier l'idée d'employer les immersions froides, courtes et répétées, dans le traitement de la fièvre jaune à la période du vomissement noir.

Examinons maintenant la manière de procéder:

Tous les malades qui font l'objet de sa communication avaient eu, je l'ai dit, des vomissements noirs; ils se trouvaient dans un état d'agitation extrême au moment où le traitement par les immersions froides a été mis en usage; ils étaient entièrement privés de sommeil; la peau était chaude, âcre, baignée d'une légère couche de sueur visqueuse; le pouls fréquent, large, mou; la dyspnée extrême; on les plongeait pendant quelques instants, moins d'une minute, dans une baignoire remplie d'eau à 10 ou 12 degrés centigrades; on les essuyait, puis on les ramenait dans leur lit.

L'effet ne se faisait pas attendre : le malade en sortant de l'immersion dormait tranquillement (quelques-uns ont dormi une heure), le cœur battait avec plus d'énergie, la fréquence des pulsations diminuait, la respiration était plus large et moins précipitée, la peau nettoyée devenait plus fraîche, et quelque temps après, l'urine qui était supprimée (signe toujours très-grave) commençait à reparaître, enfin les vomissements devenaient moins abondants et moins fréquents.

Cet état d'amélioration durait quelques heures, puis les phénomènes graves qui avaient précédé l'immersion tendaient à reparaître, mais avec moins d'intensité; on revenait alors à l'immersion pratiquée de la même manière que précédemment, elle était suivie du même résultat favorable; il a fallu faire ainsi prendre à certains malades six bains d'immersion dans les vingt-quatre heures; le soulagement qu'ils en éprouvaient était toujours si prononcé, qu'ils réclamaient eux-mêmes le bain lorsque les sensations pénibles commençaient à reparaître.

J'ai mentionné plus haut le résultat obtenu par le docteur Ramos : dix-huit guérisons sur vingt et un malades traités, résultat qui semblera tout à fait extraordinaire, si l'on songe à l'extrême gravité des cas dans lesquels paraît le vomissement noir. Quant aux trois malades qui ont succombé, ils ont éprouvé un certain bien-être du traitement, mais la réaction chez eux a été incomplète, soit que la maladie fût parvenue à une période trop avancée ou qu'elle eût déprimé les forces d'une façon trop absolue.

Pendant la durée du traitement, par les immersions, qui a varié de vingt-quatre à trente-six heures, les malades n'ont absolument rien pris, pas même de l'eau, dans la crainte qu'une boisson quelconque ne ramenât les vomissements, de sorte que c'est bien aux immersions toutes seules que revient l'honneur des succès obtenus.

Nous donnons acte à M. Ramos des résultats qu'il nous annonce, nous aurions désiré qu'il fît passer sous nos yeux les observations même succinctes des vingt et un malades qu'il a traités par l'eau froide, sa communication eût acquis, de la sorte, une rigueur plus grande et eût porté davantage la conviction dans l'esprit de ceux qui n'acceptent qu'avec une certaine réserve des résultats nouveaux et importants lorsqu'ils sont présentés en bloc.

Pour nous, il nous est interdit de douter de la parfaite exactitude des renseignements qui nous ont été fournis par notre honoré confrère de Pernambuco; nous n'oserions espérer que, dans une maladie aussi terrible que la fièvre jaune à la période du vomissement noir, les immersions froides donneront toujours d'aussi beaux résultats que dix-huit guérisons sur vingt et un cas; il convient de ne pas oublier que, dans la dernière épidémie observée à Pernambuco, le génie épidémique semble avoir montré moins de malignité que dans les épidémies précédentes; le docteur Ramos admet lui-même les réserves que nous exprimons ici; il fait la part des circonstances inaperçues qui ont pu agir dans un sens favorable. C'est donc à l'avenir de prononcer d'une manière définitive sur la valeur de cette nouvelle méthode thérapeutique; nous faisons des vœux pour que partout où règne la fièvre jaune, elle soit appliquée sur une large échelle aux malades atteints de vomissement noir, et pour que le docteur Ramos, lorsqu'il sera devenu membre de notre société, nous tienne au courant des résultats qu'elle aura continué à lui fournir en nous donnant une relation au moins succincte de chacun des cas dans lesquels il aura cru devoir l'employer.

Le docteur Ramos, outre l'intéressant travail qu'il nous a présenté, réunit les titres scientifiques et d'honorabilité professionnelle que nous réclamons à bon droit de ceux qui tiennent à honneur de faire partie de notre société.

Les conclusions du rapport sont donc .

1° De lui adresser des remercîments pour son intéressant travail;

2° De lui accorder le titre de membre correspondant de la Société de médecine de Paris.

RAPPORT

M. LEUDET lit le rapport suivant :

Messieurs, sous le titre d'*Examen critique de l'influence que le séjour sur le littoral franco-italien exerce sur la marche de la phthisie pulmonaire*, M. Gillebert d'Hercourt fils vous a lu, dans la dernière séance, un travail qui touche à une des questions les plus controversées de la pratique médicale.

Faut-il déplacer les phthisiques? faut-il chercher pour eux des abris climatériques pendant l'hiver? Où sont ces abris, et quelles conditions doivent-ils remplir pour être salutaires? Choisirons-nous le littoral de la mer ou l'intérieur des terres? De toutes les stations hivernales recommandées pour guérir les phthisies ou en retarder la marche, — stations continentales, maritimes ou insulaires, — laquelle devrons-nous conseiller?

Ce sont là des questions auxquelles il nous faut répondre chaque jour; et certes, lorsqu'il s'agit de phthisie pulmonaire et du meilleur traitement hygiénique à lui opposer, la solution du problème ne manque pas d'être grave et difficile. Médecin à Monaco pendant plusieurs années, M. Gillebert d'Hercourt s'est trouvé en situation d'étudier ce problème, sinon sous toutes ses faces, du moins par un de ses côtés les plus intéressants. Il a fait des expériences physico-chimiques sur l'air de Monaco; il a observé un certain nombre de phthisiques au point de vue de l'influence exercée sur eux par cet air; et fort de ses expériences et de son observation, il vient vous dire ce qu'il a vu, et vous apporter ce qu'il croit être la vérité.

Les conclusions de notre confrère sont, je le dis immédiatement, complétement défavorables au littoral méditerranéen considéré comme séjour hivernal des phthisiques. Bien loin de trouver sur les bords du golfe Ligurien un arrêt de sa maladie, le poitrinaire y serait exposé à des accidents funestes qui hâteraient sa fin. Comment M. Gillebert

d'Hercourt a-t-il été amené à porter un jugement aussi sévère sur les stations hivernales telles que Cannes, Nice, Menton?

Personne de vous, messieurs, n'a oublié le travail si complet et si consciencieux que nous lisait en juin 1870 notre distingué collègue M. Gillebert d'Hercourt père. Dans ce travail, tout ce qui est relatif au climat des Alpes-Maritimes, température, humidité, vents, pression atmosphérique, ozonométrie, etc., était soigneusement étudié; et l'auteur concluait déjà de ses observations météorologiques qu'un semblable climat devait être plutôt nuisible qu'utile dans les cas de phthisie confirmée.

M. Gillebert d'Hercourt fils, reprenant les travaux de son père et les confirmant par ses propres expériences, ne s'est pas contenté de connaissances météorologiques abstraites que lui fournissait l'étude du climat de Monaco. Il a voulu appliquer ces connaissances et en tirer des déductions pratiques. Il a cherché à voir s'il n'y avait pas une relation de cause à effet entre l'existence de certains agents, qui lui étaient révélés dans l'atmosphère maritime, et la production des accidents qu'il constatait chez presque tous les phthisiques soumis à son observation. Là est le grand et sérieux intérêt de son mémoire.

Passant rapidement sur la variabilité de l'échelle thermométrique et sur la violence de certains vents à certaines heures du jour, M. Gillebert d'Hercourt étudie longuement deux substances, qu'il rencontre dans l'air marin, et qui lui paraissent avoir une influence considérable sur la marche de la phthisie. Ces deux substances sont l'ozone et le chlorure de sodium, — l'ozone, qui existe toujours en plus grande abondance sur le littoral de la mer que dans l'intérieur des terres; le chlorure de sodium, qui remplit l'air de ses particules jusqu'à 500 mètres à partir de la plage. L'atmosphère marine ainsi ozonisée et chargée de particules salées aurait une action excitante énergique sur les bronches et les poumons du phthisique, et bien loin d'y causer une substitution de bon aloi, augmenterait l'irritation et l'inflammation des tissus tuberculisés.

Sous l'influence de bronchites fréquentes et de poussées congestives, se traduisant presque toujours par des hémoptysies répétées, plus ou moins continues, la maladie pulmonaire prendrait bientôt le caractère aigu et le conserverait jusqu'à la terminaison fatale. Les fonctions digestives elles-mêmes seraient vite atteintes, et après une surexcitation factice et passagère de l'appétit, on verrait apparaître les troubles les plus graves de la nutrition, les vomissements incoercibles et la diarrhée colliquative.

Dans quelques-unes de ses observations, M. Gillebert d'Hercourt s'appesantit sur les accidents qu'il rattache plus étroitement à l'influence néfaste de l'atmosphère marine, sur la forme et le caractère de ces accidents : tels sont les vomissements, les crachements de sang et la fièvre, dont il pouvait prédire le retour et la périodicité d'après ses relevées météorologiques.

Les faits cliniques mis en lumière par un observateur aussi impartial et aussi rigoureux que M. Gillebert d'Hercourt, offrent un réel intérêt et sont dignes de toute notre attention. Je me demande si l'interprétation de ces faits doit toujours être telle que vous la donne notre confrère. Est-ce vraiment le climat qu'il faut accuser ici? ou n'est-ce que la marche naturelle d'une maladie trop souvent inexorable?

Je ferai remarquer que, dans sa critique, M. Gillebert d'Hercourt vise plutôt le littoral maritime que le climat lui-même. Le littoral maritime et l'atmosphère marine, qui en dépend, ne sont qu'une des parties constitutives du climat méditerranéen. Celui-ci comprend d'autres éléments, d'autres facteurs : la lumière, la chaleur, l'exposition, la végétation, etc. Tous ces facteurs réunis forment un ensemble de qualités, qui sont le climat lui-même, qui le constituent dans son unité et lui donnent sa caractéristique spéciale.

A côté de l'ozone et de l'air salé, — agents d'excitation, — nous aurons des agents de compensation — chaleur modérée et uniforme, bon abri contre les vents, absence de pluie, de brouillard, de poussière.

Si ces compensations favorables n'existent pas toutes à Monaco, — et mes souvenirs personnels me permettent d'affirmer que cette station est peu ou n'est point abritée contre les mauvais vents, — on peut les trouver et on les trouve, en effet, à Hyères, à Cannes, à Menton, dans certains quartiers de Nice.

J'irai plus loin, et je dirai qu'une atmosphère marine peut convenir dans certaines formes de phthisie. Je ne redoute pas, pour ma part, une excitation qui réveille les fonctions allanguies du phthisique, qui donne à son organisme délabré une tonicité et une vigueur nouvelle, et qui ramène dans son économie l'équilibre et la résistance. Je crois avec Bordeu que, dans beaucoup de maladies, soit chroniques, soit aiguës, les remèdes *un peu actifs* sont nécessaires, et que les *remèdes forts valent souvent mieux que les doux.* Mais c'est ici que doit apparaître tout le tact du praticien, sa clairvoyance, son art consommé. Il s'agit de choisir parmi les différentes formes d'une même maladie celles qui relèvent de telle ou telle médication, et le choix est surtout nécessaire quand se trouvent en jeu une maladie grave comme la phthisie pulmonaire et une médication capitale comme un climat.

Les formes et les variétés de la phthisie seront donc notre guide dans la détermination de ce climat comme dans celle de tout autre médication hygiénique ou pharmaceutique.

Où trouverons-nous ces formes et ces variétés? Ce n'est pas l'état local ou pulmonaire qui nous les donneront. Nous les trouverons dans le tempérament, dans la constitution du phthisique, dans la race dont il est issu, dans ses antécédents morbides, dans sa vie de chaque jour, dans son hygiène, dans ses passions; nous les trouverons dans la résistance que le malade oppose à l'envahissement du tubercule, dans sa façon de soutenir la lutte, dans les moyens physiologiques ou pathologiques qu'il déploie pour faire reculer son ennemi...

Avec une caverne occupant le tiers de son poumon, le phthisique saura supporter un médicament énergique et fort; avec quelques granulations disséminées dans un de ses sommets, il sera incapable de faire tourner à bien une médication quelconque, la plus douce, la moins active, la plus indifférente.

La lésion pulmonaire n'est donc pas tout; à côté d'elle, au-dessus d'elle, il y a le malade, qui consent ou ne consent pas à laisser germer en lui un mal funeste. Le tubercule, quoique toujours semblable à lui-même et à évolution destructive constante, ne possède cependant aucune espèce de spécificité, pas même la spécificité histologique; et bien différent du virus, il ne plie pas tous les organismes sous une même loi de destruction et de mort. Chaque organisme, au contraire, lui résiste suivant sa vitalité et sa nature propres, et lui inflige une allure et une marche spéciales. La phthisie pulmonaire est donc individuelle, et chacun y arrive par des chemins différents. Les causes sont innombrables, et chacune de ces causes, qu'elle soit externe ou interne, dans l'individu ou hors de l'individu, modifie profondément le pronostic et le traitement de la maladie.

Si le phthisique nous offre des types si différents, les moyens thérapeutiques dirigés contre son mal devront aussi être multiples et divers. M. Gillebert d'Hercourt a eu raison de nous dire combien était artificielle la classification des phthisies pulmonaires en phthisies torpides et en phthisies éréthiques. Mais en prenant le phthisique lui-même, en l'étudiant au point de vue sa nature propre, de son origine, de son tempérament, on arrive à une classification moins arbitraire, plus naturelle. On trouve alors des phthisies chez les lymphatiques ou les scrofuleux, chez les goutteux ou les rhumatisants, chez les herpétiques, les névropathes, les anémiques, les chlorotiques, etc. N'y a-t-il donc pas dans toutes ces classes de phthisiques quelques-unes d'entre elles qui réclament la médication tonique, reconstituante, voire même excitante?...

Je m'arrête, messieurs, et je vous soumets la question; elle est digne de vos méditations et de vos discussions. Je n'ai fait que l'effleurer; ma seule prétention est de provoquer l'intervention de ceux de nos collègues que cette question intéresse. Il n'est pas un de vous qui n'envoie chaque année, dans quelqu'une de nos stations méditerranéennes, un nombre plus ou moins grand de tuberculeux. Quelle riche moisson de faits, si chacun de vous apportait ici les résultats de son expérience et de son observation!

Ce serait aussi, de votre part, rendre hommage à un travail sérieux, sorti de la plume d'un observateur honnête et convaincu. Quelques-unes des opérations de M. Gillebert d'Hercourt ne pourraient man-

quer d'être confirmées par vous; quelques autres peut-être seraient atténuées ou réformées. En tout cas, un problème difficile de clinique et de thérapeutique serait abordé, et nulle société savante, mieux que la Société de médecine de Paris, ne saurait l'élucider et le résoudre.

Suis-je parvenu, messieurs, à vous montrer la valeur réelle du mémoire réelle de M. Gillebert d'Hercourt? Expérimentation ingénieuse, observation exacte, idées nettes exprimées clairement, sens médical droit, telles sont les qualités qui distinguent ce travail. En comptant M. Gillebert d'Hercourt au nombre de ses membres titulaires, notre société aura un travailleur de plus, et un honnête homme qui continuera les conditions de savoir et d'honorabilité, dont son père, notre distingué collègue, lui donne l'exemple.

La commission vous propose :

1° D'accorder à M. Gillebert d'Hercourt fils le titre de membre titulaire de la Société de médecine de Paris ;

2° De renvoyer son travail au comité de publication. (*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Les Facultés de médecine en France (1).

Bordeaux. — La situation est plus simple, puisque les bâtiments actuels de l'école pourront suffire pour les premiers besoins de la faculté et seront utilisés dans les agrandissements indispensables. Nous insistons sur la nécessité absolue d'acquérir immédiatement les immeubles adossés à l'école et bordés par les rues Magendie et Careihac. Le plan des constructions nouvelles devra être mis à exécution, aussitôt après son approbation par le ministre de l'instruction publique.

Mode de nomination des professeurs. — Nous arrivons à la question bien autrement délicate du recrutement des professeurs de nos facultés.

Ici, nous n'hésiterons pas à le dire, et nous pensons devoir être compris par tous et approuvés même par les intéressés, le personnel des écoles actuelles ne saurait être élevé, en principe, en corps, au rang de personnel des facultés. Les conditions auxquelles devait satisfaire le professeur d'école secondaire, simplement chargé de donner l'enseignement élémentaire pendant les deux premières années d'une éducation qui doit en compter au moins cinq, ne sauraient être suffisantes pour le professeur de faculté. Ici, les exigences doivent être tout autres, et tout aussi le mode de recrutement. Rappelons que les professeurs des facultés existantes sont toujours choisis, sauf quelques rares exceptions justifiées par une grande situation scientifique, — parmi ce corps des agrégés, où le concours appliqué à l'âge et dans les conditions où il est vraiment utile, maintient un niveau scientifique si élevé. Il en est autrement du professeur d'école, désigné par le ministre parmi les praticiens de la ville, et auquel un traitement minime (1,500 francs en général ; Lyon seul, depuis deux ans, a élevé ces traitements à 3,000 francs) ne permet pas de se consacrer exclusivement aux recherches scientifiques.

Or, ne l'oublions pas, si nous voulons que nos facultés nouvelles rendent de vrais services, si nous voulons même qu'elles subsistent, c'est sous la condition que l'esprit scientifique y sera fort et vivant, que la recherche de l'inconnu y marchera de pair avec la juste préoccupation du diplôme, et qu'elles seront des écoles dans l'acception intellectuelle du mot. Car si elles désertaient ce rôle élevé, si, suivant l'énergique expression d'un inspecteur général, elles se réduisaient à n'être plus que des machines à fabriquer des docteurs, comme tant d'écoles secondaires ne sont actuellement que des machines à fabriquer des officiers de santé et des herboristes, justice leur serait bientôt rendue, et l'on ne tarderait pas à les voir délaissées.

Tout établissement scientifique nouveau a besoin d'un personnel enseignant le premier ordre; lorsque la Convention créa l'école polytechnique et l'école normale, elle inscrivit sur la liste de leurs professeurs les noms des hommes les plus illustres du temps, pour leur donner, dès le début, une autorité immédiate, et amener leur succès en frappant vivement l'opinion publique. Il conviendrait de faire quelque chose d'analogue aujourd'hui, et d'appeler à certaines chaires de nos facultés nouvelles quelques-uns des savants qui, jeunes encore, ont acquis dans l'agrégation ou les sociétés savantes, l'estime de leurs égaux et la confiance des étudiants. Beaucoup d'entre ceux-ci, l'expérience de ce qui se passe en Allemagne le montre, n'hésiteraient pas à suivre ces jeunes maîtres pleins de science et d'ardeur, et à aller augmenter dans les facultés nouvelles le nombre et le travail, c'est-à-dire la prospérité.

Dans les situations exceptionnelles, des moyens exceptionnels aussi doivent être employés. Et ce serait sans doute ici le cas d'attribuer aux professeurs des sciences théoriques un traitement plus considérable que celui dont les médecins, chirurgiens et accoucheurs peuvent aisément, grâce à la clientèle que vient agrandir leur titre de professeur, compenser l'exiguïté. Un sacrifice supplémentaire, transitoire peut-être, permettrait aux villes d'attirer dans quelques-unes des chaires de leurs facultés des hommes qui en assureraient glorieusement l'avenir.

La conséquence pratique de ces considérations, c'est que les écoles de Bordeaux et de Lyon ne doivent pas être élevées au rang de facultés, mais bien supprimées et remplacées par des facultés. Sans doute le plus grand nombre de leurs professeurs remonteront dans leurs chaires agrandies; mais il importe que ce soit à la suite d'une consécration nouvelle, et qu'une mesure de principe donne une liberté suffisante aux choix ministériels.

Et maintenant, comment devront être faites les nominations des nouveaux professeurs? Vous savez, messieurs, que lorsqu'une chaire est vacante dans une faculté, les professeurs de cet établissement présentent au ministre deux candidats; le conseil académique de la région en présente également deux, puis le ministre choisit et fait nommer par décret. Dans le cas actuel, on ne saurait procéder ainsi, puisqu'il s'agit de facultés qui n'existent pas encore.

Une autre manière d'agir se présente : lorsqu'une chaire nouvelle est créée dans un établissement d'enseignement supérieur, le ministre a le droit de nommer le titulaire directement, sans présentation d'aucune sorte. Il a paru à votre commission qu'on ne saurait assimiler ces créations partielles, faites le plus souvent en vue même du candidat qui devra être nommé plus tard, avec l'organisation d'ensemble de toute une faculté de médecine et la nomination de dix-huit ou vingt professeurs.

Sans doute on a procédé de la sorte pour la faculté de Nancy; mais la situation était tout autre, puisqu'on avait à replacer le personnel professoral de Strasbourg, puisque, ainsi qu'on l'a dit, la faculté de Nancy n'était que la faculté de Strasbourg momentanément ramenée en arrière.

Dans la situation actuelle et pour le fait présent, la commission a pensé qu'il faudrait sans doute laisser une grande part à l'initiative de M. le ministre, mais qu'on ne saurait sans inconvénients graves, dépouiller l'organisation première des facultés nouvelles des sages garanties qu'a imposées la loi pour la nomination d'un seul professeur. Ces garanties sont ici d'autant plus nécessaires qu'il importe au début de faire d'excellents choix, et que les professeurs de l'enseignement supérieur doivent être considérés comme inamovibles.

Elle a donc expressément déclaré qu'il conviendrait d'organiser, pour étudier les titres des candidats et dresser des listes de présentation, une commission dans laquelle entreraient en outre de hauts fonctionnaires de l'enseignement supérieur naturellement désignés, des professeurs appartenant aux facultés de médecine et aux écoles supérieures de pharmacie actuellement existantes, des membres de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine. Mais la commission n'a pas cru devoir aller plus loin et empiéter sur le domaine du pouvoir exécutif en indiquant dans leurs détails la composition et le mode de nomination de cette commission consultative.

Nous pouvons maintenant, en nous servant des renseignements contenus dans les tableaux qui suivent ce rapport et en acceptant les hypothèses que nous avons déjà faites pour un raisonnement analogue, nous faire une idée approximative de la population scolaire

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 4, 7, 9, 14, 16, 18, 21 et 23 juillet.

qui pourra fréquenter nos facultés nouvelles. Nous supposerons, pour cela, que les élèves qui seraient allés à Toulouse descendront se joindre à ceux de la faculté bordelaise, et que ceux des départements tributaires de Marseille remonteront sur Lyon. Nous trouvons ainsi pour Bordeaux le chiffre de 1,467, et pour Lyon celui de 1,072, et, après toutes les déductions faites des élèves non assidus : Bordeaux, 888; Lyon, 693.

Ainsi, sans avoir besoin de supposer que la création de ces deux facultés suscitera de nouveaux étudiants en médecine, ce qui arrivera cependant, on peut l'affirmer, on voit que ces deux facultés peuvent réunir dès aujourd'hui un nombre d'étudiants très-suffisant pour leur assurer une prospérité immédiate. Il convient de faire remarquer qu'il n'a point encore été pris de décision définitive relativement aux élèves de l'ancienne école de santé militaire qui siégeait à Strasbourg; il y a là un contingent considérable dont il convient de tenir compte sans rien préjuger sur son attribution.

Développement de facultés des sciences. — La lecture de ce long rapport a pu vous convaincre, messieurs, que le principal souci de votre commission a été, en donnant satisfaction à l'intérêt général par la création de deux facultés nouvelles, d'assurer à celles-ci, non-seulement la prospérité matérielle, mais les conditions d'un développement intellectuel élevé. C'est encore dans cet ordre d'idées que se placent les observations suivantes.

La faculté des sciences de Lyon compte 7 professeurs, celle de Bordeaux 6 seulement : la différence vient de ce que, dans cette dernière ville, la même chaire embrasse à la fois la botanique, la minéralogie et la géologie. A Lyon comme à Bordeaux, il n'y a qu'une chaire de chimie. C'est là bien évidemment une organisation dont l'insuffisance frappe singulièrement quand on songe qu'à la faculté des sciences de Paris, le nombre des chaires est de 18, et que la création de deux autres est instamment et justement réclamée.

Nous pensons qu'il sera nécessaire de multiplier le nombre des professeurs à Lyon et à Bordeaux, surtout dans le domaine des sciences d'expérience et d'observation. Il sera indispensable, pour le moins, de dédoubler la chaire de chimie, et ce ne sera pas trop que quatre chaires consacrées aux sciences naturelles (zoologie et anatomie comparée, physiologie générale et comparée, botanique, géologie et minéralogie). Nous considérons cette organisation nouvelle comme le minimum nécessaire pour que l'enseignement scientifique, répondant vraiment à son titre de supérieur, fasse sentir sur les facultés de médecine son influence stimulante et bienfaisante.

Mais les chaires de sciences ne peuvent donner de résultats importants qu'à la condition d'une large organisation des laboratoires et des collections, d'un personnel convenable d'employés inférieurs, d'un crédit annuel suffisant : la production comme l'enseignement sont à ce prix. La commission appelle sur ce point toute l'attention de M. le ministre. Las facultés des sciences de Bordeaux et de Lyon devront recevoir des modifications qui leur permettent de soutenir dignement la comparaison avec leurs riches rivales les facultés de médecine. Bordeaux, surtout, dont la faculté des sciences présente une installation misérable, indigne de cette grande cité, devra être rappelé à l'exécution des promesses qui furent faites, il y a plus de trente ans, lors de la création de la faculté des sciences. Si la commission ne croit pas devoir faire de la réinstallation de la faculté des sciences dans un emplacement convenable une condition expresse de la création de la faculté de médecine, c'est qu'elle sait que la municipalité actuelle de Bordeaux a conscience de la dette d'honneur laissée par les administrations anciennes, et que les études nécessaires ont été faites pour placer la faculté des sciences dans un local digne d'elle. (*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

207. Moreau. Essai sur les fractures tranversales simples de la rotule.
208. Guichard. Des rétrécissements intrinsèques et non cancéreux du pylore, anatomie pathologique de diagnostic.
209. Moncade. Étude sur l'étiologie de l'ascite.
210. Chinchole. De la nature parasitaire du pityriasis capitis et de l'alopécie consécutive.
211. Lemardeley. De la pleurite adhésive.
212. Serres. Des rechutes de la fièvre typhoïde.
213. Lardier. Du tétanos puerpéral consécutif à l'avortement et à l'accouchement.
214. Daumas. De l'astigmatisme.
215. Moscovits. De la syphilis tertiaire crânienne et de ses complications méningo-encéphaliques.
216. Leuc. Essai sur l'hydrocèle enkystée du cordon.
217. Perrin. De la cystite dans la blennorrhagie.
218. Boussey. Épidémie de diarrhée chorériforme chez les nouveau-nés (accident puerpéral) observée à l'hôpital Lariboisière.
219. Grivet. Étude clinique de l'influence salutaire de l'érysipèle sur le lupus.
220. Lafon. Da la toux hystérique.
221. Calmette. Considérations sur la valeur des symptômes en pathologie mentale.
222. Gely-Guinard. Considérations sur le traitement de la cataracte par les procédés à petit lambeau médian.
223. Sadde. Étude sur le frémissement hydatique.
224. Miquel. Du chloral et de son emploi après les opérations chirurgicales.
225. Lamps. Essai sur les kystes dermoïdes du sourcil.
226. Climant. Traitement de la gravelle urique.
227. Simon. Recherches sur l'hémophilie.
228. Bellou. De la métrite chronique. Application des eaux de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), au traitement de cette maladie.
229. Powell. Essai sur le pseudo-rhumatisme articulaire dans le cours de la diathèse tuberculeuse.
230. Morel-d'Arleux. Considérations sur la résection du coude et particulièrement sur la pratique de cette résection en Angleterre.
231. Urdy. Examen au point de vue du manuel opératoire de quelques cas difficiles d'ovariotomie et d'hystérotomie.
232. Chaplain. Quelques remarques sur les plaies du poumon par armes à feu.
233. Gressent. Des manifestations tardives de la syphilis héréditaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Besançon. — M. Saillard, suppléant, est nommé professeur adjoint (emploi nouveau).

— *École de médecine de Reims.* — M. Panis (Alphonse), suppléant, est nommé professeur d'accouchements, maladie des femmes et des enfants, en remplacement de M. Panis père, admis à la retraite.

— *École des hautes études.* — M. d'Astre, agrégé des sciences physiques, est chargé des fonctions de préparateur (section des sciences naturelles).

Il sera attaché, en cette qualité, à la chaire de médecine du Collége de France.

— M. le docteur Bouchut, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, est nommé médecin du théâtre national de l'Opéra, en remplacement de M. le docteur Baude, décédé.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. — Toutes ces thèses se trouvent chez M. Coccoz, libraire-éditeur, 30, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse....	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.066	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs;— PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE. maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre........................ 1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » } sesqui-oxyde de fer
— de chaux.......................
Chlorure de sodium........................
Matières organiques........................ } 0. 44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

VIN TONIQUE RECONSTITUANT
DU DOCTEUR FORESTIER
VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
à l'écorce d'oranges amères

Tous les organes de la presse médicale : *Gazette des Hôpitaux, Courrier médical, France médicale, etc.,* ont depuis dix ans, signalé l'excellence de cette préparation qui contient, dissous dans d'excellent vin de Malaga, les deux éléments formateurs des *os* et du *sang,* le *quinquina* et le *pyrophosphate de fer.*

La facilité avec laquelle l'économie s'assimile le vin de quinquina au pyrophosphate de fer, l'absence de toute saveur styptique, la double influence qu'en raison de ses deux éléments formateurs il semble devoir exercer, tant sur la composition du système osseux, que sur la reconstitution du sang, telles sont les qualités qui recommandent à priori cette nouvelle préparation ferrugineuse (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*).

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 41.

TAMAR INDIEN
Fruit laxatif rafraichissant
Contre LA CONSTIPATION

Et les affections qui l'accompagnent, telles que la **Congestion cérébrale,** les **Hémorrhoïdes,** la **Migraine,** etc. — Prix de la boîte : 2 fr. 50.

GRILLON, pharm., 25, rue de Grammont, Paris.

ROYAT Source César. Eau gazeuse, chloro-bicarbonatée, mixte, ferrugineuse, arsénicale. (*Dyspepsie, chloro-anémie, névrosisme, convalescences, etc*) Son goût exquis, pure ou coupée de vin, la fait préférer pour régime à table. S'adresser à la Source, *au régisseur des Bains de César à ROYAT* (*Puy-de-Dôme*); ou à M. Mercier, correspondant entrepositaire, 5, rue de l'Isly à Paris. Chez les principaux marchands d'eaux minérales.

Établissement hydrothérapique
DE BELLEVUE
PAR MEUDON, ENTRE PARIS ET VERSAILLES
Traitement des maladies chroniques. spécialement des maladies nerveuses, Eaux de source, vie confortable, belles promenades, vues magnifiques.

DRAGÉES CARBONEL
AU PERCHLORURE DE FER PUR
Spécifique contre les hémorrhagies, la leucorrhée et la chlorose, la diarrhée chronique, l'albuminurie, etc. — *Médicament Tonique, Analeptique, Antilymphatique.*
Dépôt : rue Richelieu, 31, Paris et pharmacie Carbonel, Avignon.

AULUS (Ariége)
Eau minérale laxative, diurétique, dépurative, antisyphilitique, combat très-avantageusement les **maladies de l'estomac, des intestins, des reins et de la vessie, la gravelle, la goutte, la constipation, la diarrhée chronique.** Par son action dépurative, elle agit merveilleusement contre les **maladies de la peau et toutes les manifestations de la syphilis.**

S'adresser à AULUS (Ariége), à l'administrateur général; pour le détail, chez tous les marchands d'eaux minérales et chez les pharmaciens.

DRAGÉES COCHEUX
Ferro-basiques à l'huile de foie de Morue
Pour la prendre *agréablement* et sans aucun renvoi. Le flacon : 3 fr. Pharm., 45, r. Taitbout, à Paris.

MÉDAILLE D'**OR** ET PRIX DE **16,600** FRANCS

QUINA LAROCHE ÉLIXIR
tonique, reconstituant et fébrifuge
Extrait complet des 3 sortes de quinquina (rouge, jaune et gris). **Paris,** *r. Drouot, 22, et dans toutes les pharmacies.*

Laroche

SIROP DE DIGITALE
DE LABÉLONYE
Excellent sédatif et puissant diurétique employé avec un succès constant depuis plus de 30 ans par les médecins de tous les pays contre les maladies organiques ou non organiques du cœur, les diverses hydropisies et la plupart des affections de poitrine et des bronches : pneumonie, catarrhes pulmonaires, asthmes, bronchites nerveuses, coqueluche, etc.

A la pharmacie, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*) à Paris, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

CONTRÉXEVILLE
(SOURCE DU PAVILLON)
CONTRE LA GRAVELLE, LA GOUTTE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.
ÉTABLISSEMENT OUVERT
DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

Dépôt central : 23, r. de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

VIN ET SIROP DE CHENNEVIÈRE
au chlorhydro-phosphate de chaux
phthisie, névrose, gastralgie, av. Wagram, 50.

ÉPILEPSIE
HYSTÉRIE — NÉVROSES
Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

PILULES DE PEPSINE
Digestion difficile, dyspepsie, vomissements, etc.

PIL. DE PEPSINE **au fer réduit** dans toutes les maladies où le fer est nécessaire.

PIL. DE PEPSINE **au proto-iodure de fer.** Maladies scrofuleuses, syphilitiques, etc.

Chez **HOGG,** pharmacien-chimiste, 2, rue Castiglione, Paris. Pharmacies de province; on envoie *franco* par la poste.

Granules arsenicaux de Challonneau
Chevalier de la Légion d'honneur.
Pharm., 143, ancien 229, rue St-Denis, à Paris.

Exactement dosés à 1 milligr. et préparés avec les arséniates de **soude,** de **potasse, de fer, d'ammoniaque, d'antimoine,** et avec l'**acide arsénieux.** — *Exiger mon cachet et ma signature.*

VIN MARIANI
à la COCA du PÉROU
Le plus agréable et le plus efficace des toniques.
5 francs la bouteille.
Mariani, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

LEUCORRHÉE
Guérison radicale par le **Vin tonique** de E. Caigniet, ph. de 1re classe. — Succès, même dans les cas où les autres traitements ont échoué. — *Dépôt à Chauny (Aisne),* chez E. Caigniet, ph.; Paris chez MM. Clin et Ce, 14, rue Racine et dans toutes les pharmacies.

SOLUTION COIRRE
AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX
24, r. du Regard, Paris, et pharmacies
SIROP et VIN
Pour les personnes qui ne doivent pas en faire un long usage.

VIANDE CRUE ET ALCOOL
Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO: PHTHISIES, *Anémie,* **Rachitisme,** DIABÈTE, *Diarrhée,* **Cachexies,** *Albuminurie, la* **Convalescence,** *l'épuisement.* (Gros), 8, r. *Neuve-Saint-Augustin, Paris.*

PAPIER RIGOLLOT
POUR SINAPISMES
Adopté par les Hôpitaux de Paris, les Ambulances et Hôpitaux militaires, et par les Marines française et anglaise.

24, avenue Victoria, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

PILULES DE LOUVARD
AU FER *PUR* INALTÉRABLE ET A L'ABSINTHE

A la dose de neuf par jour, en trois fois, une heure avant le repas, c'est la préparation ferrugineuse la plus efficace et celle dont l'action est la plus rapide dans la chlorose et l'anémie. Quels que soient les désordres de l'estomac, elle est toujours bien tolérée, et, sous son influence, les fonctions digestives sont rétablies en quelques jours.

Pharmacie **LOUVARD,** rue Royale, 60, à **Versailles.** — Vente au détail, pharm. Guinhabert, 108, r. de Grenelle-Saint-Germain, Paris, et dans les principales pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Hier, émotion vive à l'Académie, — non dans la salle des séances, où l'on souriait en entendant assimiler le médecin à un horloger qui démonte le mécanisme qu'il répare, et, sans y voir de maladie, mais des lésions d'organes, y retouche ou remplace les organes détériorés, — mais dans la salle des Pas-Perdus, où couraient des bruits inquiétants pour l'avenir de notre Académie.

Ces bruits, confirmés par le témoignage de plusieurs académiciens, devinrent bientôt chose avérée ; et, tandis que les ennemis de l'Académie exprimaient leur joie, ceux qui, comme nous, l'aiment et l'honorent, se demandaient comment conjurer ce péril.

Une commission de onze membres s'est ralliée en majorité à un projet de transformation, ou, pour mieux dire, de bouleversement radical.

La composition des sections serait remaniée de fond en comble ; le nombre des membres serait réduit des deux cinquièmes ; et le corps médical ne devrait plus songer à voir discuter toutes les opinions qui le préoccupent ou le divisent par une sorte de congrès permanent qui le représente et le résume.

En vérité, on se demande ce qui a pu donner naissance à un pareil projet, et l'on s'étonne que l'idée en ait pu venir à quelqu'un, quand on songe à l'autorité, à la prospérité croissantes acquises par l'Académie en son état actuel.

Il est vrai que, s'il en fallait croire certains récits, dont l'exactitude est bien loin d'être démontrée, cette idée serait d'origine *ésotérique*, pour ainsi dire. Un personnage d'un gouvernement qui n'était pas le septennat aurait, en causant, rappelé que les sections de l'Institut ne se composent pas de cent membres. — Mais d'une objection ingénieuse à l'introduction de l'Académie de médecine dans l'Institut, où elle ferait doublon avec une section de l'Académie des sciences, il y aurait probablement plus qu'une question de règlement à réviser.

D'ailleurs, à supposer que cela soit possible, je doute qu'il soit désirable pour l'Académie elle-même d'être transformée en section de l'Institut.

Elle y perdrait ce qui fait sa vie et son influence, cette tribune où des orateurs si brillants se sont fait entendre, cet auditoire de médecins qui se pressent et qui se passionnent dans les grands jours, quand on aborde la question chaude du moment.

Il faudrait s'asseoir dans les salles communes, à toutes les sections, autour d'une table, presque sans public. Il faudrait y lire des mémoires après y avoir dépouillé la correspondance. Toute discussion doctrinale se glacerait et s'éteindrait bientôt dans ce milieu peu favorable.

Les travaux qu'on lirait y seraient-ils meilleurs? Cela n'est pas même supposable. Seraient-ils du moins mieux écoutés? Au contraire, il est très-probable que les praticiens qui composent en majorité l'Académie résisteraient mal au sommeil quand on leur aurait enlevé l'animation, le mouvement et l'espace.

On m'objectera qu'il resterait, comme compensation, l'honneur d'être membre de l'Institut et, sans doute, le traitement attaché à ce titre. — Mais qui ne prévoit, sans qu'il soit besoin d'insister, combien d'oppositions naîtraient de ces avantages eux-mêmes?

D'ailleurs la question n'est pas là.

Si l'espérance d'une transformation en section de l'Institut a pu jouer quelque rôle dans la genèse du projet actuel, et c'est très-douteux, cette espérance est déjà loin. Elle n'a point été formulée au sein de la commission ; elle n'a donc pas pu décider la majorité, et il faut chercher l'explication de son vote ailleurs que dans une anecdote plus ou moins probable.

Cette explication, je l'ai demandée à plusieurs membres de cette majorité, et les raisons que j'en ai reçues sont loin de m'avoir satisfait.

On voudrait rétrécir l'entrée de l'Académie, en y limitant davantage le nombre des siéges. Chacun des membres aurait ainsi plus d'importance dans la masse : il serait soixantième au lieu d'être centième. — Mais la masse aurait-elle vraiment plus d'importance alors qu'elle serait de soixante au lieu de cent.

On dit que son éclat en serait augmenté, car on pourrait n'y recevoir que des phares de premier ordre. — Mais les phares académiques ne s'allument que dans le feu de la discussion. Jusqu'alors on est exposé à de singulières erreurs sur la portée de leurs lumières. En langage moins allégorique, combien ne pourrait-on pas citer de ces étonnements admiratifs ou de ces déconvenues après une élection?

On dit que l'on rétablirait une proportion plus exacte entre

les médecins proprement dits et les représentants des sciences accessoires.

Les vétérinaires auraient, il est vrai, obtenu une affectation spéciale de trois à quatre places dans la nouvelle section des sciences biologiques;

Les accoucheurs, de leur côté, auraient pu se faire attribuer quatre à cinq places dans la section de chirurgie;

Mais les pharmaciens, les chimistes, les physiciens, les médecins s'adonnant à l'étude de la matière médicale seraient tous réunis dans une même section, d'une dizaine de membres, dont le recrutement se ferait indifféremment parmi les uns et parmi les autres.

En ajoutant à ces trois sections une autre, très-considérable, de médecine, et une dernière de médecine publique (hygiène, médecine légale, etc.), on arriverait à un ensemble dans lequel dominerait sans doute beaucoup plus qu'aujourd'hui l'élément médical, et qui, par conséquent, dit-on, serait mieux placé pour se prononcer avec compétence sur les questions de médecine. — Mais, nous ne saurions trop le répéter, l'Académie de médecine ne peut que perdre à se poser en tribunal, où l'on rende gravement des arrêts.

C'est autre chose.

C'est une arène où viennent se heurter les opinions contraires, les engouements momentanés et, disons-le, jusqu'aux préjugés des divers partis du corps médical.

Aussi chacun suit-il avec grand intérêt ses discussions, car chacun a l'espoir de voir ses idées personnelles défendues et ses arguments décisifs présentés par quelque orateur.

On est heureux, d'ailleurs, de savoir que ses opinions seront débattues non-seulement par des médecins de plusieurs partis, mais par des chimistes, des vétérinaires, des pharmaciens, tous ceux qui peuvent supposer être arrivés par des voies diverses à des résultats concordants ou contradictoires.

Énerver les spécialités extramédicales, ce serait énerver l'Académie dans sa puissance sur l'opinion.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL MILITAIRE D'ALGER. — M. BAIZEAU.

Tétanos traumatique aigu. — Mort en trente-six heures. Emploi du chloral et de la morphine.

Le chloral a-t-il une action sur le tétanos? Telle est la question qui est aujourd'hui en suspens. A quelques faits heureux qui semblent prouver son efficacité, on oppose des insuccès, de telle sorte qu'on hésite à se prononcer sur l'influence que plusieurs chirurgiens lui attribuent. Pour arriver à une solution, il faut attendre qu'on ait réuni un plus grand nombre d'observations, et en publiant celle-ci je n'ai d'autre but que de fournir un fait de plus à l'enquête qui est ouverte.

Le 25 mai 1874, le nommé L... B... B..., tirailleur indigène, tente de se suicider en se tirant un coup de fusil chassepot dans la région du cœur; l'arme dévie et la balle traverse les parties molles de la face interne du bras gauche vers le tiers supérieur. Le blessé est transporté le jour même à l'hôpital du Dey, et, à la visite du matin, on constate l'état suivant: il existe deux plaies, formant séton, disposées obliquement; la plaie d'entrée est en avant plus rapprochée de l'aisselle que la plaie de sortie, qui regarde en arrière. Elles sont séparées par une bandelette de peau de 3 centimètres de largeur, sous laquelle la balle a glissé. Toutes deux sont irrégulières, à bords déchirés, noircies par la poudre et le sang desséché, fortement contuses. L'antérieure est circulaire et a 2 centimètres de diamètre; la postérieure, un peu plus étendue, est elliptique. La douleur est presque nulle, la chaleur de la peau n'a pas augmenté, le pouls est normal.

Les jours suivants, les plaies se détergent, et par suite de la mortification de la peau qui les séparait, elles sont réunies et présentent un large et profond sillon. A l'eau froide, employée au commencement, on substitue le styrax.

Malgré les recommandations qui lui sont faites, le malade reste toute la journée dans les jardins, où il est exposé à des courants d'air, et le 31 il est pris, dans la nuit, de douleurs assez vives à la nuque. Le matin, je le trouve gémissant, les traits contractés, la tête renversée en arrière, la figure pâle, la peau froide et le pouls petit et fréquent. Il ne peut ouvrir qu'incomplétement la bouche et souffre lorsqu'il veut fléchir la tête. Les muscles du rachis sont également convulsés, sans qu'il y ait cependant un opisthotonos très-prononcé. La déglutition est un peu gênée. Le thermomètre marque dans l'aisselle 37,5.

On fait prendre au blessé un gramme de chloral toutes les deux heures, et dans l'intervalle on injecte sous la peau 1 centigramme de morphine.

A cinq heures du soir, il y a une légère amélioration; la douleur à la nuque est moins vive, la bouche s'ouvre plus largement, le pouls est un peu plus souple, mais fréquent; la peau est couverte d'une sueur très-abondante, qu'on cherche à entretenir en couvrant le malade.

Vers dix heures du soir, M. le docteur Schraff, aide-major, qui a recueilli cette observation, trouva L... plus tranquille; il dit avoir dormi un peu. Il lui fait avaler une cuillerée d'une potion de chloral, et au même instant une crise convulsive intense se produit. Tous les muscles du front et des membres se contractent avec force, la face se cyanose, la respiration est très-difficile. Cet accès dure quatre à cinq minutes et est suivi de calme et de repos. A minuit, il éprouve une amélioration sensible, il s'assied dans son lit et fume une cigarette. Trompé par cette amélioration, on se borne à faire une injection hypodermique de morphine et l'on suspend le chloral. Jusqu'à cinq heures du matin, le mieux persiste et, dans ce moment, il survient des contractions tétaniques tellement énergiques, que le malade meurt asphyxié.

La marche de cette affection, comme on vient de le voir, a été des plus rapides, et cependant les accidents, à l'exception de ceux qui ont accompagné la dernière crise convulsive, n'ont rien eu d'excessif. La contraction des muscles de la face, du cou et du front a été modérée, les souffrances n'ont pas été très-intenses, il n'y a eu que deux accès tétaniques. Ceci explique la dose peu considérable de chloral qui a été administrée. Mon intention était d'en donner 12 grammes dans les vingt-quatre heures, et d'injecter 12 centigrammes de morphine, et j'ai regretté que ces quantités n'aient pas été atteintes. On a arrêté le chloral à dix heures du soir, et il n'en a été pris que 6 grammes, et l'on n'a injecté que 9 centigrammes de morphine.

Cette médication a été administrée dans une période assez courte et a été, en résumé, énergique, mais elle devait être insuffisante en raison de la gravité et de la rapidité de la maladie.

J'ai associé le chloral à la morphine dans l'espoir que l'action combinée de ces deux médicaments serait plus efficace pour maîtriser l'excitation nerveuse. C'est encore une illusion qu'on devra abandonner.

Cette observation ne prouve rien contre le chloral, la dose employée ayant été très-faible; mais elle montre qu'il ne faut pas fonder une grande espérance dans l'usage simultanée du chloral et de la morphine, et qu'il est prudent d'agir rapidement et énergiquement, même dans les cas qui ont en apparence peu de gravité.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Érysipèle phlegmoneux généralisé chez un enfant de douze jours. — Gangrène. — Abcès multiples. — Guérison au bout de cinquante jours (1).

Par le docteur FREDET (de Clermont-Ferrand)
Ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant
aux eaux de Royat.

Malgré tous ces désordres, toutes ses souffrances, l'enfant tette avec une sorte de voracité, sans troubles digestifs. Nous commençons à entrevoir la possibilité de la guérison.

La cicatrisation des abcès s'obtient, en effet, assez rapidement, et il ne reste plus à la date du 8 mai que de l'induration de tout le membre inférieur droit. L'épiderme s'en va par écailles ou en poussière fine et se renouvelle; enfin cinquante jours après le début du mal, nous constatons avec joie que la plaie des bourses est en bonne voie de cicatrisation et que la guérison s'obtiendra sans difformité. A la fin de mai, toute trace d'induration a disparu, l'enfant remue bien sa jambe droite, le sommeil est régulier, toutes les fonctions se font bien et, réparant le temps perdu, l'enfant grossit à vue d'œil.

Le traitement mis en usage consista, au début, en bains d'amidon, tièdes, de quinze à vingt minutes, dans lesquels on plongeait l'enfant deux fois par jour; la peau était constamment saupoudrée d'amidon, après avoir été préalablement enduite de graisse douce, fondue au bain-marie et que l'on étendait avec un pinceau. Ce pansement était répété toutes les deux heures environ, nuit et jour. Nous essayâmes, comme nous l'avons dit plus haut, d'enrayer l'érysipèle par une cautérisation circulaire au nitrate d'argent, qui apporta une modification heureuse, sinon totale, à l'aspect de la maladie; nos tentatives répétées avec le collodion nous donnèrent un moins bon résultat. Lors de l'apparition de la gangrène et pour détruire la mauvaise odeur, nous fîmes laver la plaie avec de l'eau de guimauve tiède, dans laquelle on versait quelques cuillerées de coaltar saponiné qui enlevait la fétidité. Mais la plus grande difficulté consistait à empêcher l'urine et les matières fécales d'irriter encore davantage la plaie des bourses et toutes les parties atteintes par l'érysipèle dans leur voisinage. Il fallait donc répéter nuit et jour les pansements, à de très-courts intervalles et recouvrir les régions malades avec du *papier Joseph*, préalablement enduit de graisse douce. Dans la feuille de papier qui recouvrait le scrotum, on pratiquait une ouverture circulaire par où passait la verge, et l'urine, en s'échappant, imbibait seulement les linges et la poudre d'amidon, que nous faisions répandre en abondance entre les cuisses.

Nous recommandâmes, en outre, de lessiver les linges servant aux pansements et à l'habillement de l'enfant dans de l'eau phéniquée, et, vers le vingt-cinquième jour, malgré une bronchite légère, nous fîmes transporter notre petit malade à la campagne, où l'air pur et le soleil achevèrent la guérison.

Quant à la mère, elle put, malgré les émotions de chaque instant, la privation de sommeil et les fatigues de toutes sortes, continuer à allaiter son enfant, qu'elle entoura tout le temps des soins les plus admirables et les plus dévoués. Aussi peut-elle autant et mieux que le médecin prendre la plus forte part dans cette guérison inespérée (2).

Mais quelle a été, dans l'espèce, la cause déterminante de l'érysipèle? Devons-nous invoquer les puerpéralités? Nous ne le croyons pas. La mère avait eu, en effet, un accouchement très-heureux, ses suites de couche et la montée du lait avaient été normales; elle s'était levée au dixième jour sans avoir éprouvé le moindre accident. Il n'y avait pas, en ce moment, à Clermont ou dans les environs, d'épidémies de fièvres puerpérales ou d'érysipèle des nouveau-nés.

Nous devons cependant dire ici, sans vouloir toutefois en tirer une conclusion absolue, que depuis quelques mois nous avions été appelé plusieurs fois dans le même village voisin de Clermont pour y soigner plusieurs malades, des hommes vigoureux pour la plupart, de quarante à cinquante ans, qui avaient été successivement atteints d'*érysipèle gangréneux et phlegmoneux* des membres et du tronc.

Nous vîmes six malades de ce genre. Le premier eut un érysipèle gangréneux des bourses, pour lequel il entra à l'Hôtel-Dieu, et d'où il sortit guéri après un assez long temps.

Le deuxième, âgé de cinquante ans, riche cultivateur, quelque peu ivrogne, atteint, après lui, d'érysipèle gangréneux et phlegmoneux de tout le membre inférieur droit, avec accidents cérébraux, *delirium tremens*, gangrène du dos du pied et de la région malléolaire interne, guérit après deux mois de traitement.

Le troisième, un homme aussi âgé de quarante ans, eut consécutivement un érysipèle de même nature à la région dorsale et au membre inférieur droit. Il succomba à des accidents typhiques, qui apparurent vers le vingt-cinquième jour de la maladie.

Le quatrième malade, âgé de quarante-cinq environ, fut pris d'un érysipèle non gangréneux de la face et du cuir chevelu, et mourut le huitième jour au milieu d'accidents cérébraux.

Le cinquième, âgé de trente-cinq ans, eut un érysipèle phlegmoneux du tronc, qui se termina heureusement par un énorme abcès du dos.

Notre dernier malade fut une femme de quarante ans, qui, à son tour, fut atteinte d'un érysipèle phlegmoneux d'une jambe. Nous ne le vîmes qu'une seule fois, et nous ignorons quelle fut l'issue de la maladie.

C'est dans ces conditions, et après que nous eûmes visité ces divers malades, que notre enfant contracta l'érysipèle généralisé dont nous venons de donner l'observation. Sans vouloir en rien discuter ici la contagion de l'érysipèle, nous tenons à noter et à faire remarquer cette étrange coïncidence qui vint bien plus encore frapper notre esprit quand, vers la période ultime de la maladie, nous fûmes appelé à donner des soins à une petite fille de cinq ans, atteinte d'un abcès ganglionnaire de la région sous-maxillaire. Nous ouvrîmes l'abcès et visitâmes la petite malade chaque jour, lorsqu'au quatrième jour, elle fut prise d'érysipèle de la face et du cuir chevelu, qui guérit heureusement. Devant de tels faits, n'est-il pas permis de se demander si nous n'avons pas servi d'intermédiaire entre les malades de la campagne et ceux de la ville, et si nous n'avons pas été le porteur involontaire de cette affection redoutable?

Devons-nous considérer la formation des abcès, dans le cas qui nous occupe, comme une crise heureuse? Nous serions tenté de le croire, et nous nous trouverions ainsi d'accord avec Trousseau, qui signale la guérison d'érysipèles à qui il maintient l'épithète de puerpéraux, lorsqu'il s'est formé des phleg-

(1) Fin. — Voir le numéro du 28 juillet.

(2) Une observation semblable se trouve dans le *Traité des maladies des enfants*, de notre collaborateur M. Bouchut. Elle est relative à un enfant de cinq semaines, dont la mère est morte de fièvre puerpérale, et qui eut un érysipèle phlegmoneux suivi d'abcès multiples au nombre de dix. Ces abcès ont été ouverts successivement, et l'enfant a guéri au bout de trois mois. (*Note de la Rédaction.*)

mons dans les parties qu'ils ont envahies. La maladie s'épuiserait là, en quelque sorte, comme chez la femme en couche, qui, atteinte de péritonite puerpérale, a des chances bien plus grandes de guérison quand il se forme un phlegmon du ligament large ou de la fosse iliaque.

Quoi qu'il en soit, le pronostic de l'érysipèle des nouveau-nés est des plus fâcheux, et nous trouvons de bien rares exemples de guérison : l'un, chez un enfant de vingt jours, atteint d'érysipèle généralisé, et chez lequel il se forma un abcès profond dans le dos de la main; un autre cité par Yvaren, d'un enfant de neuf jours atteint, comme le précédent, d'un érysipèle généralisé ; un autre, chez un enfant de six mois (Rilliet et Barthez), et encore pouvons-nous bien le prendre pour exemple, l'érysipèle des enfants qui ont passé le premier mois de la vie ressemblant, d'après Trousseau, à celui des adultes.

A notre avis, la plus grande difficulté dans le pansement consiste à isoler la peau malade du contact de l'urine et des matières fécales. On a beau multiplier les pansements, entourer les membres et le tronc avec du papier ou des linges enduits de corps gras, il est impossible de préserver les parties atteintes. Aussi pourrait-on employer avec avantage, en pareil cas, le mode de couchage pour les nouveau-nés présenté à l'Exposition universelle de Paris en 1867 par nous ne savons plus quel exposant.

Cette méthode consiste à coucher l'enfant entouré de ses langes dans une sorte de caisse en bois ou de fer-blanc s'adaptant au berceau et mobile, remplie de son préalablement chauffé au four pour le sécher et détruire les insectes. Ainsi placé, l'enfant est pour ainsi dire dans un *bain de son*, dans lequel les cuisses et les matières généralement liquides du nouveau-né sont absorbées. On enlève chaque jour avec soin les parties souillées, que l'on retrouve sous forme de boules solides et dures, et de cette façon, on évite ces pansements trop multipliés et bien souvent illusoires.

Cette manière de procéder, érigée en méthode générale pour élever les nouveau-nés, aurait l'avantage de prévenir l'irritation causée par les matières et d'empêcher la production de l'érythème ou de l'érysipèle qu'elle amène. On pourrait l'employer d'ailleurs, sans préjudice des moyens externes mis le plus habituellement en usage contre l'érysipèle, tels que la poudre d'amidon, la farine de seigle (Richard, de Nancy), le collodion, la solution d'éther camphrée tannique (Trousseau), les cautérisations au nitrate d'argent ou au fer rouge, la bande de vésicatoire appliquée sur la limite du mal.

Le corps de l'enfant sera lavé avec des liquides désinfectants ou antiseptiques, comme la liqueur de Labarraque, l'eau phéniquée, le coaltar saponiné étendu d'eau, et, dès qu'on le pourra, le petit malade sera transporté à la campagne.

Pour nous résumer, voilà donc un enfant de douze jours, atteint d'un érysipèle généralisé, terminé par de la gangrène du scrotum et la formation de quatorze à quinze abcès profonds, qui, grâce à des soins assidus et multipliés, a fini par arriver à une guérison complète. On ne doit donc pas absolument désespérer en face de ce terrible mal et renoncer à toute médication. L'exemple que nous venons de citer en est la preuve.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 juillet 1874. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° le rapport final de M. le docteur Bertrand sur les épidémies de fièvre typhoïde qui ont régné en 1873 dans la ville de Besançon et dans la ville de By (canton de Quingey);

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1873 dans les arrondissements de Montbrison et de Roanne, ainsi que dans les départements de la Dordogne, du Gers et du Lot. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Cornil, qui se porte comme candidat dans la section d'anatomie pathologique;

2° Deux manuscrits pour le concours du prix d'Ourches (arrivés trop tard).

M. Wurtz offre en hommage, au nom de M. Armand Gaultier, professeur agrégé à la Faculté, le deuxième volume d'un ouvrage intitulé : *Chimie appliquée à la physiologie, à la pathologie et à l'hygiène.*

M. Larrey présente : 1° au nom de M. le docteur Tolozan, médecin du schah de Perse, deux brochures intitulées : *Histoire de la peste bubonique en Perse;*

2° Au nom de M. le docteur Marion Sims, un opuscule sur les corps fibreux intra-utérins.

M. Hirtz offre en hommage une brochure intitulée : *Quelques considérations de climatologie à propos de la phthisie pulmonaire.*

M. Dolbeau dépose sur le bureau deux thèses pour le doctorat en médecine; l'une, de M. Mancash, intitulée : *Quelques considérations pratiques sur le pronostic et le traitement des fractures compliquées de la jambe;* l'autre, de M. Marius Galvani, intitulée : *Du Traitement de l'hydrocèle vaginal par l'injection vineuse.*

RAPPORT

M. Hardy fait un rapport officiel au nom d'une commission dont il fait partie, avec MM. Bouchardat et Woillez, sur des appareils inventés par M. Chailly, et destinés à l'administration des bains de vapeur.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées sans discussion.

OBSÈQUES DE GUÉRARD

M. Devergie, en quelques phrases bien senties, rend compte des obsèques de Guérard et rappelle la vie laborieuse et méritante de cet académicien regretté.

DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

M. le Président, s'appuyant sur l'absence ou sur le silence es orateurs inscrits pour parler sur la question du choléra, propose qu'elle soit retirée de l'ordre du jour. Cette proposition est adoptée sans opposition.

LECTURE

M. Piorry lit un mémoire sur l'*Indispensabilité d'établir une diagnose précise de l'état organique existant chez un malade avant d'instituer le traitement de sa maladie ou plutôt des lésions dont il est atteint.*

Il y compare l'homme malade à un instrument d'horlogerie dont le mécanisme est dérangé.

« L'horloger, dit-il, qui cherche à régulariser la marche désordonnée d'une pendule ne pense même pas à déterminer si elle est ou non atteinte de quelque chose de semblable à ce qu'en médecine on appelle une maladie.

« Il commence par examiner le balancier et ses oscillations, ainsi que le plan sur lequel le mécanisme repose, puis il en démonte les pièces, il constate si les pivots ne sont pas altérés, si les huiles qui favorisent leurs glissements ne sont pas épaissies, si les crans des rouages sont en bon état, si le ressort n'est pas dérangé ou brisé, en un mot si quelque obstacle matériel n'empêche pas le jeu des

mouvements propres aux diverses parties de l'instrument d'horlogerie. Il n'a pas eu besoin de s'adresser aux propriétés dites élasticité ou pesanteur, lesquelles sont les agents du mécanisme qu'il voulait régulariser, lois qu'il n'est pas donné à l'homme de modifier en elles-mêmes, et qui cependant sont les moteurs ou les régulateurs de l'instrument dont la marche indique les heures... Eh bien, il en est de même du médecin.... »

Cette comparaison suffit pour montrer dans quel esprit M. le professeur Piorry a écrit ce premier mémoire, parfaitement rédigé du reste, et que nous regrettons de ne pouvoir insérer en entier, mais qui ne serait pas susceptible d'une analyse satisfaisante.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 janvier 1874 (1). — Présidence de M. PETER.

ÉLECTION

M. Lemoyne est nommé, à l'unanimité des membres présents, membre titulaire de la société.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. CAMUSET présente aux membres de la société un instrument construit par M. Colin, et qui est destiné à porter commodément certaines substances médicamenteuses (principalement de consistance sirupeuse, glycérolés), soit dans la cavité, soit à l'extérieur du col de l'utérus. Il est essentiellement composé d'une longue tige métallique creuse à l'une des extrémités de laquelle se trouve vissé un de ces tubes à parois dépressibles dont les peintres se servent pour renfermer leurs couleurs à l'huile. C'est en pressant sur ce dernier qu'on fait cheminer la substance molle dans la cavité de la longue tige utérine.

DISCUSSION

M. MERCIER n'est pas tout à fait de l'opinion qui a été émise par M. Gillebert d'Hercourt fils dans son travail. Il a vu, pour sa part, un certain nombre de phthisiques qui se sont parfaitement trouvés de leur séjour à Nice. A cet égard, il y a quelque distinction à établir. La campagne de Nice représente une sorte d'arc, dont la corde est formée par la mer et dont une portion de cercle notable est constituée par les montagnes : c'est cette dernière particularité qui explique la température douce et modérée. Mais il existe une grande différence, quant à cette température, entre la plaine de Nice et le cercle qui l'entoure, car si l'on s'engage dans la vallée, on est en quelque sorte surpris par le froid. Or c'est sur le bord du torrent, qui descend de la montagne pour gagner la mer, que se trouvent les principaux hôtels, et dans la direction de ce torrent, il existe des courants atmosphériques très-vifs qui sont funestes aux poitrines délicates. Enfin, si l'on s'enfonce plus loin dans les terres, on retrouve une température beaucoup plus douce. On voit donc que les conditions climatériques offrent des différences très-marquées, suivant qu'on envisage chacune de ces trois régions : la campagne de Nice, la partie centrale, les parties latérales. Ce sont ces diverses influences dont on a négligé de tenir compte : éviter de rester caserné dans des chambres closes, profiter surtout des promenades, se livrer à l'exercice, telles sont les précautions nécessaires à prendre pour certains phthisiques, qui pourront alors retirer un grand bénéfice de leur séjour à Nice.

M. MERCIER prend de nouveau la parole pour rappeler qu'il a été le premier à faire connaître cette affection, désignée sous le nom de *Contracture du col de la vessie*. Il en a parlé depuis longtemps, il y a insisté bien souvent, mais malheureusement il lui semble qu'il a prêché un peu dans le désert, comme saint Jean-Baptiste.

Je remercie, dit-il, M. Gillette de m'avoir rendu justice dans une des dernières revues cliniques de l'*Union médicale*, à propos de la *contracture rebelle du col vésical*, mais il a fait une petite erreur de date : ce n'est pas seulement en 1850, mais bien dix ans auparavant, que j'ai commencé à appeler l'attention des chirurgiens sur cette maladie; j'en ai parlé plus tard à propos de mes recherches sur les valvules du col de la vessie; j'en ai encore parlé dans mon ouvrage sur les *Rétrécissements de l'urèthre*. En 1848, un travail publié par moi dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, mentionnait que cette affection pouvait se présenter sous trois formes ou trois périodes principales, à savoir : le *spasme, la contracture* et *la rétraction*, comme maladie indépendante des valvules musculaires du col vésical. En 1850, j'en ai parlé de nouveau; de même en 1856, dans un chapitre de mon ouvrage où je traite des rétrécissements spasmodiques du col de la vessie, j'ai bien fait voir que la contracture de ce col joue un rôle des plus importants dans le rétrécissement uréthral, et que la rétention d'urine n'aurait pas lieu par le seul fait de la coarctation s'il n'existait pas cette autre complication dont j'ai pu, en certains cas, constater *de visu* la lésion anatomique.

J'ai signalé également l'influence de la *dilatation* dans le cas de contracture du col. Mon dilatateur *bicoudé*, que je vous présente, n'a pas pour effet, comme semble le croire M. Gillette, d'agir sur un seul point du col, mais bien sur tout son pourtour, et lorsqu'on retire un peu l'instrument. De plus, il est très-facile de le fermer sans pincer la muqueuse, comme le font souvent les instruments à plusieurs branches auxquels certains chirurgiens semblent donner aujourd'hui la préférence : il suffit de tenir l'instrument immobile et de tirer fortement à soi la tige droite.

Je vous présente aussi mon dilatateur à lames multiples, destiné à la région musculeuse, et que, pour éviter le pincement de la muqueuse, j'ai revêtu d'une gaîne de caoutchouc vulcanisé.

M. RELIQUET. M. Mercier admet surtout que la rétention d'urine, dans les cas de rétrécissement, est due à la contracture du col vésical. Je crois, au contraire, la chose assez rare, et voici sur quel fait je m'appuie : lorsqu'on introduit une bougie fine et qu'on ne fait que l'engager seulement dans le rétrécissement, un besoin de miction subit et très-prononcé se fait sentir, et si l'on retire peu à peu la bougie, en en laissant l'extrémité dans le canal, il peut alors s'échapper un jet d'urine. Ce fait me semble contraire à cette théorie, qui veut toujours attribuer la rétention d'urine à l'altération du col.

Il est un autre point que je rappellerai et sur lequel j'ai insisté dans ma thèse et dans mon ouvrage : je veux parler de la rétention d'urine se produisant, chez des personnes qui portent un rétrécissement pénien peu étroit, sous l'influence d'une fièvre intense, ou bien par suite d'un rhumatisme articulaire aigu. Ainsi, je suis appelé auprès d'un malade se plaignant de rétention d'urine : il me montre la sonde qu'il passe d'habitude, c'est le n° 14 ou 15. J'essaye de l'introduire, je ne puis y parvenir en raison de l'état congestif de la muqueuse. Je finis par franchir l'obstacle, et l'urine s'écoule bien avant que la sonde soit parvenue dans la vessie. En pareil cas, il paraît bien clair que ce n'est pas la contracture du col vésical qui est la cause de la rétention, mais bien celle qui a son siége au niveau de la coarctation et qui est due à la surexcitation et à la fièvre. J'ajouterai enfin, ce qui paraît confirmer ma manière de voir, que c'est derrière le point rétréci que se produit la rupture, par les efforts violents, poussant l'urine en avant.

Je suis le premier, dit M. Reliquet en terminant, à reconnaître les travaux de M. Mercier sur la contracture et la valeur des instruments dilatateurs qu'il a imaginés, mais j'ai vu, à plusieurs reprises, la simple dilatation, avec une sonde coudée, suffire pour soulager immédiatement le malade et faire disparaître des troubles fonctionnels graves en rétablissant le cours de l'urine.

M. Reliquet pense que la limite de 3 centimètres que M. Mercier assigne comme maximum de dilatation possible, est un peu exagérée, et, se fondant sur l'expérience de M. Dolbeau, eu égard à la dilatabilité du col, il pense qu'on ne peut guère pousser au-delà de 2 centimètres sans produire de déchirure.

Quant à la transformation fibreuse des fibres musculaires du col, il n'y croit pas beaucoup : il a eu l'occasion d'examiner une pièce de valvule du col, chez un malade traité pour un rétrécissement de l'urèthre, et il n'a pas observé cette transformation fibreuse.

(1) Fin. — Voir le numéro du 28 juillet 1874.

M. MERCIER. J'ai dit qu'elle pouvait exister, mais non pas toujours, comme lésion de la période ultime. Si M. Reliquet fait uriner son malade en introduisant seulement l'extrémité d'une petite bougie à travers le rétrécissement, c'est parce que la révulsion exercée en avant fait disparaître la contraction postérieure. Il n'y a pas besoin d'engager le corps dilatant au niveau du spasme pour le voir cesser. Qui dit spasme dit quelque chose de très-mobile, pouvant être combattu et parfois vaincu par une application de sangsues ou seulement celle d'un catasplasme. Ce qui vient à l'appui de ma manière de voir, c'est que bien des malades pouvant à peine uriner éjaculent assez facilement.

M. RELIQUET. J'ai voulu parler de la rétention d'urine complète. Je crois, contrairement à ce qu'avance M. Mercier, qu'un rétrécissement peut, par lui-même, produire une rétention d'urine totale. Dans les cas de rétrécissements ayant pour cause la présence d'une valvule musculaire, le malade n'urine jamais par engorgements (M. Mercier insiste sur ce point et, à mon avis, il a bien raison): dans les autres coarctations, cette urination par regorgement témoigne que l'urine pénètre profondément dans le canal.

M. MERCIER. Je ne veux pas poser de règles trop absolues. Je dirai seulement qu'il est relativement assez rare de trouver le conduit distendu derrière le rétrécissement, et que l'urination par regorgement ne s'observe que dans le cas de rétrécissement fort avancé.

M. DELASIAUVE dit quelques mots sur deux faits curieux, qui trouvent leur place à côté de ceux de MM. Mercier et Reliquet. Il s'agit de rétention d'urine ayant pour cause un spasme musculaire, qu'une tentative infructueuse de cathétérisme a suffi à faire disparaître. Dans l'un des cas, l'administration de la digitale a paru produire de bons effets.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr GILLETTE.

VARIÉTÉS

Les Facultés de médecine en France (1).

Institution des écoles de plein exercice. — Il ne restait plus à la commission qu'à rechercher s'il ne serait pas juste et utile de donner quelque satisfaction aux quatre grandes villes auxquelles elle refusait à accorder aujourd'hui une faculté. Les écoles nombreuses et prospères de Marseille, Nantes, Toulouse et Lille, sont actuellement, au point de vue des règlements d'étude et d'examen, dans la même situation que toutes les autres écoles, même celles où les élèves sont à peine deux fois plus nombreux que leurs professeurs. Il y a là, ce semble, une situation difficile à justifier, une application exagérée du principe d'égalité. Examinons les faits :

Les études pour le doctorat en médecine comprennent deux périodes distinctes : pendant la première, qui dure quatre ans, l'élève prend seize inscriptions et subit trois examens de fin d'année; pendant la deuxième, il passe cinq examens dits de doctorat et soutient une thèse. Ces dernières épreuves sont subies par lui lorsqu'ils se sent prêt et capable, sans intervalle de temps déterminé par les règlements.

L'ordonnance du 13 octobre 1840, qui réorganisa les écoles secondaires de médecine, les autorisa à recevoir des étudiants les huit inscriptions des deux premières années, et à leur faire subir les examens qui terminent celles-ci. Le décret du 22 août 1854, qui les régit encore aujourd'hui, augmenta notablement leurs attributions; dans l'état actuel, les écoles préparatoires peuvent donner aux étudiants en doctorat quatorze inscriptions, dont deux devront être renouvelées lorsque l'étudiant se rendra dans une faculté pour y terminer ses études ; de même, elles peuvent leur faire passer à titre définitif les deux premiers examens de fin d'année; quant au troisième, il faut le soutenir à nouveau devant la faculté.

Or il a paru à plusieurs membres de votre commission que les écoles des grandes villes méritent plus de confiance et plus d'autorité. Si nous leur refusons la transformation en facultés, pour les raisons exposées ci-dessus, nous pensons, ont-ils dit, qu'il serait utile et juste de leur accorder ce qu'on pourrait appeler « le plein exercice ». Dans ces conditions, elles garderaient pendant quatre ans leurs étudiants en doctorat, recevraient par conséquent seize inscriptions, et leur feraient subir les examens qui terminent les trois premières années ; les aspirants au grade de pharmacien de 1re classe jouiraient d'avantages analogues. Ces étudiants n'auraient plus alors qu'à s'en aller pendant un ou deux ans suivre l'enseignement d'une faculté et passer devant celle-ci leurs épreuves définitives. C'est là un moyen terme qui paraîtrait satisfaire des exigences légitimes dans le présent; de plus, il réserve et prépare l'avenir, c'est-à-dire la transformation ultérieure en facultés de ces écoles, pour qui le plein exercice déterminera une ère de prospérité nouvelle.

Cette proposition a été vivement combattue, dans son principe même, au sein de la commission. Quelques-uns de nos collègues ont signalé l'inégalité dans laquelle se trouveraient au bout de leurs quatre années scolaires, sous le rapport de l'instruction première, les élèves des facultés comparés à ceux des écoles de plein exercice.

Ces derniers, a-t-on dit en reproduisant les arguments que nous avons résumés au début de ce rapport, viendront dans les facultés passer leurs examens probatoires sans avoir reçu dans les écoles la forte éducation scientifique que nous devons exiger du docteur en médecine. Débarrassés des inscriptions, des examens de fin d'année, de toute scolarité, ils ne se préoccuperont plus que de subir le plus rapidement possible les dernières épreuves, se livrant à un travail de mémoire bien plus qu'à une étude complémentaire et sérieuse : or ces épreuves, a-t-on affirmé, se passent quelquefois en moins de trois mois.

Les auteurs de la proposition ont répondu sur ce dernier point, que les étudiants mettent pour la plupart de douze à dix-huit mois pour subir leurs cinq examens de doctorat et soutenir leur thèse, et que, pendant ce temps, leur instruction peut se compléter suffisamment dans la faculté où ils sont forcés de séjourner ; quant aux réceptions en trois mois, elles constituent un abus fâcheux, inconnu du reste à Paris, et si la sévérité des jurys d'examen ne suffit pas pour les empêcher, un simple règlement ministériel pourrait y porter remède.

Quant à la première partie de l'argumentation, les défenseurs des écoles de plein exercice, tout en reconnaissant ce qu'elle avait d'important et élevé, ont pensé qu'elle perdrait de sa gravité devant les précautions que ne manqueraient pas de prendre le ministre et le conseil supérieur pour donner à l'enseignement de ces écoles une valeur supérieure à celle qu'il possède aujourd'hui.

Certes, disaient-ils, nous ne saurions demander sans conditions une pareille extension d'attributions pour les écoles des grandes villes. Nous pensons qu'il serait nécessaire, pour ces écoles comme pour les facultés, de reprendre en main le personnel des professeurs, afin de pouvoir, en augmentant son nombre, augmenter en même temps sa valeur; nous pensons qu'il serait nécessaire de demander aux villes de porter les traitements, au moins pour les professeurs d'ordre purement scientifique, à un chiffre qui ne fût pas dérisoire comme il l'est aujourd'hui ; nous pensons qu'il faudrait exiger l'amélioration des bâtiments des écoles, et une appropriation digne de leur rôle agrandi. Pour toutes ces questions, M. le ministre de l'instruction publique devrait être laissé juge de l'opportunité et fixer en sa sagesse l'époque de la transformation effective, que nous demandons à l'Assemblée de décider en principe. Il pourrait aussi n'accorder ce sérieux avantage aux diverses villes que lorsqu'elles auraient pris les engagements nécessaires.

M. le ministre de l'instruction publique, à qui la commission a cru devoir demander son opinion sur cette question difficile, a commencé par déclarer qu'il ne croyait pas que la question dût être résolue par un texte de loi. Il a rappelé les ordonnances et décrets qui ont successivement organisé et agrandi le fonctionnement des écoles secondaires, et a déclaré que, à ses yeux, la transformation nouvelle serait, comme celle de 1854, absolument de la compétence du pouvoir exécutif et devrait être réglée par un décret.

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 4, 7, 9, 14, 16, 18, 21, 23 et 28 juillet.

Abordant ensuite le fond de la question, M. le ministre s'est rallié à ceux de nos honorables collègues qui combattaient l'établissement des écoles de plein exercice. Il a considéré comme des garanties insuffisantes d'une forte éducation scientifique les précautions indiquées ci-dessus et l'autorité dont on voulait l'armer. A son avis, l'enseignement de ces écoles sera, quoi qu'on fasse, notablement inférieur à celui des facultés, et la nécessité de venir passer devant celles-ci les examens définitifs ne saurait constituer une compensation satisfaisante : « J'ai plus de confiance, a dit avec grande raison M. le ministre, dans l'enseignement que dans l'examen. »

La commission, après discussion, a interprété comme M. le ministre la question de compétence que celui-ci avait posée. Mais si elle a cru sage de ne point s'occuper à ce propos de soumettre aux délibérations de l'Assemblée une disposition législative, elle n'a pas voulu abandonner pour cela l'étude d'une aussi intéressante question, se réservant de présenter du moins son opinion sous la forme d'un vœu.

Or les objections graves développées par M. le ministre avec autant de force que d'autorité avaient fait sur votre commission l'impression la plus vive. Elles se trouvaient en harmonie avec les préoccupations d'ordre élevé qui ne l'avaient jamais abandonnée, et dont ce rapport présente l'expression si souvent répétée. La crainte d'abaisser le niveau des études médicales l'emportant de bien loin dans son esprit sur les satisfactions à donner aux désirs de quelques grandes villes, elle aurait très-probablement repoussé complétement la proposition qui lui était soumise, si des motifs d'une autre nature, et dont l'importance n'échappera à personne, ne lui avaient inspiré une détermination de moyen terme à laquelle elle a vu avec la plus vive satisfaction se ranger M. le ministre.

Il ne faut pas oublier, en effet, que ces demandes multiples de création de facultés nouvelles, dont a été saisie l'Assemblée, ont été toutes inspirées par une raison commune et justifiées par un besoin commun : le nombre insuffisant des médecins et surtout des docteurs en médecine. L'étude détaillée que nous avons faite au chapitre deux nous a prouvé le bien fondé de ces plaintes unanimes, et la carte I montre avec la plus saisissante évidence que trois grandes régions de la France sont particulièrement déshéritées, quant au nombre des docteurs en médecine : la vallée du Rhône, le massif breton, les départements du Nord. La première de ces régions recevra, par la création de la faculté lyonnaise, toute satisfaction, car il est bien évident que les études médicales complètes s'y pouvant faire dorénavant à de bien moindres frais, le nombre des docteurs y sera augmenté.

Mais rien n'a été fait pour le Nord ni pour l'Ouest, Bordeaux étant aussi éloigné que Paris des départements bretons.

Sans doute, les raisons analysées au chapitre trois nous ont empêchés de placer à Nantes et à Lille des facultés de médecine qui n'auraient pas trouvé dans ces villes les conditions matérielles et intellectuelles d'un suffisant développement; aussi n'avons-nous pas voulu que les étudiants y puissent prendre tous leurs grades sans avoir ressenti l'influence salutaire de l'enseignement supérieur des grands centres universitaires. Mais si nous avons fait, en agissant ainsi, œuvre prudente au point de vue scientifique, les besoins signalés, besoins qui sont d'intérêt général, n'en subsistent pas moins.

Or il est certain qu'on y ferait face en partie, qu'on favoriserait notablement la production du docteur en médecine, s'il est permis d'ainsi parler, en accordant aux écoles de Lille et de Nantes la faculté de retenir auprès d'elles leurs étudiants pendant une année de plus. Les familles, qui verraient leurs dépenses ainsi diminuées, se sentiraient plus disposées à encourager la vocation médicale chez leurs enfants, auxquels un séjour prolongé à Paris ne serait plus imposé ni en fait, ni en droit.

Il est vrai que les inconvénients signalés plus haut pourraient se traduire par une certaine infériorité scientifique des docteurs ainsi formés; mais ils seraient munis, cela ne se peut nier, d'une suffisante éducation pratique; enfin et surtout, ils existeraient, et mieux vaut, en somme, un médecin même un peu inférieur au point de vue théorique, que pas de médecin du tout.

Tel est le motif, tout empirique et de circonstance, qui a déterminé votre commission à demander, sous forme de vœu, la transformation des écoles de Lille et de Nantes en écoles de plein exercice. Les mêmes raisons ne se présenteraient pas pour Toulouse, dont la région sera suffisamment desservie par les facultés de Bordeaux et de Montpellier, ni pour Marseille, placée entre Montpellier et Lyon. Votre commission a donc écarté ces deux villes, non sans regrets, pour Toulouse surtout.

M. le ministre de l'instruction publique s'est rendu lui aussi à ces considérations; il s'est formellement déclaré tout prêt à donner à notre vœu une prompte et entière satisfaction.

Il s'est encore trouvé entièrement d'accord avec la commission dans l'indication donnée par celle-ci des conditions dans lesquelles devraient être faites ces transformations.

Tout d'abord, il nous a semblé que le ministre, après avis du conseil supérieur de l'instruction publique, devrait déterminer par un règlement les détails de l'organisation et du fonctionnement de ces écoles agrandies. Pour chacune d'elles, en outre, il indiquerait les améliorations matérielles que les villes devraient apporter à l'état de choses actuel, et il fixerait l'étendue des sacrifices annuels qu'elles devraient s'imposer pour l'entretien des bâtiments, des laboratoires, et la rémunération des professeurs.

La transformation n'aurait lieu qu'après l'accomplissement des conditions exigées par M. le ministre.

Enfin votre commission est allée au-delà de ces considérations d'ordre spécial : elle estime qu'il y a un intérêt de premier ordre à ce que l'État se préoccupe de la faculté des sciences établie à Lille et lui donne des moyens d'action plus étendus. Quant à Nantes, la commission a saisi cette occasion pour insister à nouveau sur la situation exceptionnelle qui lui a été faite.

Cette grande cité ne possède pas de faculté des sciences; bien mieux, elle n'a pas un établissement d'enseignement supérieur. Or rien ne justifie un aussi regrettable état de choses. A Nantes nous l'avons montré plus haut, les établissements scientifiques de l'État qui se meurent ou s'endorment dans des cités voisines vivraient d'une vie active, qu'entretiendraient encore avec plus d'énergie les étudiants et les professeurs devenus plus nombreux dans son école agrandie.

(*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire de chimie pure et appliquée, comprenant la chimie organique et inorganique, la chimie appliquée à l'industrie, à l'agriculture et aux arts, la chimie analytique, la chimie physique et la minéralogie, publié sous la direction de M. Ad. Wurtz, membre de l'Institut (Académie des sciences). Le dix-huitième fascicule (feuilles 67 à 76 du deuxième volume) vient de paraître à la librairie Hachette et compagnie.

Notes sur l'hygiène oculaire dans les écoles et dans la ville de Lyon, par le docteur Gayat. — In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 89. — SAMEDI 1er AOUT 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 1er AOUT 1874. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Nouveaux cas d'érythème noueux

(DEUXIÈME ARTICLE.)

Le troisième fait, dont nous allons maintenant parler, s'est également produit à l'hôpital.

Une femme âgée de quarante et un ans, épileptique depuis une quinzaine d'années, était entrée le 30 mai dans le service de M. Martineau, salle Saint-Joseph, n° 21. Cette femme n'était plus réglée depuis quatre mois. On la traitait par le bromure de potassium; et elle semblait aller beaucoup mieux, n'ayant, contre son ordinaire, pas eu d'attaques depuis quelques jours, lorsque, le 9 juillet, à la suite d'un bain alcalin, elle se plaignit de douleurs vives dans les deux jambes.

En effet, à gauche, au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, il existait à la partie inférieure de la jambe une éruption de très-petites plaques érythémateuses, marquée surtout sur le côté externe; ces plaques arrondies, d'un rouge vif, un peu saillantes, et donnant au doigt la sensation d'une nodosité, recouvraient des tissus gonflés, œdématiés et épaissis; d'autres petites plaques semblables mais moins confluentes, se remarquaient au-dessous de la rotule du même côté; d'autres, plus petites, et plutôt papuleuses que noueuses, à l'avant-bras gauche, le long du cubitus. A la jambe droite, l'érythème était en nappe pour ainsi dire. Il eût été assez difficile d'y reconnaître des nouûres séparées; une rougeur érythémateuse d'une teinte très-vive s'étendait sur l'articulation tibio-tarsienne et sur la moitié inférieure de la jambe, jusque vers sa partie moyenne. Les tissus sous-jacents étaient très-infiltrés et conservaient l'empreinte du doigt qui les pressait; la rougeur elle-même disparaissait un instant sous l'effet de cette pression, mais la malade, en pareil cas, accusait une douleur aiguë; tous les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne étaient aussi très-douloureux. Le cœur, ausculté avec soin, ne présentait aucun bruit de souffle. La température, assez élevée, varia ce jour-là et les jours suivants entre 39,4 et 40,4.

Le 11 juillet, les papules situées sur la jambe gauche, au-dessous de la rotule, et celles de l'avant-bras gauche avaient déjà presque disparu.

Le 12, l'érythème de la partie inférieure de la jambe gauche avait envahi le côté interne; le dos du pied était devenu le siége d'un œdème assez prononcé, avec coloration rose de la peau. Il n'y avait encore rien au cœur.

A partir de ce moment, il ne se fit plus de papule proprement dite; la rougeur érythémateuse du bas des jambes gagna progressivement. Dans le courant de la semaine suivante, on s'aperçut qu'il existait un bruit de souffle à la pointe du cœur, et qu'il s'était produit une endocardite. La malade déclarait ne plus souffrir du tout, ni quand elle remuait son pied, ni quand on pressait sur les parties rouges. Très-indocile, elle ne se laissait examiner qu'avec la plus vive répugnance et après une résistance parfois très-longue. Elle réclamait à grands cris sa sortie; mais on ne voulut pas lui signer sa pancarte, et elle se résigna à rester encore quelques jours dans le service.

Le 22, il se fit une nodosité très-nette vers le bord interne de l'avant-bras droit, non loin de l'articulation du coude. La rougeur érythémateuse des deux jambes gagnait toujours, elle s'étendait maintenant tout autour du membre et montait jusqu'au tiers supérieur.

Le 24, cette éruption commença à pâlir; le 25, elle avait disparu presque entièrement; le gonflement des tissus sous-jacents s'était dissipé, et il ne restait plus comme trace de l'érythème qu'une desquamation assez étendue de l'épiderme des deux jambes. Cette desquamation, par larges écailles, n'est pas terminée aujourd'hui.

L'analogie de ce fait avec le précédent est des plus frappantes. Chez ces deux malades, il y eut non-seulement des nodosités, des papules, mais un érythème étendu occupant le cou-de-pied et le bas des jambes.

Chez les deux, la fièvre fut vive, la température élevée. Seulement, tandis que les douleurs persistèrent aussi longtemps que l'éruption chez l'homme dont nous avons parlé la semaine dernière, elles cessèrent bientôt chez notre épileptique. Il est vrai que chez celle-ci la sensibilité était très-émoussée, et que son caractère particulièrement acariâtre et désagréable ne permettait pas de procéder à un interrogatoire suffisamment suivi. Elle répondait aux questions qu'on lui adressait sur ce qu'elle pouvait éprouver : « Je ne souffre pas, et d'ailleurs j'en ai vu bien de l'autre! S'il fallait s'inquiéter de si peu, où en serais-je? Je vais très-bien. Je ne demande qu'à m'en aller. » Par le fait, elle se levait, marchait, allait au jardin : ce qu'elle n'eût certainement point fait si les deux articulations des cous-de-pied eussent été douloureuses. Or ces deux articulations étaient recouvertes de tissus rouges et gonflés.

Si nous faisons maintenant la comparaison des trois cas d'érythème noueux qui se sont offerts à notre examen depuis

deux mois, dans les divers services de l'hôpital temporaire, nous voyons qu'ils ont entre eux comme points de ressemblance :

1° Un mouvement fébrile avec élévation notable de la température;

2° Une durée à peu de chose près la même;

3° La présence de nouûres et de papules;

4° La production d'une endocardite, très-nette chez les deux malades qui n'avaient pas déjà d'avance un bruit de souffle à la pointe du cœur.

Les différences sont notables.

Ainsi les deux malades de M. Martineau ont présenté des plaques étendues d'érythème occupant tout le bas des deux jambes et s'accompagnant d'un gonflement des tissus sous-jacents; tandis qu'il n'y eut chez la malade de M. Damaschino que les formes noueuses et papuleuses, sans large plaque érythémateuse nulle part.

Mais, comme pour marquer la transition et, par conséquent, mieux indiquer la communauté de nature, un des malades de M. Martineau, celui dont nous avons parlé vendredi dernier, présentait sur les poignets, à la fois des papules et un gonflement étendu de tous les tissus sous-jacents, de telle sorte que chez lui on voyait des papules situées au même point que chez la malade de M. Damaschino, retentir surtout sur le tissu cellulaire sous-cutané.

Telle est en effet la différence fondamentale qui sépare les deux derniers faits du premier :

Dans ceux-là le tissu cellulaire sous-cutané est surtout en jeu. C'est là que les nouûres se produisent quand il s'en produit. C'est là surtout que viennent retentir les congestions et autres actions de voisinage.

Au contraire, chez la malade de M. Damaschino, le tissu cellulaire sous-cutané reste presque indemne. Les nouûres les plus importantes, les plus considérables, se font profondément; elles n'adhèrent pas à la peau, et l'on peut faire glisser la peau sur leurs surfaces, du moins jusqu'au moment où, de dedans en dehors, elles finissent par gagner jusqu'à la superficie. Jusqu'alors elles restent pâles, au lieu de rougir dès le début comme les nouûres sous-cutanées de cette même malade et des deux autres.

Chez elle, dans le voisinage des nouûres et des papules, dans un rayon de plusieurs centimètres, les articulations se prennent, du moins au point de vue de la sensibilité; certaines gaînes tendineuses elles-mêmes s'enflamment et deviennent le siége d'épanchements enkystés; certaines douleurs profondes, sans gonflement apparent ni douleur, semblent avoir pour point de départ les insertions de tendons sur des os; enfin des organes intérieurs semblent participer eux-mêmes à l'affection, et il se produit dans l'abdomen des gonflements douloureux analogues à ceux qu'on trouve sur les membres.

L'atteinte est donc ici profonde; et l'on comprend que, dans des cas semblables, la mort soit survenue par lésions des poumons ou d'autres organes essentiels, comme l'avait noté Trousseau.

On comprend aussi qu'il ait eu tendance à rattacher ces lésions graves aux papules plutôt qu'aux nouûres.

En effet, c'est chez la malade de M. Damaschino que la forme papuleuse était la plus accusée, bien que les nouûres fussent également chez elles très-développées, et bien qu'elles eussent précédé les plaques papuleuses et subsisté après leur complète disparition.

Chez les deux autres, au contraire, où l'affection était en somme bien plus bénigne, puisqu'elle n'atteignait que des parties superficielle, sauf l'endocarde, la forme papuleuse était peu représentée, et elle se trouvait remplacée par un large érythème s'étendant en surface avec gonflement œdémateux du tissu cellulaire.

Cette troisième forme éruptive de la fièvre érythémateuse n'avait point encore été décrite.

On connaissait les nouûres et les papules ; on avait voulu les séparer, bien à tort, comme se rattachant à deux affections différentes. Mais on n'avait pas remarqué la coïncidence des nouûres avec l'érythème d'apparence érysipélateuse, et l'on ne savait pas que ce dernier pût être une manifestation d'une fièvre éruptive essentielle.

On n'avait pas non plus décrit les manifestations profondes de cette même fièvre : les nouûres qui se forment dans l'épaisseur des membres et ne parviennent que lentement jusqu'à la surface ; ces nouûres qui, pâles d'abord, rougissent après quelques heures, après un jour et plus.

On n'avait pas décrit celles de l'abdomen, ni la ténosite, érythémateuse, ni les douleurs osseuses ou tendineuses de même origine.

Tout ce sujet était encore à déblayer. Nous ne prétendons certes pas avoir maintenant achevé l'étude de cette affection singulière, que nous proposons de nommer *fièvre essentielle érythémateuse;* mais nous avons voulu appeler l'attention des observateurs sur quelques points de son histoire négligés jusqu'ici.

Fluxion hémorrhagique de l'utérus.

Voilà déjà plusieurs années que j'ai signalé pour la première fois un des caractères objectifs de la fluxion hémorrhagique de l'utérus, caractère très-important au point de vue du pronostic, et par suite au point de vue du traitement général.

Quand on l'ignore, on est exposé à croire à l'existence de fibromes utérins, qui font défaut, et l'on se sent d'autant plus porté à admettre cette hypothèse qu'elle fournit une explication toute naturelle pour le raptus hémorrhagique.

Or que faire contre un corps fibreux de l'utérus ? Bien peu de chose. On n'espère pas le résoudre par un traitement interne. On ne doit guère songer qu'à rendre sa présence moins offensive en évitant toutes les causes d'excitation pour l'organe qui le contient et qu'il irrite.

La puissance du médecin est tout autre lorsqu'il s'agit d'une fluxion hémorrhagique complétement indépendante de toute tumeur incurable.

Or de telles fluxions ne sont point rares.

Parfois on peut les rattacher directement à l'anémie. Elles rentrent alors dans la classe de ces congestions, presque inflammatoires, et bien à tort nommées passives, que l'on observe si souvent dans l'aglobulie.

Parfois elles tiennent à une irritation presque traumatique : tel est le cas de ces métrorrhagies qui peuvent succéder aux excès de coït, surtout quand le coït a été pratiqué durant l'époque menstruelle.

Parfois aussi elles ont leur première origine dans un simple trouble fonctionnel, tel qu'un arrêt subit de la menstruation.

Une femme, entrée depuis trois jours dans le service de M. Damaschino, en est un exemple.

Cette femme, âgée de vingt-sept ans, née dans le Midi, habitant Paris depuis l'âge de douze ans, fut réglée vers l'âge de dix-sept ans. Dès cette époque, elle fit la connaissance d'un de ses compatriotes, sergent de ville, avec lequel elle vécut jusqu'à cette année. Des raisons de famille auraient fait retarder leur mariage, qui, dit-elle, était dès le

début décidé en principe; mais les habitudes conjugales n'en existaient pas moins. Cependant les rapports sexuels étaient souvent douloureux pour la femme, surtout quand le membre viril avait pénétré trop profondément; alors elle éprouvait des douleurs dans le bas-ventre et des douleurs de reins qui parfois persistaient durant quelques heures. Sauf ces malaises accidentels, cette femme n'avait jamais eu de maladie ou de souffrance quelconque. La vie commune cessa, il y a un an environ, à l'occasion d'une maladie qui força le sergent de ville à retourner dans son pays pour s'y rétablir. Il y mourut. Depuis son départ, cette femme n'avait pas eu de rapports sexuels. Sa mort lui causa un chagrin très-vif. Sur ces entrefaites, ayant ses règles, elle se mouilla les pieds, se sentit toute refroidie, et aussitôt les règles s'arrêtèrent.

Quatre à cinq jours après, l'écoulement sanguin reparut sous forme de perte très-abondante, et cette fois, accompagné de douleurs vives dans le bas-ventre et dans les reins.

Depuis lors, la métrorrhagie ne cessa plus : à peine se calmait-elle quelquefois durant un seul jour, après l'emploi de de tel ou tel remède; les douleurs aussi persistèrent; et après trois mois de pertes constantes, la malade, s'affaiblissant de plus en plus, se décida à se faire traiter à l'hôpital.

Elle y entra mardi dernier.

Ceux qui la touchèrent, en l'absence de M. Damaschino, sentirent sur le col, à 2 centimètres environ de son extrémité, le bord inférieur d'une sorte de tumeur, haute de 1 centimètre et demi environ, et qui l'embrassait en arrière à la façon d'un demi-anneau. Cette tumeur, qui se continuait par ses bords avec la surface de l'utérus, sur laquelle elle s'appliquait, formait un relief assez prononcé, surtout à gauche; elle s'étendait jusque vers l'union du col avec le corps, mais s'arrêtait à peu près là. On la limitait parfaitement par le toucher, en haut comme en bas et sur les côtés. L'utérus était gros et lourd, à peu près immobile, et très-sensible à la pression sur presque tous les points. On ne pouvait pas le déplacer d'une manière notable en appuyant avec le doigt sur le col. Le col descendait assez bas; il était conique et fermé, mais épais à la base et manifestement plus long qu'à l'état normal. La pression était douloureuse non-seulement sur l'utérus, mais sur presque tous les points du vagin; elle l'était également sur la paroi abdominale, ce qui, joint à une épaisseur assez notable de cette paroi, ne permettait pas d'arriver par cette voie jusque sur le corps de l'utérus. Le toucher rectal montrait cet organe parfaitement lisse sur tous les points qu'on pouvait atteindre, sauf vers l'union du col avec le corps, où l'on sentait la tumeur en demi-cercle dont nous avons déjà parlé. Les culs-de-sac vaginaux étaient libres. On pouvait les refouler très-haut, sans sentir aucune tuméfaction, aucune résistance, rien qui ressemblât à une phlegmasie péri-utérine.

Le diagnostic alors porté par les personnes présentes, et qui paraissait en effet très-probable, fut en conséquence : « Corps fibreux du corps utérin, ayant provoqué et entretenu durant trois mois une métrorrhagie. »

Les corps fibreux interstitiels du col utérin sont très-rares : bien qu'ayant touché des milliers de femmes, je ne me rappelle pas en avoir jamais constaté. Dans ce segment de l'utérus, le développement hypertrophique des tissus prend de préférence une autre forme, celle qu'a si bien décrite Huguier. Il porte plutôt sur l'ensemble du col, qu'il allonge, ou sur une des lèvres, qu'il rend plus saillante, ou qu'il élargit, etc. Mais il constitue rarement une tumeur distincte, pour ainsi dire parasitaire et comme isolée de l'organe dans le sein duquel elle est plongée : ce qui est, au contraire, le cas le plus fréquent lorsqu'il s'agit du corps. Ces différences tiennent peut-être à la disposition des fibres musculaires dans les deux segments de l'utérus. Quoi qu'il en soit, le fait est certain : et s'il n'est pas très-rare de rencontrer des tumeurs fibreuses pédiculées dans la cavité du col utérin, il est, au contraire, exceptionnel d'en trouver dans l'épaisseur même de ses parois ou vers sa surface vaginale.

Et cependant ce diagnostic devait paraître le plus probable pour ceux qui ne connaissaient par mes travaux antérieurs sur la métrorrhagie et la fluxion hémorrahagique de l'utérus.

En effet, nulle part dans les auteurs classiques on ne trouve signalée cette tuméfaction locale occupant une partie déterminée du col et simulant une tumeur aux bords arrondis.

La seconde édition de Courty, sur ce point comme sur beaucoup d'autres que j'ai pris comme termes de comparaison, n'est qu'une reproduction exacte de la première. Les signes objectifs de la fluxion hémorrhagique y sont décrits tels qu'on devrait les supposer *a priori*, et non pas tels qu'ils sont dans la plupart des cas. Cette tuméfaction partielle que j'ai signalée est la règle; je l'ai constaté maintes fois à l'hôpital et dans ma clientèle : c'est un des signes fondamentaux de la fluxion utérine.

Les pertes s'arrêtèrent, chez la malade dont il s'agit, très-peu de temps après son entrée à l'hôpital ; et dès l'instant où l'écoulement sanguin eut complétement disparu, le relief semi-annulaire, qui entourait, en arrière, la base du col utérin, commença à diminuer. Hier, jeudi, son extrémité droite surtout s'était amincie et raccourcie sensiblement ; il ne formait plus, à vrai dire, qu'un quart d'anneau, situé du côté gauche ; vers sa partie moyenne on sentait des battements artériels énergiques. L'utérus était encore très-sensible à la pression, volumineux, presque immobile, et la malade accusait des douleurs, moindres, il est vrai, mais persistantes, dans le bas-ventre.

Nous donnerons la suite de cette observation.

Dr Victor REVILLOUT.

MALADIE D'ALIMENTATION

OBSERVÉE PENDANT L'EXPÉDITION DE KABYLIE ORIENTALE, EN 1871, ET PROVENANT D'UNE ALTÉRATION DES BISCUITS.

Par le docteur A. TREILLE (de Constantine).

C'est en 1871, pendant l'expédition de Kabylie orientale, alors que j'étais attaché en qualité d'aide-major à l'ambulance de la colonne expéditionnaire, que j'ai eu l'occasion d'observer l'affection que je vais décrire ; et qui doit être attribuée, suivant moi, à une altération du biscuit, sur la nature de laquelle je ne saurais me prononcer.

Le premier malade que j'en ai vu atteint, entra à l'ambulance le 24 juin; le dernier, le 12 juillet.

J'ai recueilli les observations suivantes :

OBS. I. — C... Justin, soldat au 1er zouaves, 3e bataillon, 1re compagnie, entre à l'ambulance le 25 juin. Malade depuis trois jours, il se plaint de perte d'appétit et de malaise général. Il présente, au front et sur le dos des mains et des pieds, de petites papules acuminées, pleines. Cette éruption, très-discrète sur le dos des pieds, est au contraire confluente aux mains et au front. La peau ne présente aucune coloration particulière, pas plus que les papules. Il n'est point tourmenté par cette éruption, dont l'apparition ne l'a pas, d'ailleurs, frappé, car il ne peut dire exactement à quelle époque elle s'est montrée. La langue est bonne, pas de diarrhée, et, à part l'inappétence, il n'y a rien à noter du côté du tube digestif. Pas de fièvre.

Le 27, l'appétit est revenu, on lui donne une portion. Il n'y a aucune modification du côté de l'éruption.

Le 30, on prescrit des onctions avec un glycérolé phéniqué, sur les papules.

Le 5 juillet, l'éruption a totalement disparu, l'appétit est excellent. C... sort tout à fait rétabli de l'ambulance, le 6.

Obs. II. — L... Amédée, caporal au 78e de marche, 3e bataillon, 2e compagnie, entre à l'ambulance le 27 juin.

Il se dit malade depuis une dizaine de jours. Au début, faiblesse générale, étourdissements, vertiges, perte de l'appétit. Quatre ou cinq jours avant son entrée des boutons lui sont venus, dit-il, sur les deux mains et aux jambes.

Il présente en effet, sur le dos des mains et aux jambes, une éruption très-discrète de papules offrant exactement les mêmes caractères que dans l'observation précédente. La langue est un peu chargée, la faiblesse est grande, la tête lui tourne dès qu'il est debout. Pas de fièvre.

Le 30 juin on prescrit des onctions avec le glycérolé phéniqué.

Le 1er juillet, il se déclare de la diarrhée. On prescrit : potion avec sous-nitrate de bismuth, 6 grammes; alcoolé d'opium, 25 gouttes.

Le 2 juillet, les papules ont presque complétement disparu, mais les troubles gastriques ont augmenté. La langue est fortement chargée.

La diarrhée et l'embarras gastrique persistant, on évacue L... le 7 juillet, sur l'hôpital de Sétif.

L'éruption avait complétement disparu lorsqu'il quitta l'ambulance.

Obs. III. — N..., soldat au 3e zouaves, entre à l'ambulance le 29 juin.

Malade depuis une dizaine de jours, il n'éprouvait d'ailleurs, dit-il, qu'un léger malaise, et à son entrée il ne se plaint que de démangeaisons occasionnées par une éruption.

Il présente à la face et sur le dos des mains, et à la partie antérieure des avant-bras, des papules discrètes, acuminées, un peu rougeâtres, ainsi que la peau. Aux deux jambes, il y a un cercle de ces papules, de 3 centimètres de haut, au-dessous des genoux. L'éruption est plus confluente à la jambe gauche. L'appétit est bon, la langue bonne, les gencives sont un peu tuméfiées et saignantes. L'état général est excellent.

On employa le glycérolé phéniqué, et l'éruption disparut rapidement. Le 8 il n'en restait aucune trace. Mais le malade fut pris d'une fièvre intermittente qui prolongea son séjour à l'ambulance jusqu'au 25 juillet, jour où il sortit parfaitement guéri.

Obs. IV. — M..., soldat au 78e de marche, est entré à l'ambulance le 1er juillet, pour angine. Il présente une inflammation modérée des deux amygdales et un embarras gastrique assez prononcé. A la face, sur le dos des mains et des jambes, il y a une éruption très-discrète de papules. Cette éruption cède en trois jours au glycérolé phéniqué, et le 5, l'amygdalite ayant disparu, l'appétit étant un peu revenu, on donne une portion. Mais le 7 juillet le malade est pris de fièvre et il ne sort de l'ambulance que le 5 août.

Obs. V. — M..., soldat au 1er zouaves, est blessé dans un combat le 26 juin, et entre à l'ambulance pour plaie contuse de la main. Là on s'aperçoit qu'il a à la face, au cou, à la partie supérieure de la poitrine, sur le dos des mains et aux jambes, une éruption excessivement discrète de petites papules, qui ne le gêne en aucune façon. Il y avait trois ou quatre jours que l'éruption s'était déclarée.

Il sort guéri de l'ambulance le 6 juillet. Nous avions jugé inutile de soigner l'éruption, qui disparut toute seule.

Obs. VI. — F... Joseph, soldat au 3e zouaves, 2e bataillon de marche, entre à l'ambulance le 1er juillet. Est fortement courbaturé, a une céphalalgie continuelle et se plaint de douleurs constantes d'estomac. La langue est un peu chargée. Éruption confluente de papules à la face, aux deux mains, et sur la partie antérieure et inférieure des avant-bras, et aux jambes depuis le genou jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne.

On fit faire des onctions sur les papules avec le glycérolé phéniqué, et le 5 l'éruption avait disparu; mais les troubles généraux persistant, F... fut évacué le 7 juillet sur Sétif.

Obs. VII. — K..., du 3e zouaves, entré le 3 juillet à l'ambulance pour embarras gastrique, a présenté une éruption très-confluente à la face, aux mains, et surtout aux mollets. Il y a anorexie, courbature et constipation. On a dû l'évacuer le 7 sur Sétif. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 mai 1874 (1). — Présidence de M. Perrin.

M. Ledentu a présenté au mode de pansement de M. Azam, lors du dernier congrès de Lyon, une objection relative au milieu; il a fait aussi des réserves en faveur du pansement ouaté de M. Guérin.

M. Ledentu a essayé récemment la combinaison du drainage et du pansement ouaté; c'est sur un enfant du service de M. Demarquay, auquel il dut pratiquer l'amputation du bras, par suite de gangrène déterminée par un appareil de fracture trop serré. L'opération fut faite à deux lambeaux et un drain placé à la base des lambeaux. Une série de sutures réunit les parties superficielles, et l'on appliqua le pansement de M. Guérin. Cet appareil resta en place trois semaines, après lesquelles on trouva la réunion parfaite extérieurement, probablement elle existait aussi dans la profondeur. Le tube fut enlevé, et une légère compression exercée sur le moignon. Huit à dix jours après, la réunion était complète.

M. Ledentu n'a pas eu recours à la suture profonde, parce qu'elle lui paraît exiger une surveillance très-active, et que l'étranglement qu'elle peut produire peut faire craindre le sphacèle.

M. Azam répond à M. Le Fort, que le drain est disposé de façon à ne pas permettre à l'air de pénétrer dans la plaie. Le danger de la suture superficielle lui paraît peu grave; en général, quand une collection de liquide se produit dans la profondeur, cette suture échoue ou cède sur un point. Quelquefois, cependant, M. Azam a été obligé de détruire partiellement la réunion qui s'était produite. La crainte des hémorrhagies secondaires oblige à faire les ligatures avec beaucoup de soin, car il est extrêmement important d'obtenir la réunion profonde; mais on l'obtiendra toujours si la suture est solide et l'immobilité parfaite. La statistique de M. Azam ne constate aucune mort imputable à l'opération. La méthode de pansement qu'il préconise, et à laquelle il propose de donner le nom de méthode de l'hôpital Saint-André, lui a donné de meilleurs résultats que les autres méthodes. C'est pour engager les chirurgiens de Paris à l'essayer comme on a fait à Bordeaux, qu'il est venu en parler à la Société de chirurgie. M. Azam est disposé à penser que le malade de M. Ledentu aurait été guéri plus vite si l'on avait laissé le pansement ouaté moins longtemps en place.

M. Hervez de Chégoin pense que les lésions produites par la scie sont de nature à empêcher la réunion entre l'os et les parties molles, et qu'il serait désirable que l'os pût être coupé comme une branche d'arbre.

M. Panas assure qu'il a pansé des malades, il y a une dizaine d'années, comme le fait M. Azam. On sait que M. Denonvilliers préconisait la suture profonde, et qu'elle était appliquée aussi par Jobert, qui obtenait fréquemment la réunion immédiate des lambeaux. Quant à la réunion superficielle, M. Panas la trouve peu avantageuse. Aussi a-t-il coutume de laisser ouvert le quart antérieur de la plaie, ce qui permet d'exercer une surveillance attentive.

Pour ce qui est du drainage, M. Panas fait observer qu'il est usité depuis longtemps en Angleterre et en Allemagne. Il demande s'il est avantageux de le combiner avec la suture profonde. Après avoir essayé cette combinaison, il a été forcé d'y renoncer. Soit qu'il ne produise des résultats consécutifs, soit que la suture profonde échoue, il se forme un cloaque entre la surface de la section de l'os et les parties molles, ce qui oblige de mettre tout à découvert. En substi-

(1) Fin. — Voir le numéro du 25 juillet 1874.

tuant à cette méthode celle des pansements au coton, il a vu « s'opérer un changement radical dans les résultats ». C'est donc à ceux-ci que M. Panas donne la préférence. Peut-être la différence entre le milieu de Paris et celui de Bordeaux explique-t-elle les succès de la méthode dans cette ville et ses insuccès dans la première.

M. MARJOLIN insiste sur l'importance considérable des milieux dans lesquels se trouvent les malades. Il voudrait que cette question fût mise à l'ordre du jour de la Société. Il faut remarquer que la présence d'un corps étranger dans une plaie est une circonstance fâcheuse, et que les piqûres multiples nécessitées par la suture contribuent à l'irriter. Pour éviter l'étranglement que peut déterminer le pansement, il faut laisser des ouvertures. A propos du fait rapporté par M. Ledentu, M. Marjolin rappelle le danger que présente l'attelle dorsale mal appliquée dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN rappelle le mémoire dans lequel il a signalé le danger auquel vient de faire allusion M. Marjolin, ainsi que la rigidité des doigts consécutive à l'application des bandages serrés, comprimant la face dorsale du poignet.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire : MARC SÉE.

Séance du 3 juin 1874. — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de médecine de la semaine;

2° Une brochure intitulée : *De la congestion pulmonaire de nature arthritique*, par le docteur Collin;

3° Une observation manuscrite de désarticulation de l'épaule, par le docteur Vast, chirurgien en chef de l'hôpital de Vitry-le-François, candidat au titre de membre correspondant.

4° Une thèse sur les hernies inguinales chez les petits enfants, par M. le docteur Rigabert.

M. LE FORT. A propos du procès-verbal, je tiens à rapporter à la Société, bien qu'il soit peu habituel de relater les faits qui peuvent se passer en dehors des discussions, le résultat d'une conversation que j'ai eue hier avec M. Azam, et de laquelle il ressort que la réunion immédiate des parties profondes rendue sinon impossible, au moins des plus difficiles par le drain qui les désunit, peut être obtenue à l'aide d'un pansement compressif, qui m'a souvent donné les meilleurs résultats.

COMMUNICATION

De la pathogénie de la grenouillette aiguë. — M. TILLAUX. Je vais entretenir la société d'une question bien limitée, quoique non encore absolument élucidée; je veux parler de la grenouillette. Cette affection revêt habituellement deux formes : tantôt c'est une petite tumeur située dans le plancher de la bouche, à marche lente; c'est la grenouillette chronique. Son siége a été longtemps l'objet de longues discussions, et j'ai formulé moi-même, il y a déjà longtemps, une théorie relative à cette question; c'était, dans mon opinion, un kyste résultant de la dilatation d'un des conduits oblitérés de la glande sublinguale. En admettant que cette théorie soit applicable à la grenouillette chronique, je me vois absolument forcé d'y renoncer pour ce qui regarde la grenouillette aiguë à marche rapide, à développement brusque et pour ainsi dire instantané. J'apporte à la société quelques observations relatives à cette forme. Dans l'une d'elles, nous voyons le fait d'un ouvrier qui, après s'être couché en parfaite santé, se réveille, à trois heures du matin, avec une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, soulevant la langue, la collant pour ainsi dire au palais et menaçant de l'asphyxier. Voici, dans une autre observation, une cuisinière qui est prise d'accidents analogues au milieu de l'escalier, qu'elle descend pour aller acheter quelques denrées; une autre femme sent le plancher de sa bouche brusquement envahi en se chauffant au coin du feu, à huit heures du soir, après une journée absolument tranquille. Quelle est l'explication de ces phénomènes si brusques? C'est ce qui a fait l'objet des recherches d'un certain nombre de chirurgiens, et de mes investigations propres. Et tout d'abord, quel est le liquide contenu? Il est filant, épais, analogue à la salive, et bien que l'analyse faite par M. Méhu du liquide provenant d'un des cas précités, ne soit pas absolument affirmative relativement à la composition chimique de ce liquide; je crois qu'on peut conclure entre la salive et lui à la plus grande analogie.

Un second point est fort important à constater. Cette tumeur est enkystée; ce n'est point une infiltration pure et simple : une membrane kystique propre enveloppe le liquide contenu; et lorsqu'on vient à exciser un morceau de cette membrane, on a sous les yeux une véritable cavité close. Où se développe cette cavité? C'est ici que les difficultés commencent. La tumeur, disent les auteurs, est due à la dilatation du canal de Wharton. Supposons, en effet, et c'est là la règle, qu'il y ait une obstruction au niveau de l'orifice de ce canal; la salive s'accumule derrière l'obstacle et distend le canal, dont les parois constituent le kyste; pour que cette théorie fût acceptable, il faudrait prouver la dilatabilité considérable du canal de Wharton. Or j'ai fait plusieurs fois l'expérience, qui consiste à découvrir le conduit, à le lier près de son orifice et à injecter par l'extrémité glandulaire de l'air ou de l'eau. Sous l'influence de l'injection liquide, je l'ai vu se dilater lentement, uniformément, progressivement, et acquérir tout au plus le volume d'une plume de corbeau; mais jamais cette dilatation n'a été brusque, instantanée, analogue enfin à ce qui se passe dans la grenouillette; quant à l'air injecté, il s'infiltre ou rompt le canal. Ces recherches tendent donc à me faire regarder comme impossible la dilatation du conduit de Wharton. L'explication de la grenouillette aiguë me semblerait facile, si l'on pouvait démontrer que, dans le voisinage du conduit de Wharton, se trouve à l'état normal une petite cavité close, prête à recevoir le liquide sorti de ce conduit, préalablement oblitéré. Eh bien, cette bourse existe; elle a du moins été décrite, en 1841, par Fleshmann, et porte son nom, et bien que les anatomistes français Richet, Paulet, Sappey, etc., ne l'aient pas retrouvée, je crois son existence sinon constante, au moins très-fréquente, et je vais vous la montrer. Si vous me permettez de figurer sur le tableau la coupe du maxillaire inférieur et les apophyses geni-supérieures, je figure le muscle genio-glosse, dont les fibres en éventail vont s'insérer, comme je le représente, jusque sur l'os hyoïde. La muqueuse, qui recouvre la langue, se réfléchit sur sa pointe jusqu'au niveau du frein, et ne va pas jusque sur le genio-glosse, dont elle est séparée par une véritable cavité, une bourse séreuse à base inférieure, à sommet dirigé en avant, de 27 millimètres de profondeur, et allant jusqu'à 2 centimètres en arrière de la pointe de la langue, Si, au lieu d'une pointe longitudinale, on pratique une coupe transversale à son niveau, on voit que sa largeur s'étend de la face interne de la deuxième grosse molaire d'un côté à la dent correspondante du côté opposé. Si nous passons maintenant aux rapports de cette cavité avec le canal de Wharton, nous voyons que ce conduit se trouve accolé pour ainsi dire à la paroi antéro-postérieure. Cette disposition étant admise, le déversement du liquide salivaire d'un canal oblitéré dans une cavité aussi voisine fournit une explication bien séduisante. Je dois dire que, dans les expériences que j'ai faites, j'ai constaté, dans les parois du conduit de Wharton, une grande minceur, puisqu'on peut la comparer à celle des parois d'une veine; mais, en même temps, une extrême solidité, puisqu'il m'a fallu employer toutes mes forces pour les rompre; aussi l'explication de la solution de continuité faisant communiquer le conduit avec la bourse de Fleshmann suppose-t-elle nécessairement une altération préalable des parois de ce conduit.

Je me résume ainsi pour l'explication de la grenouillette aiguë, et pour les conditions nécessaires à sa formation : 1° oblitération de l'orifice du conduit de Wharton; 2° altération préalable des parois de ce conduit.

DISCUSSION

M. DOLBEAU. Je trouve la communication de M. Tillaux très-intéressante; mais bien que la théorie ou l'explication proposée par lui

soit ingénieuse, elle ne peut suffire à me satisfaire dans un certain nombre de faits observés par moi. Je fus appelé, il y a quatre ans, par MM. Bertholle et Gubler, près d'une dame des Ternes, qui était menacée de suffocation à la suite du développement énorme d'une tumeur fluctuante du plancher de la bouche. Cette tumeur avait déjà diminué dans le temps nécessaire du trajet de Beaujon à la demeure de la malade; aussi espérâmes-nous une résolution complète, qui ne se fit guère attendre. L'observation a été publiée depuis par M. Bertholle, dont la malade succomba quelque temps après subitement à une congestion pulmonaire. Les anciens auraient certainement vu là une une métastase de la congestion du plancher buccal au tissu propre du poumon. J'ai vu en 1869, avec M. Feréol, un fort de la halle présentant également dans le plancher buccal une tumeur œdémateuse, renversant la langue en arrière. Les conduits de Wharton étaient libres, et l'expérience du grain de sel nous démontra leur parfaite intégrité. Malgré les instances de mon collègue, je me refusai à pratiquer des incisions; la tuméfaction diminua, et tout se termina par un petit abcès, que M. Féréol ouvrit d'un coup de lancette. Il y a cinq ou six mois, M. Vernois m'adressa une dame qui, à la suite d'accidents analogues, avait eu de véritables menaces de suffocation. Je trouvai chez elle un calcul salivaire, dont je fis l'extraction. Cette dame a conservé quelque temps après une petite fistule, dont elle pratiquait le cathétérisme à l'aide d'un petit stylet. Je me souviens qu'on apporta, il y a deux ou trois ans, à Beaujon, pour une grenouillette située au côté droit de la langue, un marchand d'articles de Paris, qui avait été interrompu par le développement de cette tumeur au beau milieu de son boniment. Sa face était violacée; il paraissait menacé d'une suffocation imminente; une ponction a suffi pour le soulager; et autant que je puis me le rappeler, un fait analogue s'est passé à Necker, il y a quelque temps, à propos d'un malade qui, dans des conditions identiques, fut soulagé par un médecin du dehors, lequel l'opéra séance tenante et le guérit en dépit des règlements. En un mot, on voit des tuméfactions suraiguës du plancher de la bouche dues parfois à des calculs salivaires, à des corps étrangers; mais souvent aussi seulement à des phénomènes congestifs. Aussi, comme je le disais dans une leçon faite à la Faculté, il y a des tuméfactions soudaines du plancher buccal, dont il faut savoir ne pas avoir trop peur, et bien qu'il soit possible d'admettre, souvent, l'explication proposée par M. Tillaux, je persiste à la trouver insuffisante dans un certain nombre de cas où la congestion joue le principal rôle.

M. DUPLAY. La théorie proposée par M. Tillaux est basée : 1° sur l'existence de la salive dans l'intérieur du kyste, et il y a des cas où la salive manque et où l'on a affaire qu'à un œdème sous-muqueux; 2° sur l'existence d'un véritable kyste; or, dans les faits que j'ai observés, il s'agissait d'autre chose que d'une cavité kystique; les deux bases nécessaires de la théorie de M. Tillaux n'étant pas constantes, il s'ensuit que la théorie elle-même ne peut être acceptée pour tous les cas. Dans les expériences que notre collègue a faites sur la dilatabilité du conduit de Wharton, il conclut à l'impossibilité de son extension immédiate instantanée ; il faut noter que, dans ses expériences, M. Tillaux a eu affaire à des canaux sains; il en serait peut-être autrement sur des conduits altérés. A ce propos, je fais part à la société d'un mémoire de M. Maurice Claudot, que j'ai entre les mains et qui est intitulé : *Du conduit de Wharton dans ses rapports avec la grenouillette*. Dans ce travail, se trouvent quatre observations relatives à des corps étrangers introduits de dehors en dedans; entre autres à une portion d'épi de blé qui aurait déterminé une grenouillette aiguë.

M. LE FORT. Je ne nie pas l'influence que peut avoir la rupture du conduit de Wharton sur le décollement plus ou moins considérable du tissu cellulaire environnant; mais je fais mes réserves sur les deux pièces présentées par M. Tillaux relativement à la bourse de Fleshmann, dont l'existence, toujours d'après ces pièces, me paraît fort loin d'être démontrée.

M. TILLAUX. Je suis surpris que l'existence de cette poche puisse être mis en doute après l'examen de ces pièces. Voici, en effet, un espace régulier tapissé par une membrane qui, d'après l'examen micrographique fait dans le laboratoire de Clamart, contient des fibres élastiques recouverts de couches épithéliales. Pour moi, l'existence de cette poche, qui est d'ailleurs l'objet principal de ma communication, permet d'expliquer certains faits inexpliqués jusqu'ici. Je ne prétends pas pour cela qu'elle les explique tous. Je crois donc fermement, d'après mes recherches, à l'existence d'une cavité close normale. Quant au liquide contenu, réserve faite de l'analyse chimique qui ne se prononce pas absolument en faveur de la salive, il me paraît avoir avec celle-ci la plus grande analogie. Je répondrai à M. Dolbeau que je n'ai eu en vue que les cas de tumeurs enkystées, à liquide filant du plancher de la bouche. Quant à la résistance du conduit de Wharton, je tombe d'accord avec M. Duplay. Je crois que son altération préalable est nécessaire pour qu'il puisse être rompu.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la société que M. le docteur Hergott, membre correspondant, assiste à la séance.

M. le président annonce également que, dans la prochaine séance, la société se formera en comité secret pour une communication d'intérêt intérieur.

COMMUNICATION

M. PANAS fait la communication suivante :

Des résultats éloignés de l'ovariotomie. — Jusqu'ici, l'attention des chirurgiens n'a porté que sur un seul point de la question, à savoir, un kyste ovarique étant donné, peut-il être enlevé avec succès, même à l'aide d'une opération laborieuse. En cas d'affirmative, on procède à l'opération, sans se soucier de ce qui pourra arriver plus tard.

Cette confiance dérive de l'ignorance dans laquelle nous avons été jusqu'ici sur la nature maligne et récidivante de certains kystes de l'ovaire, alors même qu'ils ont été complétement enlevés. Instruit par les faits, je demande la permission à la société d'insister sur un point capital, bien que négligé, je veux parler des résultats éloignés de l'ovariotomie.

Qu'on nous ouvre, en effet, les livres les plus autorisés ou les monographies les plus complètes et les plus récentes qui traitent de cette opération, et l'on se convaincra aisément qu'il n'y est presque rien dit du sort définitif des opérées.

Je crois donc remplir une lacune véritable en venant signaler à votre attention des faits qui m'ont vivement frappé, et qui, je l'espère, ne manqueront pas d'intéresser tous ceux qui se livrent à la pratique de l'ovariotomie. Je dois même ajouter tout de suite que nos savants collègues MM. Boinet et Verneuil, à qui je faisais part il y a plus d'un an des réflexions que la pratique m'avait suggérées sur ce sujet, m'ont assuré avoir connaissance de faits de même ordre qu'ils s'empresseront, j'en suis sûr, de vous communiquer. J'espère que, par le concours de tous, la lumière se fera complète sur cette question délicate de chirurgie, concernant les conséquences et les dangers non-seulement *immédiats* mais *tardifs* et éloignés de l'ovariotomie.

En 1871 (1), j'ai eu l'honneur de vous présenter une femme, opérée et guérie d'un kyste multiloculaire, et en partie suppuré de l'ovaire.

M. Verneuil, qui avait bien voulu m'adresser cette malade, assistait à l'opération, ainsi que M. Boinet.

La guérison se maintint parfaite depuis, lorsqu'en 1873 (dix-huit mois après l'opération), la santé générale, qui était florissante, commença à décliner, la malade maigrit avec une rapidité effrayante. Des douleurs vives se déclarèrent sur différentes parties du corps, et cette pauvre femme se décida à entrer dans mon service à Lariboisière.

Un examen attentif nous permit alors de constater ce qui suit :

Rien n'était survenu du côté des organes sexuels : vulve, vagin, ovaire restant et ligament large du même côté, tout était absolument sain, comme au moment où vous l'aviez vue.

Par contre, les ganglions inguinanx et ilio-lombaires, ceux des aisselles et du cou étaient devenus le siége d'une dégénérescence carcomateuse des plus manifestes. Ce n'était plus que de gros paquets indurés, bosselés et fortement adhérents à la peau, également envahie par la dégénérescence maligne.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1871, p. 350.

Les deux mamelles étaient devenues cancéreuses, ainsi que l'omoplate droite, les deux clavicules et divers points de la colonne vertébrale.

Bref, nous avions affaire ici à une généralisation cancéreuse des plus épouvantables, et force nous a été alors d'incriminer, en tant que point de départ probable, la tumeur ovarique si heureusement enlevée dix-huit mois auparavant, et qui m'avait paru, ainsi qu'à MM. Boinet et Verneuil, comme un type de ce qu'on a décrit sous le nom de kyste multiple proliférant, à contenu gélatineux.

Je dois même ajouter que, sur un point, la masse offrait une loge remplie d'un magnus mélicerique avec des cristaux de cholestérine et des poils. Telle est l'histoire succincte de ce premier cas.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Les Facultés de médecine en France (1).

VI.

CONCLUSIONS.

En résumé, messieurs, sous les réserves et dans les conditions ci-dessus indiquées, votre commission vous propose d'établir à Bordeaux et à Lyon des facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Nous sommes profondément persuadés que si cette proposition est acceptée par vous, elle aura pour résultat, non-seulemeut de mettre le nombre des médecins en rapport avec les exigences et les besoins des populations, mais d'augmenter leur instruction pratique tout en maintenant chez eux un niveau scientifique élevé; qu'enfin elle fera revivre, dans des centres qui n'attendent que cette impulsion, un mouvement intellectuel, une ardeur qu'attiédissait, que ralentissait la concentration sur Paris de la partie la plus laborieuse de la jeunesse française.

Si nos vœux sont exaucés par l'Assemblée, on verra les étudiants en médecine, trouvant à leurs débuts, dans de grandes villes voisines, avec de moindres frais de déplacement et de séjour, les conditions d'une large et sérieuse instruction pratique et scientifique; pouvant aller ensuite, sans traverser la France d'un bout à l'autre, prendre dans des centres solidement organisés, avec le grade qui fait vivre, l'amour de la science qui éclaire et vivifie; nous les verrons, dis-je, naître plus nombreux, devenir plus instruits, au grand bénéfice de la santé publique et du niveau intellectuel de notre pays, car il n'est pas d'éducation plus saine et plus virile que l'éducation médicale.

Ainsi s'organiseront des écoles rivales, dont la libre concurrence engendrera un généreux esprit de corps, une éducation féconde.

Et qui donc pourrait souffrir, parmi les facultés existantes, de l'établissement de ces facultés nouvelles? Nancy? Nancy, qui n'y perdra pas un élève, n'a guère d'autre raison d'être qu'une protestation contre la fatalité du fait accompli, qu'une manifestation d'espérance. Montpellier? nous avons vu que sa sphère d'action n'en serait nullement atteinte, et cette savante faculté, qui représente fièrement un passé fameux, ne pourra, dans la médiocrité des ressources de la ville où elle siége, que réclamer de l'État, réclamer avec l'appui d'un assentiment unanime, une installation matérielle qui ne fasse pas un trop douloureux contraste avec son histoire glorieuse. Paris? Paris n'a rien à craindre et Paris y gagnera.

Paris n'a rien à craindre, parce que ses immenses ressources matérielles, son corps médical des hôpitaux, supérieur à tout ce qui existe en Europe, ses établissements d'enseignement supérieur, ses corporations scientifiques, maintiendront toujours hors pair, au-dessus des autres facultés françaises, sa faculté de médecine à laquelle, malgré qu'on en ait, aucune autre au monde ne saurait être aujourd'hui comparée.

Paris y gagnera, parce qu'il se sentira pris d'émulation en présence de ce développement nouveau d'une concurrence jusqu'ici inconnue. Paris y gagnera, parce qu'il verra diminuer une affluence exagérée; avec moins d'étudiants de début, il restera le centre incomparable duquel irradieront méthodes nouvelles, découvertes, hommes éminents, vers lequel convergeront les têtes de colonne des écoles de province. Paris marquera toujours d'un caractère élevé ceux qui viendront y chercher la consécration scientifique supérieuse, et un séjour à Paris sera toujours le couronnement nécessaire d'une éducation complète.

Forte de ces considérations, votre commission vous propose donc, messieurs, d'adopter le projet de loi suivant :

Art. 1er. — Les écoles préparatoires de médecine et pharmacie de Bordeaux et de Lyon sont supprimées.

Art. 2. — Il est établi à Bordeaux et à Lyon des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, auxquelles devront s'appliquer les lois et règlements qui régissent les facultés actuellement existantes.

Art. 3. — Les offres contenues dans les délibérations du conseil municipal de Bordeaux, en date du 26 février 1872, du conseil municipal de Lyon, en date du 24 juin 1873 et de la commission municipale de Lyon, en date du 3 mars 1874, sont acceptées. M. le ministre de l'instruction publique déterminera les conditions d'installation des facultés nouvelles.

(1) Fin. — Voir les numéros des 2, 4, 7, 9, 14, 16, 18, 21, 23, 28 et 30 juillet.

A céder une clientèle médicale dans Seine-et-Marne, auprès d'une station de chemin de fer, à une heure et demie de Paris. — Revenu annuel : 7 à 8,000 francs. — Revenu fixe annuel : 650 francs. — S'adresser à M. Crabette, 1, rue Coquillière. Paris.

Recherches expérimentales sur la physiologie et la pathologie cérébrales, par le docteur Ferrier, professeur de médecine légale au King's College de Londres, etc., traduit par H. Duret, interne des hôpitaux. — In-8°, avec figures. — Prix : 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 90. — MARDI 4 AOUT 1874. 47e ANNÉE. MARDI 4 AOUT 1874. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BROUARDEL.

De la chorée (1).

(Leçon clinique recueillie par M. DE BEURMANN, externe du service.)

Messieurs, je n'insisterai par sur la description de la chorée ordinaire admirablement faite dans la clinique de Trousseau. Vous savez que les troubles de la motilité occupent le visage, les membres supérieurs et les membres inférieurs.

Au visage ils se traduisent par des grimaces qui provoquent souvent au début des corrections de la part des parents; ceux-ci, en effet, ignorent qu'elles sont involontaires et croient à des espiégleries, qu'ils cherchent inutilement à réprimer. Ces grimaces associées peuvent revêtir les formes les plus variées. Les muscles des yeux sont presque toujours atteints; leurs mouvements sont associés ou dissociés dans les deux yeux. Barthez cite un enfant chez lequel, par suite de la contraction d'un seul des droits supérieurs, les deux pupilles ne se trouvaient pas au même niveau. Souvent il existe un nystagmus interrompu de temps en temps par l'élévation d'un des yeux.

Très-fréquemment l'incoordination des mouvements débute par le bras. Le procédé classique pour diagnostiquer la chorée consiste à faire boire un verre d'eau au malade. Ce mouvement est complexe et difficile à associer. Pour l'exécuter l'enfant, qui sent que le mouvement sera d'autant plus troublé qu'il sera plus lent, va très-rapidement. Il se fait une sorte de mouvement de détente très-brusque, le verre vient claquer entre les dents, qui le saisissent pour le retenir, et une partie de l'eau s'écoule à terre.

Dans cet acte, il y a trois choses, le mouvement volontaire, la rapidité avec laquelle il est exécuté et enfin la convulsion clonique qui le dévie. La déviation est surtout produite par des mouvements de flexion et de rotation associés. Ils accompagnent tous les actes de la vie ; les malades qui cousent s'enfoncent leurs aiguilles dans les doigts, etc.; elles brisent et renversent tout ce qu'elles touchent.

Vous avez vu que notre malade boit très-tranquillement; les mouvements involontaires des membres se font surtout chez elle dans le sens de la flexion; il est d'observation que ce sont ceux qui persistent le plus longtemps.

Souvent il existe une difficulté de la parole caractérisée par la peine qu'éprouvent les malades à commencer leurs phrases; ils cherchent, ils hésitent avant de trouver le premier mot, puis tout le reste arrive d'un seul jet. C'est quelque chose de très-différent du bégaiement, il n'y a pas de syllabe répétée, d'hésitation, le premier mot prononcé, toute difficulté semble vaincue.

Quelquefois aussi il existe une sorte de hoquet qui interrompt la parole.

Je vous ai parlé de l'anesthésie, il n'y a chez certains malades que de l'analgésie : la perte de la sensibilité à la température est plus rare.

Chez notre malade les troubles de l'intelligence, le changement du caractère, tiennent le premier rang.

Dès le début de sa maladie, elle est devenue triste, extrêmement excitable, très-facile à effrayer. Ce dernier point est intéressant; vous savez que le nombre des épileptiques qui attribuent leur maladie à une peur qu'ils ont éprouvée à la vue imprévue d'un animal, d'une chèvre ou de tout autre objet, est très-considérable; les sensations jouent le même rôle dans la chorée. A la vue d'un objet autrefois indifférent, les malades ressentent une impression tellement profonde qu'ils lui attribuent leur maladie. Il ne faut pas prendre ces assertions à la lettre ; ce n'est pas la vue d'un objet quelconque qui a rendu l'enfant choréique ; s'il n'avait pas déjà été malade, il n'aurait pas éprouvé cette impression si vive, l'accident qu'il accuse n'a été que la cause occasionnelle des premiers accidents, et si celle-là avait fait défaut une autre aurait certainement pris le même rôle sans avoir plus d'importance.

Rarement les malades deviennent plus expansifs, rarement il y a exagération de la gaieté, du mouvement. Dans tous les cas les enfants sont très-impressionnables aux punitions corporelles, et il arrive souvent que les parents s'accusent eux-mêmes d'avoir provoqué le début des accidents par un châtiment intempestif.

Toujours aussi il y a impossibilité de fixer l'attention et inaptitude complète au travail.

Des hallucinations, du délire maniaque, différents troubles d'ordre moral surviennent dans quelques cas. Marcé a signalé des hallucinations nocturnes et diurnes, et des manies tellement intenses qu'on était obligé d'envoyer les malades dans des asiles d'aliénés.

Les individus aussi gravement atteints succombent souvent, mais il n'y a pas sur cette forme assez de documents pour que je vous en parle plus longuement. Il est du reste difficile de savoi

(1) Fin. — Voir le numéro du 28 juillet 1874.

des enfants si ce qu'ils éprouvent est rêve, illusion ou hallucination; et comme la chorée n'existe guère que de sept ou huit ans à vingt ou vingt-deux ans, cette étude est très-difficile. Notre malade est tourmentée par des cauchemars depuis le début de la maladie.

Le pronostic n'est généralement pas grave, on ne voit périr dans l'épuisement que les malades qui ont de grands mouvements très-intenses et incessants; les escarres dont ils arrivent à être couverts par suite de frottements sont pour eux une grave complication.

La vie de notre malade n'est donc pas en danger. Guérira-t-elle? Oui, probablement; mais elle aura à éviter deux écueils. Les chorées de longue durée, et la sienne date de six mois, récidivent souvent, dans un cinquième des cas environ. Elles peuvent alors, avec des rémissions variables, durer des années. Enfin, quand les désordres de l'intelligence ont été très-accentués, les malades restent inaptes au travail. Ce ne sont pas des idiots, mais leur intelligence est quelquefois tellement débile, qu'ils oublient la lecture et l'écriture et ne peuvent arriver à les rapprendre.

Comme forme, la chorée de notre malade pourrait être considérée comme hystérique. Il n'y a jamais eu de grandes attaques, il est vrai; mais il est de règle que, dans cette variété, les désordres de l'intelligence et de la sensibilité soient plus marqués; que les mouvements de flexion prédominent; enfin que ces mouvements, au lieu d'être tout à fait incoordonnés, soient un peu rhythmés et n'entraînent pas de grands déplacements.

Messieurs, les causes de la chorée sont connues depuis peu de temps. Il y a quelques années encore, la chorée était considérée surtout comme une maladie affectant les individus doués d'un tempérament nerveux. C'était se payer de mots. M. Sée a montré que le rhumatisme jouait un rôle considérable dans l'étiologie de la chorée. Les deux affections coexistent souvent: soit que la chorée apparaisse chez un individu qui a déjà eu des attaques de rhumatisme, soit que le rhumatisme survienne chez un choréique.

Enfin cette affection s'accompagne assez souvent des lésions cardiaques rhumatismales, si bien connues grâce au professeur Bouillaud. Mais M. Sée a peut-être été un peu loin en considérant les pleurésies et les péritonites dont il trouvait la trace chez les choréiques comme de nature rhumatismale.

La chorée se montre surtout à l'époque de la puberté, au moment du développement. Il n'est pas sans intérêt de noter qu'il en est de même de la chlorose et du rhumatisme articulaire. Cette dernière maladie est plus fréquente de dix à vingt-cinq ans et devient plus rare après trente ans. Elle appartient donc à l'âge où les actes nutritifs ont leur plus grande activité. Le rhumatisme secondaire se montre dans des conditions analogues chez les individus en hypernutrition; les femmes en couche, les convalescents des maladies graves, fièvres éruptives, typhoïdes, etc., y sont prédisposés. Il en est de même de la chorée. Il y a là un lien qui unit la chorée au rhumatisme: chaque fois qu'il y a une altération grave de la nutrition, ces deux maladies peuvent survenir.

Les désordres des grandes sécrétions peuvent également provoquer le rhumatisme; on le trouve à la suite des brûlures étendues de la peau, à la suite de la scarlatine, à la suite de la dysentérie, à la suite du mal de Bright, chaque fois, en un mot, qu'il y a un trouble profond d'un des grands émonctoires de l'économie. La grossesse aussi modifie profondément la nutrition en amenant dans tous les organes une suractivité extrême; aussi est-elle également une cause de rhumatisme et de chorée. La chorée des femmes grosses est connue depuis longtemps; on la trouve mentionnée dans tous les traités classiques.

En résumé, la chorée et le rhumatisme ont, dans leur pathogénie, des liens très-étroits, tous deux surviennent quand des désordres graves dans les sécrétions ou une activité nutritive exagérée pendant la croissance ou la convalescence d'une maladie modifient profondément la nutrition générale de l'économie.

Les moyens thérapeutiques qu'on a dirigés contre cette affection sont fort variés et fort disparates. Cependant tous ceux qui ont obtenu des succès présentent quelque chose de commun: tous ont pour résultat d'amener une suractivité soit des fonctions cutanées, soit des fonctions digestives.

Les bains froids, l'hydrothérapie, les bains sulfureux, la gymnastique, sont des excitants énergiques des fonctions de la peau.

Le tartre stibié donné suivant la méthode de Gillette constitue un traitement d'une durée de dix-sept jours; le premier jour, le malade prend, dans une potion, 20 centigrammes d'émétique; le deuxième jour, 40 centigrammes; le troisième, 60 centigrammes; puis il se repose trois jours, au bout desquels il reprend successivement le premier jour 30, le deuxième 60, le troisième jour, 90 centigrammes d'émétique; suit un nouveau repos de trois jours, et enfin une nouvelle série, dans laquelle 60, 90, 120 centigrammes sont chaque jour administrés. On cause ainsi une perturbation énorme dans la fonction digestive, et l'on modifie puissamment la nutrition.

Enfin, messieurs, il ne faut pas oublier que, dans la chorée, c'est l'anémie qui fournit la première indication du traitement; c'est elle qu'il vous faudra d'abord et surtout combattre.

MALADIE D'ALIMENTATION

OBSERVÉE PENDANT L'EXPÉDITION DE KABYLIE ORIENTALE, EN 1871, ET PROVENANT D'UNE ALTÉRATION DES BISCUITS (1).

Par le docteur A. TREILLE (de Constantine).

Dans tous ces cas, nous voyons que les papules offrent toujours les mêmes caractères: elles sont pleines, acuminées, et ont une grande tendance à disparaître rapidement.

Mais il y en a eu d'autres où, l'éruption occasionnant des démangeaisons, nous avons vu le sommet des papules se déchirer sous l'influence du grattage et présenter un point noirâtre hémorrhagique. Ou bien encore il se formait de petites vésicules qui crevaient et donnaient écoulement à un liquide qui se transformait en croûtes jaunâtres, et la peau irritée présentait une couleur rouge. On a pu croire alors à un eczéma, comme chez le nommé C... du 3e zouaves, qui était entré à l'ambulance le 12 juillet, sous la rubrique d'eczéma des mains et diarrhée. Mais l'éruption existait aussi à la face et au cou, et en interrogeant le malade il nous fut facile de voir, par les antécédents et les symptômes du début, que nous n'avions affaire qu'à un degré plus marqué de l'éruption papuleuse.

M. Delbousquet (2) a évacué sur Sétif un malade que je n'ai pas vu et qui avait le visage couvert de croûtes jaunâtres. Ces croûtes s'étaient formées comme dans le cas précédent.

Les deux termes principaux de cette affection sont, par conséquent, l'embarras gastrique et l'éruption.

L'embarras gastrique a revêtu diverses formes. Tantôt il n'a consisté qu'en une simple diminution de l'appétit, sans trou-

(1) Fin. — Voir le numéro du 1er août 1874.
(2) Alors médecin en chef de l'ambulance, aujourd'hui médecin à Belizane.

bles du côté de l'intestin, tantôt il s'est manifesté avec un état fortement saburral de la langue, inappétence complète, et le plus souvent diarrhée.

Nous avons vu un malade (F..., obs. VI), accusant des douleurs assez fortes d'estomac. Chez un autre (K..., obs. VII), il y a eu de la constipation. Chez quelques malades nous avons observé de la courbature et même des douleurs dans les membres. Nous avons vu aussi des troubles cérébraux comme chez L... (obs. II), troubles consistant en vertiges, éblouissements.

Mais l'embarras gastrique a pu manquer chez M... par exemple (obs. V); l'éruption, elle, n'a jamais fait défaut.

Au début, elle a toujours consisté en des papules, petites comme une tête d'épingle, à sommet aigu, pleines, de la même couleur que la peau. Elles n'ont présenté, comme celle-ci, de coloration un peu rouge que lorsqu'il y avait démangeaisons et grattage.

Dans les cas où il y a eu formation de croûtes jaunâtres, nous avons admis, d'après les renseignements que nous ont donnés les malades, qu'il s'était formé des vésicules au sommet des papules, et que du sommet de ces vésicules, déchiré par le grattage, s'était écoulé un liquide jaunâtre, concrescible; ou bien encore que c'était des ulcérations des papules que le liquide s'était échappé pour former ensuite des croûtes.

L'éruption a été ou discrète ou confluente, mais le plus souvent discrète.

Signe important, elle ne s'est montrée que sur les parties du corps exposées ou accessibles à l'air : face, mains, jambes et pieds. Nous ne l'avons jamais observée aux endroits du corps bien protégés par les vêtements, comme le tronc et les cuisses.

Chez les hommes appartenant aux régiments permanents d'Afrique (zouaves et tirailleurs), nous avons vu des papules sur le cou et à la partie supérieure de la région sternale. Mais il faut se rappeler que chez ces hommes le cou n'est garanti par rien.

Je n'irai pas me perdre dans des subtilités de diagnostic différentiel pour démontrer que cette affection n'a pas été une simple maladie de peau et pour établir la différence qu'il y a entre elle et le lichen et l'eczéma, par exemple.

Ce qui frappe tout d'abord, en examinant les conditions dans lesquelles elle s'est produite, c'est qu'elle ne s'est montrée que dans un court laps de temps, pendant trois semaines environ, et qu'elle n'a amené de malades à l'ambulance que du 24 juin au 12 juillet (1).

Les deux ou trois premiers malades nous avaient été envoyés sous la rubrique de varioloïdes, d'autres comme galeux; mais en les interrogeant et en les examinant avec soin, nous vîmes bien vite que ce n'était là ni la variole, ni de la gale.

Nous étions dans une perplexité assez grande, ne sachant à quelle affection nous avions affaire, et nous n'aurions jamais été tirés de notre embarras, si, dans l'espace de quelques jours, nous n'avions vu défiler sous nos yeux une dizaine de malades. C'était bel et bien une petite épidémie.

J'exprimai au médecin en chef cette opinion que ce pouvait bien être une maladie d'alimentation, car les troubles gastriques et l'éruption s'accordaient très-bien avec une affection de cette nature. Il était impossible d'admettre que c'était les influences climatériques qui l'avaient engendrée, car alors nous aurions dû l'observer aussi bien chez les officiers que chez les hommes. Il y avait aussi un signe caractéristique,

(1) L'expédition a duré huit mois, de mars à novembre 1871.

c'est que les malades qui en étaient atteints appartenaient tous à des corps où les hommes vivaient tous à l'ordinaire et non en tribus, c'est-à-dire à ceux où les conditions d'alimentation étaient les plus mauvaises, et où l'on ne mangeait guère du pain que lorsque l'administration en faisait des distributions, ce qui arrivait rarement.

En outre les hommes se plaignaient vivement à cette époque de la qualité du biscuit, et, en allant aux renseignements, nous vîmes que la plus grande partie des biscuits étaient avariés et renfermaient de nombreuses moisissures.

Est-ce à ces moisissures ou à la farine même qu'il fallait attribuer l'affection? C'est ce que nous n'avons pu décider.

Nous tombâmes d'accord, M. Delbousquet et moi, sur le diagnostic, et comme traitement nous convînmes de prescrire aux malades des toniques à l'intérieur. L'éruption fut traitée par des onctions avec un glycérolé phéniqué.

A part deux ou trois cas dans lesquels nous avons dû évacuer les malades, l'affection a rapidement disparu sans laisser de traces, et sans jamais récidiver, autre signe caractéristique.

Je crois que le changement de régime a plus fait pour la guérison que tout le reste; cependant je suis assez disposé à admettre que les onctions au glycérolé phéniqué ont contribué à faire disparaître l'éruption.

Dès que M. Delbousquet eut la presque certitude que c'était à la mauvaise qualité du biscuit que l'on devait cette affection, il demanda qu'on prît des mesures pour empêcher l'extension et l'aggravation du mal. C'est ce que l'on s'empressa de faire. Les biscuits furent soigneusement passés en revue à chaque distribution de vivres, et tous ceux qui étaient tant soit peu gâtés étaient jetés.

On arrêta donc le mal presque immédiatement, et c'est à peine si à l'ambulance nous vîmes une quinzaine de malades présentant l'affection bien caractérisée, ou n'en offrant que l'un des symptômes, l'éruption, réduite à quelques papules.

En résumé :

Apparition coïncidant avec des distributions de biscuits avariés;

Hommes vivant à l'ordinaire seuls atteints;

Troubles généraux et surtout troubles dans les fonctions digestives;

Éruption papuliforme sur les parties du corps exposées à l'air;

Pas de récidives;

Maladie disparaissant dès la suppression des biscuits avariés.

Tels sont les termes principaux de cette affection, qui, je crois, n'a jamais été observée ou du moins décrite jusqu'à présent, et que l'on ne peut, suivant moi, ranger ailleurs que dans la classe des maladies d'alimentation.

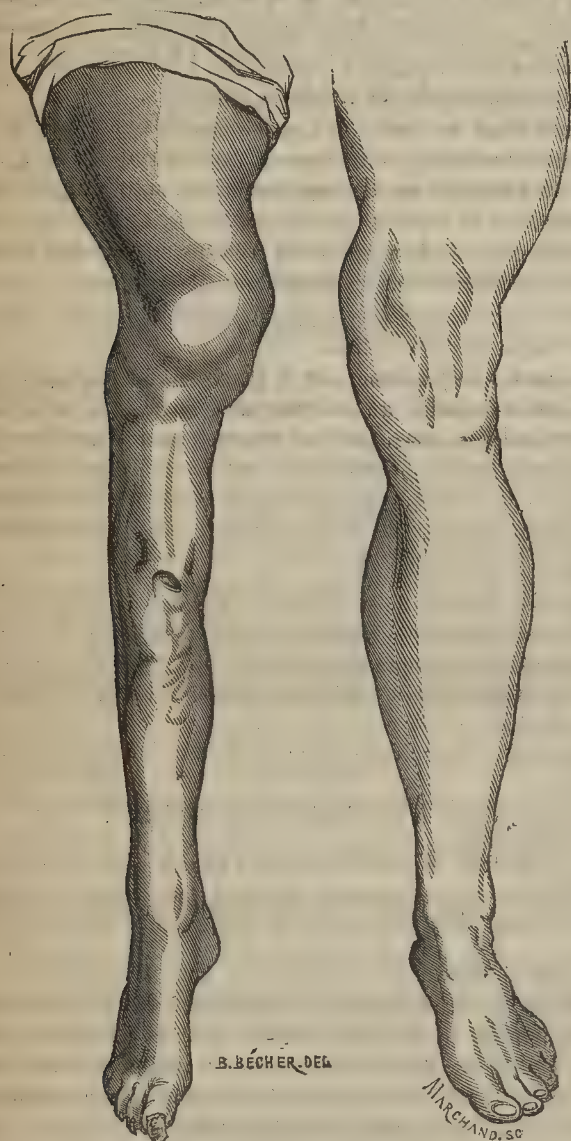
Des indications de l'amputation de la jambe. — Résultat ultime de la conservation (1)

Par F. Poncet, professeur agrégé à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce.

La consolidation de la fracture peut s'accompagner de roideur articulaire, d'atrophie des muscles, d'œdème et de rougeur, d'oblitération veineuse, de pseudarthrose et de cal difforme; mais, isolés, tous ces phénomènes consécutifs ne forment pas néanmoins l'ensemble et ne présentent pas l'aspect qu'on rencontre sur une jambe longtemps après la guérison d'une fracture compliquée comminutive.

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 juillet.

En dehors des cicatrices, de la saillie du cal, de la déformation osseuse dont nous avons parlé, il reste un fait principal : c'est l'atrophie du membre. En effet, quand, après un an ou deux de traitement nécessité pour la consolidation, pour l'extraction des esquilles, la jambe arrive à être débarrassée de toute suppuration, du moins pour un certain temps, elle est presque dépourvue de masses musculaires : la peau et les os restent seuls; à peine retrouve-t-on dans les espaces inter-osseux quelques paquets musculaires mous, à contraction faible, produisant des mouvements incomplets. Quelle est la cause de cette atrophie? Nous ne parlons pas de la dégénérescence résultant d'une section nerveuse, au moment de la blessure, qui produit une paralysie primitive, mais bien de cette atrophie qui se lie, au contraire, le plus souvent à une exagération de la sensibilité



Troubles trophiques consécutifs à une fracture de jambe par coup de feu, d'après un dessin du docteur Sueur (Val-de-Grâce, service de Poncet).

et qui n'a jamais été accompagnée d'une perte subite ou complète du mouvement. Ce sont des phénomènes d'irritation nerveuse sur lesquels les chirurgiens d'Amérique ont attiré l'attention, et dont Charcot a tracé récemment l'histoire dans ses leçons sur le système nerveux.

Ces troubles trophiques proviennent de l'irritation du nerf par un corps étranger, par la compression dans le cal ou le tissu cicatriciel de la blessure; ils sont caractérisés par l'atrophie de la fibre musculaire et l'hypertrophie des noyaux de la gaîne, c'est une transformation fibreuse du muscle. Dans le nerf lui-même, on a constaté la prolifération des noyaux de la gaîne de Schwann, l'atrophie du tube nerveux, où la myéline, et plus tard le cylindre-axe, font défaut. Cette dégénérescence se rencontre dans presque toutes les fractures de jambe par coup de feu, conservées; il est presque impossible, en effet, si l'on se rappelle la disposition des troncs nerveux, que le tibial antérieur et le tibial postérieur ne soient pas compris dans la masse cicatricielle du cal, et par conséquent soumis pendant un certain temps à une irritation, cause de cette atrophie générale; et alors on voit apparaître toute la série de ces phénomènes qui rendent si difficiles, et souvent inutiles, les efforts de la chirurgie conservatrice.

La peau, à la face interne du tibia, devient fine, luisante, vernissée, s'ulcère facilement et présente en certains points des plaques d'hyperesthésie où le contact même du vêtement est insupportable. Ce qui prouve la nature particulière de cette lésion, c'est encore la sueur qui couvre la jambe et le pied à la moindre fatigue, l'hypertrophie du poil, et surtout la déformation du pied. Là, nous ne voyons plus un segment du membre inférieur ballottant, œdémateux; mais suivant que le nerf tibial antérieur ou postérieur est irrité, on trouve une rotation en dedans ou en dehors, avec contraction musculaire active, sans paralysie du groupe opposé. Il se passe encore dans le genou, le cou-de-pied et les articulations du tarse, des troubles de nutrition signalés sur le cartilage et dans le tissu osseux. Mais le fait important, c'est la roideur articulaire, la fausse ankylose de toute la partie inférieure du membre. Ainsi, du fait d'une lésion, celle du nerf, à laquelle on n'a primitivement accordé aucune part dans l'opportunité de la conservation, nous voyons survenir l'incapacité fonctionnelle de la jambe et du pied.

Le pronostic de ces lésions est peut-être plus grave que celui de la paralysie; en effet, après une section nerveuse simple, le rétablissement du courant nerveux direct ou indirect peut être espéré; l'électricité peut maintenir les muscles dans leur état d'activité et la fonction se rétablir. Pour ces troubles trophiques, résultant d'une irritation du nerf par une esquille, par un corps étranger, par le cal, ne fait qu'augmenter, l'atrophie arrive à la transformation complète en tissu fibreux. A peine retrouve-t-on dans les muscles du mollet quelques points encore striés, la bande musculaire régulière est remplacée par un chapelet de noyaux, et les muscles perdent alors leur contractilité électrique, circonstance qui a souvent fait confondre cette lésion avec la paralysie. Le pied privé de sa cambrure naturelle prend, comme la main, l'apparence d'une griffe : aux orteils, les ongles sont hypertrophiés, déformés; le résultat ultime, c'est l'ankylose. Malheureusement, cette affection est incurable. Ces faits ont été mis hors de doute par Mitchell, Morehouse et Keen, en 1864, par Mougeot, 1867, Rouget, 1859, et Charcot. Tel est le résultat ultime d'un grand nombre de fractures de la jambe traitées par la conservation.

De semblables résultats ont pu être considérés, au bras, comme encore satisfaisants parce qu'ils laissent les mouvements du coude, et cependant nous avons vu, après la guerre 1870-1871, plusieurs cas d'amputation consécutive réclamée énergiquement par les malades dans des cas analogues.

A la jambe, les conditions sont loin d'être les mêmes. Un membre conservé avec atrophie et contracture est une véritable gêne pour le malade, un obstacle au travail, car la marche est impossible avec ce pied; la déambulation doit se faire sur le genou avec un pilon comme dans l'amputation, et de plus cet appendice perpendiculaire, long d'un demi-mètre, placé en arrière du membre artificiel, rend la déambulation difficile, périlleuse, fatigante. Si vous ajoutez à cette fracture les douleurs névralgiques souvent atroces, les suppurations interminables, nécessaires même après dix ans pour l'élimination de petites esquilles, les menaces constantes d'érysipèles et de phlegmons, il faut reconnaître que certains blessés, auxquels on a conservé une jambe brisée par coup de feu, se trouvent, après bien des souffrances, dans des conditions beaucoup moins favorables pour gagner leur vie que les amputés.

Et cependant les chiffres nous disent que, dans les blessures de guerre, l'amputation fait mourir en général 44 malades sur 100. En France, dans la dernière guerre, 82,32 amputés succombaient sur 100; et la conservation perdait seulement 22 pour 100; dans les hôpitaux civils, l'amputation donne à peu près aussi 43 morts et la conservation 31 seulement. Pas plus que Chenu lui-même (et cet auteur ne cesse de répéter combien il déplore les interprétations forcées dont ses travaux ont été la source), nous n'acceptons ces règles numériques qui appliquent, sans distinction, le même traitement à toutes les

fractures avec plaie, quelle que soit leur gravité. Il faut reconnaître toutefois ce fait essentiel qu'avant de gagner sa vie, le blessé doit la conserver. Mais il n'est pas démontré, même par les statistiques, que la conservation, *dans les cas les plus graves*, avec les conditions d'hygiène hospitalières réalisées jusqu'en 1871, en France, soit moins mortelle que l'amputation. Gosselin écrit que, dans sa pratique d'hôpital, il a vu plus de malades atteints de fractures de jambe avec grande plaie mourir qu'il n'en a vu guérir, et d'un autre côté l'amputation traumatique primitive lui a aussi donné un peu plus de mortalité que la conservation. Il est donc partisan de l'amputation retardée.

Ce dernier moyen est rejeté à l'armée, où la mortalité s'élève à 59 pour 100. Dans ces conditions, Gosselin, avec la plus grande sagesse, n'a point posé le problème, comme l'ancienne Académie de chirurgie. « S'il n'ampute pas tout de suite, c'est qu'il ne doit pas amputer; il rejette, mais il n'ajourne pas. »

Il résulte de ces opinions différentes que, si la conservation ne laisse aucun doute pour les fractures avec plaie, sans lésions trop étendues des os (nous voudrions pouvoir ajouter quand la névrite consécutive n'est point probable), elle est encore entourée d'une grande obscurité dans les fractures avec large plaie, délabrement considérable et névrite consécutive. Les douleurs, l'inutilité du membre forcent souvent, plus tard, le blessé à réclamer une amputation.

L'amputation devenue nécessaire après la conservation, c'est-à-dire deux ou trois ans après l'accident, donne-t-elle une mortalité moindre que la conservation et les amputations primitives?

Si la mortalité de la conservation, jointe à celle de l'amputation ultérieure, était moins forte que celle de l'amputation primitive, on pourrait peut-être ériger cette pratique en principe; mais assurément l'amputation n'est faite en dernier ressort que sur les instances vives du malade; alors les calculs statistiques seraient mal venus dans la décision. Nous pensons cependant, d'après ce que nous avons pu voir dans les hôpitaux civils ou militaires, à Montpellier principalement, centre d'évacuation de nos blessés après la guerre de 1870, que ces amputations présentent peut-être moins de dangers qu'une amputation faite sur un membre frappé en pleine santé. Les fusées purulentes y sont moins faciles parce que les muscles ne forment plus qu'une masse fibreuse épaisse. Le canal médullaire des os peut n'être pas encore rétabli dans toute sa largeur, la vascularité osseuse est moins grande, le tissu musculaire moins abondant, et il paraît démontré que le danger des amputations est en raison directe de la surface de section du membre. Tous ces circonstances font que le chirurgien accédera plus facilement au désir du malade et corrigera par l'amputation l'impuissance et les dangers de la chirurgie conservatrice.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 4 février 1874. — Présidence de M. PETER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° *Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences de Lyon*, t. XII, 1873.

2° Une lettre de M. Camuset, lue à l'Académie des sciences, séance du 19 janvier 1874, et intitulée : *Du développement pathologique de l'œil chez le cyprin dit poisson télescope*.

3° Une lettre de M. Boissaric, qui remercie la société de l'avoir nommé membre correspondant.

M. LEMOYNE remercie la société de l'avoir nommé membre titulaire.

ÉLECTIONS

Sont nommés, à l'unanimité des membres présents : MM. Gillebert d'Hercourt fils, membre titulaire; et M. Ramos, membre correspondant.

LECTURE

M. MARCET lit, à l'appui de sa candidature, un mémoire intitulé : *De la matière organique des eaux sulfureuses*.

Une commission composée de MM. Camuset, Lemoyne et Leudet, rapporteur, est chargée d'examiner ce travail.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. CAMUSET. Dans la dernière séance, j'ai présenté à la société un petit appareil auquel on pourrait donner le nom d'*hystéromètre injecteur*, et destiné à injecter des pommades médicamenteuses dans la cavité de l'utérus.

Après un essai à la Pitié fait par M. Gallard, j'ai modifié cet appareil en lui donnant la forme usuelle de l'hystéromètre. Quand on veut s'en servir pour pratiquer une injection, on remplace le manche par le tube d'étain qui renferme la pommade, et l'on dévisse le bouton olivaire servant à boucher l'extrémité de la sonde. Puis on introduit l'hystéromètre dans le col de l'utérus, à une profondeur marquée par un curseur glissant sur la tige, et l'on presse avec les doigts sur la partie inférieure du récipient, qui est compressible. On obtient ainsi l'issue des médicaments. Si l'application doit porter sur le museau de tanche, on ajuste au bout de la sonde une cupule, qui embrasse le col et permet à la pommade de s'étaler sur toute sa surface.

COMMUNICATION

M. GALLARD. Le 30 décembre 1873, à quatre heures du matin, on vint de la gare d'Orléans chercher l'interne de garde, pour un homme qui, en descendant du train, avait été pris subitement d'une syncope. On lui raconta que cet homme était arrivé par un train de nuit, qu'il était sorti du wagon bien enveloppé dans un manteau, portant à la main une de ces petites chaufferettes en cuivre jaune dont on se sert maintenant, et qu'en mettant pied à terre il se trouva mal.

L'interne (M. Foix) le trouva étendu sans mouvements sur une des banquettes de la salle d'attente; la face était pâle, la respiration stertoreuse, le pouls presque insensible, les quatre membres en résolution complète, la sensibilité générale absolument abolie. L'entrée de l'air dans la poitrine faisait naître une sorte de ronflement, qui disparut quand on eut placé le malade la tête en bas. Cette manœuvre était employée par l'interne pour savoir s'il avait affaire à une syncope simple. Mais voyant que, malgré tout, l'état syncopal persistait, il crut être en présence d'une congestion cérébrale, et fit transporter le malade à la Pitié.

Je le vis, à la visite du matin, vers neuf heures et demie; il semblait dormir d'un profond sommeil. Secoué brusquement, il s'éveille et prend l'air égaré d'un homme qui se trouve sous l'influence d'un cauchemar. La face est très-pâle, les yeux hagards, la respiration assez régulière, très-légèrement sifflante. Le malade exécute tous les mouvements qu'on lui commande, sa sensibilité cutanée est revenue. Il a l'air profondément étonné. Il raconte qu'il est coutelier, qu'il vient à Paris de Saint-Arnaud (Cher) *pour ses affaires*, mais il ne sait pas au juste le but de son voyage, et il a complétement perdu la mémoire de ce qui s'est passé pendant le trajet. Ses réponses sont assez nettes; les mots sortent rapidement, mais séparés par des intervalles assez longs. La voix est assez affaiblie, mais sans raucité; il n'y avait pas de cornage.

Après l'interrogatoire, je le fis asseoir pour l'ausculter, je lui dis de faire une inspiration un peu forte; mais au moment où il voulut exécuter ce que je lui demandais, il fut pris d'un étouffement violent, sa parole se voila tout à fait en disant: « J'étouffe », et il se livra à quelques mouvements, puis retomba sur son lit.

Je l'auscultai rapidement, j'entendis les râles muqueux disséminés dans toute l'étendue des deux poumons; je trouvai aux deux sommets un peu de matité.

Peu à peu, et sous nos yeux pour ainsi dire, la face bleuit davantage, la respiration s'embarrassa, et le malade tomba dans un coma profond.

Autour de moi, j'entendis prononcer le mot de trachéotomie; mais, persuadé que nous avions affaire à une congestion pulmonaire, je repoussai l'opération. En l'absence des commémoratifs, en raison

de la perte de mémoire accusée par le malade, je pensai que cet homme s'était mis en route après de copieuses libations, que dans le trajet il avait subi les atteintes de la chaleur émanée de sa chaufferette, et qu'à sa sortie du train, l'action brusque d'un air froid avait suffi à déterminer les accidents thoraciques dont il était atteint. La trachéotomie était inutile, dans le cas de congestion pulmonaire auquel je croyais avoir affaire: et du reste, le malade eût-il l'œdème de la glotte, le gonflement des replis arytério-épiglottiques ne devait pas être très-considérable, puisque aucun des signes qui accompagnent ce gonflement ne s'était manifesté.

Malgré tous les moyens employés pour combattre la congestion, notre malade mourut à midi.

L'autopsie fut pratiquée le 1er janvier 1874. Dans l'intervalle, les renseignements furent pris chez le maître de l'hôtel dans lequel notre malade descendait habituellement, et nous apprîmes que cet homme venait tous les ans se faire cautériser le larynx.

Notre examen dut porter sur le larynx en première ligne; nous enlevâmes cet organe, et nous constatâmes alors qu'il était le siége d'une lésion manifeste.

L'ouverture supérieure du larynx est, en effet, obturée par une tumeur du volume d'une grosse noisette, qui prend implantation audessous de la corde vocale supérieure, au fond du ventricule et sur la corde vocale inférieure du côté droit. Cette tumeur est dure, bosselée, arrondie, sa face supérieure porte des traces d'une opération antérieure. La corde vocale supérieure est absolument cachée par la face externe de la tumeur.

Les cordes vocales du côté gauche sont comme déprimées par la face correspondante de la tumeur.

Dans le reste du corps, les organes thoraciques et respiratoires étaient extrêmement congestionnés, comme cela se rencontre dans les cas d'asphyxie.

Le cerveau, très-congestionné, n'offrait pas d'altération considérable.

Examen microscopique. — La tumeur est composée essentiellement de cellules fusiformes à noyau volumineux, se colorant très-facilement et avec beaucoup d'intensité par le carmin, appartenant à un tissu embryonnaire. Les coupes présentent de rares vaisseaux à parois nucléaires, de nouvelle formation. Quelques noyaux de tissu conjonctif sont disséminés par places. Il n'y a pas de tissu élastique.

C'est un sarcome à petites cellules, variété embryonnaire.

LETTRE DE M. KRISHABER A M. GALLARD.

Vous avez bien voulu me montrer le larynx provenant d'un individu mort dans votre service et portant une grosse tumeur polypeuse au niveau du ventricule de Morgagni, du côté droit. Vous m'avez communiqué les circonstances qui ont amené la mort de cet individu, sur lequel vous n'avez pas supposé une affection laryngée, parce que la voix n'était que très-peu troublée.

Permettez-moi de vous soumettre quelques réflexions à ce sujet.

Czermak le premier a très-explicitement signalé le fait que de grosses tumeurs polypeuses du larynx n'altèrent pas nécessairement la voix, le créateur du laryngoscope a essayé même d'expliquer ce fait que des polypes altèrent au début la voix qui, à mesure que le polype grossit, devient plus claire. Suivant lui, ce phénomène, en apparence paradoxal, se produit lorsque la tumeur se développe sur les bords des cordes vocales: elle empêchait, dit-il, leur rapprochement au commencement; mais à mesure que la tumeur se développe, et surtout quand elle est pédiculée, l'entrave mécanique diminue parce que la tumeur se déplace, et la voix devient plus claire.

En citant cette opinion de Czermak dans mon article sur les polypes du larynx du *Dictionnaire encyclopédique*, j'ajoute : « Quoi qu'il en soit, il est d'observation que le même malade offre, sous ce rapport, des changements considérables, et qu'il devient difficile, sinon impossible, de les expliquer; le même jour, sous des influences très-diverses et même sans influence appréciable, la voix se trouble, puis redevient sonore, pour se troubler de nouveau et ainsi de suite. On peut invoquer là des déplacements de la tumeur, son boursouflement, le tiraillement qu'elle peut exercer sur la muqueuse dans certains moments, et bien d'autres raisons mécaniques ou physiologiques; mais il suffit, en vérité, de tenir compte de la susceptibilité extrême du larynx considéré comme organe vocal, et de se rappeler que mille causes, insignifiantes pour toute autre fonction, peuvent troubler la voix qui, par le rôle même auquel elle est appelée, est une des plus impressionnables. »

Le fait le plus saillant consiste dans les grandes variations qui surviennent dans la phonation des individus atteints de polype du larynx. Il est très-admissible qu'à certains moments votre malade ne pouvait pas émettre des sons sonores, tandis qu'à d'autres il se servait très-suffisamment de sa voix; j'ai plusieurs fois constaté aussi la conservation sinon intégrale, mais persistante, de la voix chez les individus atteints de tumeurs polypeuses du larynx.

Il en était ainsi d'un homme âgé qui m'avait été adressé par M. Ferrand, et sur lequel j'ai détruit d'immenses masses polypeuses au moyen du galvanocautère. Ce malade n'avait à aucun moment perdu complétement la voix. Il en était de même d'un des malades que j'ai opéré, par le même procédé, à la Pitié, dans le service de M. Léon Labbé. Les deux cordes vocales étaient le siége de végétations polypeuses; la voix n'avait jamais été qu'enrouée, mais elle avait toujours pu être entendue à une grande distance. L'opération guérit la dyspnée; quant à la voix, elle resta dans le même état.

Tout récemment, j'ai enlevé un gros kyste sanguin siégeant sur une des cordes vocales, chez un moine qui n'avait jamais cessé de se servir de sa voix, légèrement altérée dans son timbre, ce qui n'empêchait pas cet ecclésiastique de prêcher; l'opération éclaircit la voix complétement dans ce sens qu'il peut chanter la messe maintenant, ce qu'il ne pouvait faire avant l'opération.

Je pourrais multiplier ces exemples, mais ils n'ajouteraient pas un exemple de plus à ce fait bien établi, que les polypes du larynx altèrent la voix, mais ne l'abolissent pas, lorsque même ils sont implantés près des cordes vocales, ou sur celles-ci.

Votre malade parlait d'une voix *sourde*, mais de façon à être entendu à distance : il rentre dans la règle.

A en juger sur l'inspection de la pièce, je crois que la tumeur pendant la phonation se déplaçait en haut, et que les vibrations d'une des cordes vocales put s'effectuer normalement, tandis que sur l'autre, les vibrations étaient plus ou moins éteintes. J'ai vu fréquemment, et d'autres observateurs ont vu, comme moi, la voix se produire, l'une des deux cordes vocales étant complétement paralysée; la voix alors est *sourde*; lorsque l'une des deux cordes vocales est *lésée*, c'est la voix *rauque* qui est produite. Chez votre individu, les cordes vocales étaient saines, et l'une d'elles ayant pu vibrer, la voix a dû être sourde, mais non abolie.

Il faut qu'il y ait défaut d'approchement ou défaut de tension des cordes vocales *par paralysie*, pour que la voix soit absolument éteinte; ce qui, en dehors de cette condition, a toujours lieu plus ou moins bien, à moins que les cordes vocales soient elles-mêmes, et dans leur propre tissu, profondément altérées.

Lorsque la voix sur un malade est *complétement* éteinte, on peut donc présumer, avec une grande probabilité, qu'il n'est pas atteint de polype.

Dans ce cas, en effet, il s'agit presque toujours ou d'aphonie nerveuse ou de laryngite intense et ulcéreuse.

Il va sans dire que l'inspection directe du larynx peut seule donner de la certitude. (*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Transfusion instantanée du sang,

Par M. le docteur MONCOQ (1).

C'est vers le milieu du dix-septième siècle que l'idée de la transfusion du sang a été mise en pratique pour la première fois.

En France, ce fut Denys qui osa pratiquer cette opération sur l'homme. Les Anglais et en particulier Richard Lower, ne pratiquèrent

(1) Adrien Delahaye, éditeur. — 1 vol. in-8°.

d'abord la transfusion que sur les animaux. « Nous accordons volontiers, en Angleterre, que les Français ont été les premiers, autant que nous le sachions, qui ont fait faire ce grand pas à la transfusion, *de la pratiquer sur l'homme ;* mais il faut aussi qu'ils apprennent une vérité, c'est que les philosophes en Angleterre auraient fait depuis longtemps cette expérience sur des hommes, s'ils n'étaient point aussi circonspects, quand il s'agit de mettre au hasard la vie de l'homme, pour la conservation et le rétablissement de laquelle ils n'épargnent cependant ni soins ni peines; et s'ils n'avaient été retenus par la crainte d'une loi qui est plus précise et plus rigoureuse, dans des cas semblables, que les lois de plusieurs autres nations. » (*Abrégé des transactions philosophiques* de la Société royale de Londres, 1790, p. 369). Ce passage vaut pour nous un brevet d'invention. Ajoutons d'ailleurs, que les Anglais ne tardèrent pas à rattraper le temps perdu, et que c'est chez eux que l'on trouve les plus nombreux exemples de transfusion chez l'homme.

Depuis les premiers essais, l'opération de la transfusion a traversé de nombreuses péripéties ; condamnée par les uns, prônée outre mesure par les autres, elle a été tour à tour reprise et délaissée; mais il est facile de prévoir, en lisant le livre de M. Moncoq, qu'elle a définitivement acquis ses lettres de naturalisation.

Malgré les thèses nombreuses qui ont été publiées sur ce sujet, malgré surtout la thèse de M. Oré, le livre de M. Moncoq remplit très-convenablement une des lacunes de notre littérature médicale.

La question historique y est traitée d'une manière complète depuis Denys jusqu'à M. Béhier ; la critique y occupe une large place, mais on sent qu'elle a été dictée par le sentiment de la plus stricte impartialité.

Examinant la question de la transfusion en physiologiste et en médecin, M. Moncoq a demandé à l'étude du sang, à celle des vaisseaux sanguins, les conditions qui doivent présider à la pratique de la transfusion, et il a établi d'une manière scientifique les indications qui réclament cette opération.

Cette étude, qui est la partie la plus originale du livre de M. Moncoq, a conduit l'auteur à signaler les motifs des insuccès qui ont jeté du discrédit sur l'opération de la transfusion.

Ces motifs proviennent de deux sources : des fausses indications et des procédés employés. Il est évident que si l'on transfuse du sang à un homme atteint de cancer à l'estomac, le malade succombera à son mal, et l'on mettra l'accident sur le compte de l'opération. Cela est arrivé souvent. D'un autre côté, si l'on emploie un procédé qui ne permette pas de doser convenablement le liquide transfusé, ou qui expose à l'introduction de l'air, ou enfin qui favorise les concrétions emboliques, l'opération pourra être être suivie de mort. Cela est encore arrivé souvent.

S'il était donc important de bien présiser les indications de la transfusion, il ne l'était pas moins d'indiquer un procédé facile, qui mette le malade à l'abri de tout danger. Ce procédé, M. Moncoq l'a trouvé en imaginant un appareil qui, par son mécanisme, ressemble à un des ventricules cardiaques. Cet appareil, assez bien imaginé pour avoir excité les convoitises malsaines des amateurs du bien d'autrui, a déjà fait ses preuves entre les mains de nos plus grands chirurgiens : M. le professeur Béhier, à Paris ; M. le professeur Courty, à Montpellier ; MM. les docteurs Gentilhomme, Thomas, Griffon et Couillou, à Rheims; M. le docteur Molinier, à Dreux ; M. le docteur Brouardel, à Paris. Avec cet appareil et en tenant compte des indications précieuses que l'on trouve exposées dans le livre de M. Moncoq, l'opération de la transfusion est aussi facile et aussi sûre dans les résultats que n'importe quelle autre opération chirurgicale. Ajoutons que nulle autre ne présente des effets si rapidement merveilleux : vous êtes en présence d'un corps dont les manifestations de la vie sont éteintes ; vous injectez quelques gouttes de sang dans les veines, — il n'en faut le plus souvent que quelques grammes — et vous voyez aussitôt les signes de la vie reparaître un à un jusqu'au rétablissement complet.

Malgré le défaut d'indications précises, malgré le vice des procédés employés, l'opération de la transfusion a donné jusqu'à présent d'assez bons résultats. Il résulte, en effet, de la statistique que nous trouvons dans l'ouvrage de M. Moncoq que, sur quarante-cinq cas de métrorrhagie traités par la transfusion, on compte trente-cinq succès ; sur dix d'hémorrhagie on compte cinq succès; sur des cas d'anémies par causes diverses on compte un tiers de succès.

L'ouvrage de M. Moncoq ne s'adresse pas seulement à l'opérateur, il s'adresse aussi au physiologiste expérimentateur. Le premier appareil que notre honorable confrère avait imaginé, il l'avait destiné à la transfusion immédiate chez les animaux, et depuis 1862 on ne s'est pas servi d'autre appareil dans les laboratoires.

En résumé, excellent livre au point de vue de l'histoire, au point de vue de la physiologie et au point de vue opératoire, et nous avons la conviction que l'auteur, en le publiant, aura atteint pleinement son but, c'est-à-dire qu'il aura vulgarisé, en l'entourant de toutes les garanties possibles, une des opérations les plus utiles de la chirurgie.

Dr Édouard FOURNIÉ.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

234. Gressot. De la fièvre puerpérale avant l'accouchement (infection lochiale).

235. Dubreuilh. Des fractures de la clavicule.

236. Pinard. Nouvelles recherches de pelvimétrie et de pelvigraphie sur la forme et les diamètres antéro-postérieurs de cent bassins viciés représentés de grandeur naturelle.

237. De France. De la rétroversion utérine pendant la grossesse au point de vue du traitement.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 91. — JEUDI 6 AOUT 1874. — 47e ANNÉE. — JEUDI 6 AOUT 1874. — N° 91.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Un travail remarquable de notre cher collaborateur M. Éd. Fournié a été écouté avec le plus vif intérêt. M. le professeur Bouillaud s'est levé, après cette lecture, pour féliciter chaudement l'auteur et exprimer publiquement son adhésion pleine et entière. Nous publierons *in extenso* ce mémoire, très-bien pensé et très-bien écrit.

On se rappelle que, récemment, il y eut à l'Académie une discussion sur l'action de l'ammoniaque employé soit en injections intraveineuses, soit par toute autre voie, contre le venin de la vipère. M. Collin aurait voulu pouvoir étudier cette action expérimentalement; mais n'ayant pas de vipères à sa disposition, il eut l'idée de remplacer par du virus charbonneux le venin qui lui manquait.

M. Leroy de Mirecourt a protesté, en quelques mots, contre cette assimilation des virus avec les venins; mais, l'ordre du jour étant très-chargé, il n'a pas eu le temps d'insister sur les différences qui séparent ces deux grandes classes de poisons dans leur nature intime.

Ces différences ne sont point seulement théoriques; tout au contraire, elles conduisent à des conséquences pratiques si importantes qu'on ne saurait les analyser avec trop de soin.

La question de quantité est tout dans les venins; elle n'est rien dans les virus.

On peut déterminer la dose à laquelle les premiers deviennent dangereux; les seconds possèdent une action toujours égale à toutes doses.

En effet, les premiers ne sont que des produits, et les seconds n'en sont en aucune manière.

Les venins tiennent à la nature de l'animal qui les secrètent, comme les fruits toxiques à la nature de la plante qui les fournit. La vipère donne son poison en tant que vipère, comme la belladone en tant que belladone. Le poison ne vit pas, ne se multiplie pas hors de la plante ou de l'animal. La puissance qu'il a pour nuire n'est qu'une puissance d'emprunt.

Les virus, au contraire, existent par eux-mêmes et ont par eux-mêmes leur action. Il ne suffit pas pour les désigner d'indiquer la source où on les a pris. Le chien enragé ne l'est point en tant que chien, le mouton charbonneux ne l'est point en tant que mouton. Ils ont été envahis par un germe qui se développe et se multiplie, comme dans un terrain favorable, et, pour ainsi dire, indépendamment de l'individu qui les porte.

Qu'en faut-il conclure en pratique?

Que lorsqu'il s'agit de virus, on n'a rien fait en détruisant la plus grande partie de la matière virulente s'il en reste le moindre atome dans les tissus.

Tandis que diminuer la dose d'un venin, c'est souvent sauver le malade.

S'il faut deux gouttes de venin de tel ou tel serpent pour tuer un homme adulte, si une morsure a introduit ces deux gouttes, et qu'au moyen de succions, de lavages, de cautérisations très-incomplètes, on puisse en réduire de moitié la quantité, cet homme ne mourra pas.

On pourra le sauver encore si l'on retarde l'absorption par une série de ligatures, qu'on desserre pour un instant de temps en temps, de manière à retarder les échanges de liquides entre le membre mordu et le reste du corps. En effet, les venins s'éliminent assez vite, comme les poisons végétaux; et ils ne causent pas la mort s'ils ne se trouvent pas, à un moment donné, en proportion suffisante dans le sang pour arrêter les fonctions vitales.

Contre la morsure d'un chien enragé, ou l'inoculation du virus charbonneux, les ligatures, au contraire, ne servent à rien. A quoi bon retarder l'entrée d'un agent qui, une fois arrivant dans le sang, au lieu de le traverser seulement, s'y établit et s'y multiplie?

Les cautérisations par trop superficielles, les lavages, l'emploi de ventouses, etc., sont d'autant moins indiqués que l'on sait combien l'imbibition des tissus est rapide après une inoculation ou sur la surface d'une plaie. Il faut détruire très-largement les tissus eux-mêmes pour pouvoir espérer atteindre les dernières limites de cette imbibition.

Quant à la succion exercée avec la bouche, outre qu'elle serait inefficace, elle serait aussi dangereuse pour celui qui l'exercerait que la morsure elle-même pour la première victime. Qu'une quantité impondérable reste dans la plaie, qu'une quantité également impondérable pénètre par une écorchure des lèvres ou de la gorge, et cela suffira pour produire les mêmes effets que toute la masse de la matière virulente.

Le dévouement en pareil cas serait folie; tandis que sucer la morsure d'un serpent venimeux, c'est, il est vrai, s'exposer à absorber un peu de venin, mais trop peu pour mourir soi-même; et, par le danger que l'on court, on a pu sauver une vie humaine.

Ne confondons donc pas les virus ou les venins dans la pratique.

Ne les confondons pas non plus en médecine expérimentale; car à supposer qu'on possédât une substance chimique qui pût, non point dans la masse du sang en solution extrêmement étendue et malgré toutes les réactions dues à un mélange d'un aussi grand nombre d'éléments divers, mais à l'état pur, à un certain degré de concentration, neutraliser par son contact les uns et les autres, cette substance, appliquée sur la plaie, peu après l'inoculation d'un venin, pourrait en détruire suffisamment pour être un alexipharmaque; tandis que, après l'inoculation d'un virus, elle resterait inefficace, n'atteignant pas dans les tissus quelqu'un des atomes pénétrés les premiers par imbibition. Dr Victor REVILLOUT.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY

Quelques considérations sur la réunion des plaies et le traitement des kystes par le drain et l'injection de teinture d'iode.

Par M. Ed. SCHWARTZ, interne des hôpitaux.

Le drainage employé sur une si grande échelle par M. Chassaignac est tellement répandu de nos jours dans la pratique chirurgicale, qu'il n'est pas besoin d'en faire ressortir tous les avantages.

Appliqué au traitement des collections purulentes, il rend des services dont chaque chirurgien a pu apprécier le prix.

Aussi passerai-je sur les applications qu'on en fait dans ces cas pour m'arrêter un peu sur son emploi dans des circonstances plus particulières.

Toutes les fois que, dans les cas d'ablation de tumeurs de diverses régions du corps, et du sein en particulier, on a pu épargner assez de peau pouvoir réunir ensuite, à l'aide de sutures métalliques, M. Demarquay fait passer dans la plaie, au-dessous des téguments suturés, un drain qu'il fait ressortir par les deux bouts de l'incision. Ce drain entretient, au-dessous des téguments, un trajet où se réunit le pus provenant de la plaie et le laisse écouler très-facilement.

De plus on peut faire, de la sorte, des injections détersives, si cela est nécessaire. Si le tube prend de l'odeur, on le change sans difficulté.

Le grand avantage que présente cette manière de faire, c'est de laisser une cicatrice très-petite en comparaison de celle que laisserait la méthode de pansement sans réunion primitive, ce qui n'est pas de peu de poids quand il s'agit de régions du corps découvertes. La plaie est, en outre, soustraite en grande partie au contact de l'air et n'est pas exposée aux regards de l'opéré et de la famille.

Un inconvénient, léger, il est vrai, qui surgit quelquefois, c'est l'accumulation de pus en un point donné dans les parties situées au-dessous du tube à drainage; il est facile de l'éviter en ramenant avec le doigt, à chaque pansement, le pus vers les parties supérieures. On supprime le tube quand la quantité de pus qui s'écoule devient insignifiante.

Toujours est-il que, depuis que M. Demarquay emploie ce pansement dans sa pratique, il n'a observé aucun accident grave; les plaies se cicatrisent très-rapidement, et nous pourrions citer plusieurs cas de tumeurs enlevées, dont les plaies furent complétement guéries au bout de deux à trois semaines, malgré leur étendue.

Mais laissons de côté ce point pour passer à l'application du drainage au traitement de quelques kystes.

Tout le monde connaît les divers modes de traitement de ces tumeurs : la ponction, les injections irritantes, plus rarement l'incision et l'excision, le séton, etc.

Voici ce que nous avons vu faire à M. Demarquay dans deux cas de kystes du corps thyroïde, un cas de kyste hordéiforme et un cas de grenouillette.

Il fait passer un drain dans la cavité kystique : le liquide s'écoule lentement, on en reconnaît la nature séreuse, séro-sanguine, hématique, etc.; on laisse la poche se vider peu à peu. Faut-il ou non faire immédiatement une injection de teinture d'iode?

Si la collection est essentiellement séreuse, si les parois de la tumeur ne sont pas épaisses, rigides, riches en vaisseaux de nouvelle formation, et facilement hémorrhagiques, ce que démontre la composition du liquide extrait, on peut, à la rigueur, faire immédiatement après l'évacuation, une injection de teinture d'iode, légèrement étendue. Même dans ce cas, notre maître préfère attendre, s'il n'y a pas de surfaces à modifier immédiatement, et agir comme nons l'indiquerons plus loin.

Si, au contraire, les parois du kyste sont très-épaisses, il vaut mieux s'abstenir de faire une injection immédiate et attendre que se soit produite l'inflammation plastique résultant de l'ouverture du foyer.

M. Demarquay a observé que si, dans ce cas, l'on fait immédiatement l'injection, il s'ensuit très-souvent une inflammation violente avec abcès, suppuration abondante, quelquefois de la gangrène, et même des hémorrhagies, le tout pouvant se terminer par la mort. Attend-on, au contraire, huit à dix jours seulement, que l'inflammation primitive se soit passée, l'injection de teinture d'iode ne produira plus ces effets dangereux. Il est évident qu'à ce traitement il faut joindre la compression graduée de la tumeur.

Le tube, introduit à travers le foyer, reste ordinairement quinze à vingt jours. Il se fait autour de lui comme un trajet fibro-séreux, qui se ferme rapidement dès qu'il est enlevé.

Telles sont les règles qu'a suivies M. Demarquay, et dont il n'a eu qu'à se louer vu le succès complet et rapide qu'il a obtenu, ainsi que le démontrent mieux encore les observations de nos malades.

OBS. I. — *Kyste du corps thyroïde.* — La nommée B... J..., âgée de vingt-huit ans, vient à Paris pour se faire enlever une tumeur qu'elle porte depuis douze ans.

Cette tumeur a en effet apparu à l'âge de seize ans environ. Elle siége sur la partie latéro-extérieure gauche du cou au-dessus du sternum, elle est du volume d'un gros œuf de poule, fluctuante, nullement adhérente à la peau, s'élevant pendant les mouvements de déglutition, ne détermine que quelques tiraillements dans cette région.

La peau à son niveau ne présente aucune altération.

M. Demarquay diagnostique un kyste du corps thyroïde, siégeant dans le lobe gauche. On fait le 17 mars l'opération de la façon suivante : ponction, puis contre-ponction de la tumeur, passage d'un drain, écoulement de 100 grammes d'un liquide jaune foncé; les parois du kyste sont épaisses et ne s'appliquent pas facilement l'une contre l'autre. On ne fait pas d'injections de teinture d'iode.

A la suite de l'opération, la malade a eu un peu de fièvre, le kyste s'est mis à suppurer; huit jours après on fait par le drain, une injection de teinture d'iode au tiers. L'injection est renouvelée, trois, quatre fois, la tumeur diminue de volume, les parois se rapprochent, la suppuration est assez abondante; un peu de gangrène des parois.

On fait prendre à la malade du vin de quinquina et des viandes saignantes; le tube est retiré après vingt jours, le 18 avril il reste encore deux petites plaies, qu'on cautérise à la pierre infernale.

Le 20 avril tout est complétement fini : la tumeur n'existe plus; pas de fistule.

(*A suivre.*)

PHYSIOLOGIE ET INSTRUCTION DES SOURDS-MUETS

Par le docteur Édouard Fournié,
Médecin à l'Institut des sourds-muets.

Dans ces derniers temps, les grands journaux ont publié les résultats, prétendus extraordinaires, qu'un musicien italien aurait obtenus en appliquant un certain procédé au développement euphonique des sons de la voix chez le sourd-muet. Comme cela arrive souvent, la presse est allée peut-être au-delà des intentions de l'auteur; mais ce qui n'est pas douteux, c'est qu'elle a exagéré les résultats obtenus. Ces exagérations n'ayant pas été démenties, il nous a paru utile de faire entendre sur ce sujet quelques paroles de bon sens et qui reflètent exactement la dernière expression de la science.

Nous nous proposons d'examiner ici deux questions :

1° Jusqu'à quel point peut-on perfectionner les sons de la voix chez le sourd-muet?

2° Le sourd-muet peut-il apprendre notre parole?

PREMIÈRE QUESTION. — *Jusqu'à quel point peut-on perfectionner les sons de la voix chez le sourd-muet?*

Pour se faire une juste idée du degré de perfection que les sons de la voix peuvent acquérir chez le sourd-muet, il est indispensable de connaître les lois fondamentales qui président à l'exécution des divers mouvements dans la machine animale. Ces lois, que nous avons fait connaître dans notre *Physiologie du système nerveux*, nous demandons la permission de les résumer ici.

Deux facteurs interviennent nécessairement dans l'exécution de tout mouvement, ce sont : 1° une excitation quelconque, sensible ou insensible, et destinée à réveiller les centres nerveux; 2° la contraction musculaire sensible ou insensible.

La part qui revient à chacun de ces deux facteurs est variable selon la nature du mouvement exécuté, et c'est pourquoi nous devons l'examiner dans les trois ordres de mouvements que nous trouvons dans le corps vivant.

1° *Mouvements automatiques ou inconscients.* Dans un premier ordre de mouvements, que nous désignons sous le nom de *mouvements automatiques ou inconscients*, il suffit qu'une excitation reçue par une partie du corps soit transmise aux centres nerveux pour qu'il s'ensuive un mouvement réactionnel quelconque. Ces mouvements sont inscrits dans la matière, et la coordination qui préside à leur exécution est organiquement préparée d'avance dans les centres nerveux. Le fœtus dans le sein de la mère exécute des mouvements de cette nature; l'homme endormi qu'on excite en quelque manière réagit aussi de la même façon. Nous choisissons tout exprès nos exemples dans l'inconscience du sommeil et de la vie fœtale pour bien faire ressortir ce fait, que le phénomène qui précède et provoque le mouvement n'est pas un phénomène de *sensibilité*, mais un phénomène d'*excitation* simple. Je sais bien qu'on appelle cela de la *sensibilité inconsciente*; mais il nous répugne d'employer une association de mots si disparate et si contraire à la bonne logique. On sent ou on ne sent pas; si l'on ne sent pas, on ne peut pas dire que la sensibilité soit en jeu; on est simplement excité. Nous avons d'ailleurs désigné ces phénomènes sous le nom de *impressio-moteurs*. Les *mouvements réflexes* rentrent dans l'ordre des mouvements automatiques; mais ils se distinguent de ces derniers en ce qu'ils appartiennent à la *vie fonctionnelle de nutrition*, tandis que les premiers appartiennent à la *vie fonctionnelle de relation*.

Si ce n'est pas ainsi qu'on classe ces mouvements d'habitude, on comprendra facilement les motifs qui nous font adopter cette classification.

Dans l'exécution des mouvements automatiques, le sentiment de la contraction musculaire et le sentiment en général sont absents. La contraction musculaire n'a d'autre mesure que le degré d'excitation qui la provoque; forte ou faible, durable ou passagère, la contraction obéit aux divers modes de l'excitation, et le mouvement qui en résulte est un ensemble prévu, agencé organiquement dans ses conditions élémentaires.

2° *Mouvements instinctifs.* Dans un second ordre de mouvements, que nous désignons sous le nom de *mouvements instinctifs*, nous trouvons les mêmes facteurs : excitation et contraction musculaire. Mais ces facteurs se présentent ici sous une nouvelle forme : l'animal *sent* le degré de la contraction musculaire; il *sent* aussi l'excitation reçue. A ces deux conditions correspond un perfectionnement considérable de l'être vivant considéré comme force motrice. En effet, du moment où il sent l'état de la contraction musculaire, du moment où il sent aussi l'excitation et la source d'où elle provient, l'animal n'est plus l'esclave obéissant de l'excitation; il modifie à son gré l'état de la contraction musculaire, et il provoque par ce moyen des mouvements appropriés à la nature de la source excitante : si l'excitation est douce et bonne, il s'approche d'elle par des mouvements que nous appelons *attractifs*; si elle est agressive ou douloureuse, il la fuit en provoquant des mouvements contraires, que nous désignons sous le nom de *répulsifs;* enfin, sans fuir ni approcher, il peut exécuter sur place des mouvements en rapport avec la manière agréable ou pénible dont il a été affecté, et il indique ainsi au monde extérieur les variables modifications de la sensibilité. Nous désignons ces derniers mouvements sous le nom de *mouvements expressifs*.

Les mouvements attractifs, répulsifs et expressifs sont organiquement prévus, comme les mouvements automatiques; la sensibilité ne dirige pas leur exécution par un sens spécial; il suffit que les centres nerveux soient excités d'une certaine façon, et leur exécution coordonnée succède à cette excitation. Le canard qui sort de l'œuf se dirige spontanément sur l'eau sans le moindre apprentissage; le petit chien qui vient de naître sait trouver et dégonfler la mamelle maternelle; l'enfant qui vient au monde crie sans avoir jamais été exercé à provoquer des mouvements qui aboutissent à un son. Cette possibilité d'exécuter des mouvements d'ensemble en dehors de l'action directrice d'un sens spécial nous explique pourquoi le sourd de naissance peut exécuter les mouvements qui produisent les sons vocaux bien qu'il soit privé du sens de l'ouïe; c'est que, quand il s'agit de mouvements instinctifs, l'intervention d'un sens directeur n'est nullement nécessaire.

Cependant la sensibilité n'est pas absente dans l'accomplissement des mouvement instinctifs, et, comme nous l'avons déjà dit, elle s'y montre à deux points de vue différents : 1° au moyen des sens, l'animal sent le but à atteindre, et il dirige les mouvements du corps vers ce but; 2° au moyen du sentiment de la contraction musculaire, il mesure l'effort nécessaire pour obtenir les mouvements favorables à l'atteinte du but.

Cette intervention indispensable de la sensibilité dans l'exécution des mouvements instinctifs distingue essentiellement ces derniers des mouvements automatiques.

3° *Mouvements intelligents.* — Il est enfin un troisième ordre de mouvements que nous désignons sous le nom de *mouvements intelligents*, et dans lesquels nous trouvons, comme dans les précédents, l'intervention nécessaire du sentiment de la contraction musculaire et du sentiment en général. Mais ils se distinguent de ces derniers par les conditions qui président à leur exécution.

Comme nous l'avons dit, les mouvements instinctifs sont organiquement prévus d'avance; et leur accomplissement dépend immédiatement de l'excitation sensible qui les provoque sans que le cerveau intervienne pour modifier avec connaissance les conditions fondamentales de leur groupement. Les mouvements intelligents ne sont pas organisés d'avance, il n'y a de prévu que la possibilité de leur exécution.

Lorsque l'intelligence veut provoquer un de ces mouvements, elle le conçoit d'abord (à moins que le professeur ne lui en offre le modèle); elle en trace mentalement l'esquisse, et c'est sur ce modèle intérieur qu'elle plie les mouvements instinctifs au caprice de ses déterminations. Or, pour modifier un mouvement instinctif et l'adapter aux exigences d'un modèle, il faut qu'elle voie si ce qu'elle fait est conforme à ses désirs; il faut, en un mot, qu'elle se voie dans ses propres actes. A cet effet, elle fait intervenir dans tous ses actes l'action directrice et sensible d'un sens spécial : si elle provoque des mouvements qui aboutissent à une image elle fait intervenir le sens de la vue; si elle provoque des mouvements qui aboutissent à un son, elle appelle à son aide le sens de l'ouïe.

Dans ces circonstances, les sens spéciaux servent non-seulement à

diriger l'exécution du mouvement voulu, mais encore ils enregistrent le résultat de ce mouvement et le retiennent dans la mémoire comme un cliché photographique, prêt à favoriser dans l'avenir la reproduction du même mouvement. Si cette mémoire n'avait pas lieu, la mécanique des mouvements intelligents serait un éternel apprentissage.

Les mouvements intelligents sont spéciaux à l'homme pour des motifs que nous avons exposés ailleurs ; ils sont exécutés par les mêmes organes qui exécutent les mouvements instinctifs, mais ils se distinguent de ces derniers par les caractères essentiels que nous venons de signaler ; tandis que, dans l'exécution des mouvements instinctifs, l'action directrice d'un sens spécial est tout à fait inutile, dans les mouvements intelligents, au contraire, cette action est indispensable, et elle peut être considérée comme la caractéristique extérieure de ces mouvements.

Ce caractère essentiel, obligatoire, fait entrevoir déjà bien des impossibilités à l'endroit de l'instruction des sourds-muets de naissance ; mais n'anticipons pas. Après avoir résumé, comme nous venons de le faire, les conditions fondamentales qui président à l'exécution de tous les mouvements, nous nous sentons en mesure de répondre de la façon la plus formelle à la question que nous avons posée plus haut.

Le sourd-muet peut faire entendre des sons vocaux instinctifs, pour l'exécution desquels le sens de l'ouïe n'est pas nécessaire ; il suffit que l'excitation à ces mouvements se présente, et ils sont. Mais les sons instinctifs ne sont qu'une matière première très-peu propre à servir d'instrument de relation ; pour être utiles, ils doivent être perfectionnés, c'est-à-dire intelligents, et, dès lors, l'intelligence intervient dans leur exécution avec les exigences que nous avons formulées plus haut : 1° il faut que l'intelligence perçoive les sons qu'elle provoque pour les modifier à son gré, selon le modèle intérieur qu'elle s'est donné ou d'après les indications du modèle que fournit le professeur ; 2° il faut qu'elle tienne en réserve, dans la mémoire du sens de l'ouïe, le résultat de ses opérations. Privé du sens de l'ouïe, le sourd-muet ne saurait remplir ces conditions indispensables que rien ne peut suppléer, et c'est pourquoi nous sommes autorisé à dire qu'il est physiologiquement impossible que le sourd-muet émette des sons vocaux intelligents. Un homme qui n'entend pas et qui, par suite, ne peut apprécier la qualité des sons ; un homme qui, de plus, ne peut pas mettre en réserve le souvenir du produit de ses actes, cet homme ne saurait perfectionner un phénomène sonore, et s'il arrive à obtenir un semblant de perfectionnement très-limité, c'est en perfectionnant tout autre chose que les sons mêmes de la voix, comme nous allons le voir.

On parvient, en effet, à réglementer jusqu'à un certain point la mécanique vocale des sourds-muets, et la physiologie nous donne le secret de cette possibilité. Nous avons vu que, dans tout mouvement intelligent, il y a deux facteurs : le sentiment de la contraction musculaire et la sensation spéciale qui perçoit et dirige le mouvement. Cette dernière sensation lui faisant défaut, le sourd-muet ne sait pas qu'il produit un son en provoquant certains mouvements, mais il sait, par le sens musculaire, qu'il contracte les muscles phonateurs d'une certaine façon.

Ce sentiment est une ressource très-précieuse, car, en s'adressant à lui, on peut exercer le sourd-muet à produire des sons plus ou moins forts, plus ou moins faibles, et d'une tonalité plus ou moins élevée. Par ce moyen, le sourd-muet met dans sa mémoire, non plus comme nous des phénomènes sonores, mais des souvenirs de l'état de la contraction musculaire. Or, s'il est facile de réveiller dans la mémoire un son, une image, il n'en est pas de même de réveiller un sentiment de contraction surtout quand ce souvenir n'est pas accompagné du souvenir d'une sensation spéciale. La nature vague, presque insaisissable de l'objet de la sensation rend cette mémoire très-difficile, et l'impossibilité où se trouve le sourd-muet d'appeler à son aide le souvenir de la sensation spéciale qui accompagne la contraction musculaire, c'est-à-dire le souvenir du son, lui impose des limites excessivement restreintes. Aussi, quoi qu'on fasse, le perfectionnement apparent que l'on obtient dans les sons vocaux du sourd-muet se réduit à bien peu de chose : à quelques sons forts ou faibles et différents par la tonalité ; mais, en aucun cas, ces sons ne se dépouillent entièrement de leur caractère instinctif, et l'on n'est pas autorisé à dire qu'ils revêtent, chez le véritable sourd-muet de naissance, tous les caractères des sons intelligents. Ces résultats, obtenus à grand'peine, paraîtront encore moins satisfaisants si l'on songe qu'ils sont perdus pour le pauvre infirme dès qu'on vient à cesser la gymnastique journalière à laquelle on a dû le soumettre. Ceci est une règle générale pour les familles pauvres. Rentré sous le toit paternel, l'enfant oublie bien vite les sons articulés qu'on lui a appris dans les institutions. Dans les familles riches, on conserve les résultats acquis avec l'aide d'un professeur, mais dès lors l'éducation du sourd-muet est une éducation qui ne finit jamais.

Malgré les conditions défavorables dont nous venons de donner la raison physiologique, nous sommes d'avis qu'il faut exercer les sons de la voix du sourd-muet, parce que les sons perfectionnés sont la matière première de la *parole mimée ;* mais il ne faut attendre de cette gymnastique que ce qui est physiologiquement possible, c'est-à-dire une voix moins rude, plus souple, plus pure, et une variété de tons excessivement restreinte.

Quant aux phénomènes extraordinaires dont on a parlé dernièrement dans les journaux, ils ne présentent rien que de fort simple. Des enfants qui ont déjà reçu un certain développement par l'enseignement de l'articulation et de l'écriture, peuvent obéir aux obsessions du premier venu et reproduire quelques monosyllabes, quelques notes qu'on aura pris la peine de leur enseigner. Mais la question de l'enseignement des sourds-muets ne saurait reposer sur cette base car on obtient les mêmes résultats avec le chien ou avec le perroquet, pourvu qu'on s'en occupe. Ce qui doit nous intéresser avant tout, c'est de savoir si ces phénomènes sonores qu'on obtient du sourd-muet peuvent être produits spontanément et assez facilement pour qu'ils puissent être utiles comme signes du langage. Là est la question et, d'après ce que nous avons dit, on sait déjà ce qu'il faut en penser. (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 août 1874. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes adresse une lettre dans laquelle il dit que divers projets ont été soumis à l'Assemblée nationale et à la commission du budget, tendant à frapper d'une taxe élevée le prix de vente des spécialités pharmaceutiques ou remèdes secrets et nouveaux.

L'administration des finances aurait besoin, avant de se prononcer sur le mérite de ces propositions, de savoir s'il est possible de définir d'une manière nette et précise ce que l'on doit entendre par *spécialités pharmaceutiques ou remèdes spéciaux et nouveaux.*

Ces produits devant former la base de l'assiette de l'impôt en question, il importerait, en effet, que le fisc, pour les frapper, fût à même de les désigner et de les reconnaître exactement. M. le ministre demande à l'Académie de vouloir bien le renseigner à ce sujet le plus tôt possible.

Le bureau, pour répondre à la demande de M. le ministre, propose de nommer une commission qui aura à s'occuper de cette question et en fera l'objet d'un rapport à l'Académie. La commission se compose du président de l'Académie et de MM. Théophile Roussel, Chatin, Bussy, Regnauld, Gobleg, Boudet et Buignet.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Panas, qui se porte comme candidat pour la place vacante dans la section de pathologie externe ;

2° Une lettre de M. Lancereaux qui se porte comme candidat à la place vavante dans la section d'anatomie pathologique.

3° Une lettre de M. le docteur Jacquez (de Lure), candidat à une place de membre correspondant national, qui envoie à l'Académie la liste de ses titres et travaux scientifiques.

M. LARREY offre en hommage : 1° de la part de M. Dubrueil, le deuxième fascicule de ses *Éléments de médecine opératoire;* 2° au nom de M. le docteur Colin, professeur au Val-de-Grâce, une brochure intitulée : *Phthisie galopante et tuberculisation aiguë* et les articles *Ragle et Raphanie*, extraits du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente au nom de l'auteur, M. le docteur Léon Soubeyran, un volume intitulé : *Nouveau Dictionnaire des fabrications des substances médicamenteuses et des produits alimentaires.*

M. HÉRARD présente un mémoire manuscrit de M. le docteur Pasquet Labrone, de Charrous (Vienne), avec ce titre : *A propos du vaccin.*

M. SÉGALAS place sous les yeux de l'Académie une sonde, ou plutôt une portion de sonde, qu'il a retirée vendredi dernier de la vessie d'un homme de la province venu à Paris pour se faire traiter.

Cet homme avait l'habitude de se sonder depuis quatorze ans par suite d'une paraplégie incomplète. Il y a eu mardi huit jours, en retirant la sonde avec un peu d'effort, il s'était trouvé n'avoir à la main qu'une portion de sonde, l'autre portion était restée dans la vessie; depuis lors il avait de la douleur vers le col de la vessie et était affecté d'incontinence d'urine.

Le lendemain de l'arrivée du malade à Paris, M. Ségalas et son fils, qui l'assistait, explorèrent la vessie avec un lithotriteur ordinaire, mais ils ne purent, malgré l'examen le plus attentif, découvrir la présence d'un corps étranger.

Deux jours après, M. Ségalas s'étant muni d'un petit lithotriteur, de ceux dont il se sert pour les opérations de lithotritie chez les enfants en bas âge, cet instrument porté dans l'intérieur de la vessie et dirigé de dedans en dehors vers le col, lui fit sentir là quelque chose d'anormal. Ayant ouvert et fermé la pince, puis l'ayant retirée tout doucement, M. Ségalas s'aperçut qu'elle ramenait le fragment de sonde resté dans la vessie.

M. Ségalas met sous les yeux de ses collègues le corps étranger déjà tout incrusté de phosphate calcaire. Il fait remarquer que l'extraction en a été très-facile, et que cependant il n'a fait usage que d'un lithotriteur très-délié.

Le malade, dès le lendemain de l'extraction, a cessé d'être affecté d'incontinence urine, et il est retourné dans son pays parfaitement guéri.

ÉLECTION

L'Académie procède par voie du scrutin à l'élection d'un membre correspondant national pour la quatrième section (physique, chimie et pharmacie).

La commission propose : en première ligne, M. Planchon (de Montpellier); en deuxième ligne, M. Roux (de Rochefort) ; en troisième ligne, M. Glenard (de Lyon).

Le nombre des votants étant de 47, M. Planchon obtient 44 suffrages; M. Roux, 3.

En conséquence, M. Planchon est proclamé membre correspondant national de l'Académie de médecine.

COMMUNICATION

M. COLLIN fait connaître le résultat de ses études expérimentales sur l'ammoniaque : « On a vanté depuis longtemps, dit-il, l'ammoniaque avec les composés ammoniacaux dans le traitement de diverses maladies virulentes. Je me suis proposé de rechercher par quelles voies et à quelles doses il convient de les administrer. Je les ai essayés en injection dans les veines, en injection dans le tissu cellulaire ou à la surface des plaies. Ce que je vais en rapporter montrera que ces agents ne semblent pas avoir l'efficacité qui leur est attribuée. »

Les injections entraveineuses faites dans le but de savoir à quelles doses l'ammoniaque administrée par cette voie devient toxique, sont au nombre de cinq. Sur trois lapins, l'ammoniaque étendue au dixième a été injectée à des doses variant de 50 centigrades à 1 gramme. Les trois animaux ont survécu, bien que le dernier, qui avait reçu 1 gramme d'ammoniaque, eût présenté des symptômes d'asphyxie et de violentes convulsions.

Chez deux chevaux, l'ammoniaque a été injectée à 10 et 15 grammes étendue dans trois fois son poids d'eau. Il n'a pas été toxique non plus chez ces deux animaux.

Dans le tissu cellulaire, un lapin a reçu 1 gramme d'ammoniaque étendue : l'amaigrissement a été très-rapide, le poil est devenu sec, l'animal est mort en trois semaines.

Sur les plaies, l'ammoniaque a été essayée sur des lapins et sur des rats que l'on avait inoculés avec du virus charbonneux, faute d'avoir du venin de vipère, ce qu'eût préféré M. Collin. Trois lapins ont été ainsi cautérisés à l'ammoniaque, trois minutes, deux minutes et demie et une minute après l'inoculation ; ils sont morts tous les trois du premier au second jour. Cinq rats ont été cautérisés, cinq minutes, quatre minutes, trois minutes, deux minutes, une minute après qu'on eût placé un peu du même virus sur la queue dénudée ; ils sont tous morts, excepté le troisième, dans un temps court, et leur sang, comme celui des lapins précédents, a été trouvé diffluent, plein de bactéries, la rate était grosse, etc., en un mot, l'ammoniaque n'avait nullement entravé l'évolution de la maladie charbonneuse.

De cette première série d'expériences M. Collin conclut :

1° Que l'ammoniaque peut être supportée dans les veines à fortes doses (soit pour l'homme, trois grammes), mais qu'il est peut-être plutôt un sédatif qu'un excitant diffusible, qu'il refroidit et qu'il abaisse la température générale de deux degrés et demi dans certains cas ;

2° Qu'elle irrite assez vivement le tissu cellulaire;

3° Qu'elle ne détruit pas, ne neutralise pas le virus charbonneux.

M. Collin a fait également une série de six expériences sur l'acétate d'ammoniaque, administré à l'intérieur chez des animaux inoculés avec le virus charbonneux. Ces expériences lui ont donné des résultats complétement négatifs.

A la fin de son travail, M. Collin formule les conclusions générales suivantes sur l'action des ammoniacaux comme antiseptiques.

« Je ne veux pas généraliser. En m'en tenant au virus charbonneux, je dis que l'ammoniaque sur les piqûres ou les surfaces dénudées ne neutralise pas le virus, même dans le cas où elle est employée au moment de l'inoculation. Que l'acétate d'ammoniaque, ou esprit de Menderérus, le médicament si vanté, administré à l'intérieur, ne neutralise pas davantage le virus charbonneux qui a pénétré dans le système circulatoire, quoiqu'on le donne à forte dose, à plusieurs reprises, même immédiatement après l'introduction de la matière virulente.

M. BUSSY. L'acétate d'ammoniaque ne représente pas exactement l'esprit de Mendererus. Ce dernier produit, obtenu par la distillation, renfermait en outre des principes empyreumatiques plus ou moins comparables à la créosote, à l'acide phénique, etc., produits qui pouvaient posséder une activité propre contre les matières septiques. Je voudrais faire encore une observation à M. Collin. Pourquoi n'a-t-il pas complété ses recherches si remarquables en mêlant l'ammoniaque au virus charbonneux avant d'inoculer celui-ci ?

M. COLLIN. Je n'ai pas voulu suivre M. Davaine dans cette voie qui me semble mauvaise. En réalité, c'est tuer le loup avant de l'introduire dans la bergerie. Les substances mêlées directement au virus charbonneux peuvent le rendre inefficace en tuant les bactéries. Là n'est pas la question. Il s'agit de savoir si l'on peut encore entraver l'action du virus une fois introduit.

M. BOULEY. De ce que, introduit dans les veines, l'ammoniaque exerce une action plutôt dépressive, il ne faut pas conclure qu'il agirait de même si on l'introduisait par l'estomac. En effet, les liqueurs alcooliques, par exemple, aussitôt arrivées dans l'estomac, provoquent un sentiment de chaleur générale et de tonification qu'elles ne produiraient pas si l'on se bornait à les faire entrer dans les veines. Il y a là certainement une action sur les nerfs de l'estomac et sur le système nerveux général par leur intermédiaire.

Au fond, les expériences que nous a racontées M. Collin, sur l'inefficacité de l'ammoniaque peu de temps après l'inoculation du virus charbonneux, ne prouvent qu'une chose, c'est l'extrême rapidité de l'absorption par cette voie, fait qu'avait parfaitement mis en lumière M. Collin dans son Traité de physiologie, où il raconte avoir amputé la partie inoculée peu de temps après l'inoculation sans arrê-

ter les effets du virus. Si l'absorption n'était pas si rapide, l'ammoniaque tuerait les bactéries dans les plaies comme ailleurs.

M. COLLIN. L'alcool excite aussi bien dans les veines que dans l'estomac; je m'en suis assuré expérimentalement. Quant à l'ammoniaque, s'il était vraiment alexipharmaque, il pourrait neutraliser les matières virulentes alors qu'elles sont encore dans les moelles des tissus.

M. LEROY DE MÉRICOURT. M. Collin paraît confondre les virus avec les venins, ce qui n'est point du tout la même chose. On a prétendu que l'ammoniaque, comme alexipharmaque, détruisait les venins, mais non pas les virus. Or les expériences de Fontana ont démontré qu'elle était complétement inefficace contre le venin de la vipère.

LECTURE

M. ÉDOUARD FOURNIÉ lit le travail suivant :

Physiologie et instruction des sourds-muets. (Voir plus haut.)

La séance est levée à cinq heures trente-cinq.

VARIÉTÉS

DE LA CONTAGION

Par A. NETTER.

Une courte discussion sur la *contagion* vient d'avoir lieu à l'Académie des sciences (séance du 6 juillet), à propos du phylloxera. C'est une maladie contagieuse, avait dit M. Bouley. — Non, dit M. Robin, « l'affection est parasitaire, et il est très-important, au point de vue scientifique, pour la physiologie pathologique surtout, qu'une distinction entre ces deux ordres d'états et de phénomènes biologiques soit maintenue ». Là-dessus M. Dumas prend la parole et s'exprime ainsi : « La commission n'a pas voulu faire de théorie. Cette distinction des affections contagieuses ou parasitaires est-elle d'ailleurs bien nécessaire? J'ai vu le temps où l'acarus de la gale était considéré comme l'effet de la maladie, et celle-ci était contagieuse alors; lorsqu'on a su que l'acarus en était la cause, elle est devenue parasitaire; mais n'est-ce pas toujours la même maladie transmissible sous les mêmes conditions..... Sous prétexte que le mot *contagion* prête à quelque équivoque, faudrait-il donc se croiser les bras et laisser périr la fortune de la France?..... Est-ce bien le moment de renouveler les anciennes querelles que la définition de la contagion a toujours eu le privilége de susciter..... La commission ne peut pas conseiller au vigneron de se croiser les bras et d'attendre que les savants soient d'accord sur la valeur du mot *contagion.* »

C'est avec bonheur que j'ai lu ces lignes qui justifient la la thèse soutenue par moi en 1863, dans mes *Lettres sur la contagion* (*Gazette des Hôpitaux* 1863) et complétée en 1866, dans la *Gazette médicale de Strasbourg*. Je vais résumer ce que j'ai écrit là-dessus.

Pourquoi les botanistes ne divisent-ils plus les plantes en utiles et en nuisibles? Pourquoi les chimistes classent-ils l'or tout près du fer et du plomb, reléguant les brillants diamants à côté du noir charbon? C'est parce que la science a pour principe de considérer en elles-mêmes les choses de son domaine, sans nullement se préoccuper de *l'intérêt* que l'homme peut avoir à ces choses; c'est à l'agriculture, qui est un *art*, et non pas une science, qu'il appartient de mettre la pomme de terre à côté du blé; c'est l'art de la joaillerie qui peut exposer les diamants à côté des bijoux en or. Bref, tandis que les arts ont uniquement en vue soit l'utilité, soit l'agrément, la science, dédaignant tous ces intérêts pour elle secondaires, planant bien au-dessus, la science envisage toutes choses uniquement en elles-mêmes, groupant et définissant toutes choses d'après l'ensemble de leurs caractères naturels. Eh bien, c'est pour avoir méconnu ce principe dominant de la méthode scientifique, que la médecine s'est fourvoyée et ne cesse pas de patauger dans la question des maladies contagieuses. La question de la contagion est uniquement du domaine de l'*hygiène, art* de nous préserver des maladies, et n'appartient nullement à la pathologie, *science* des maladies.

En effet, la médecine, en tant que science, peut reconnaître:

1° Une classe *d'affections virulentes* (variole, syphilis);

2° Une classe *d'affections parasitaires*, comprenant la gale, certaines affections du cuir chevelu, et aussi les entozoaires;

3° Une classe d'affections *sedis incertæ*, dans laquelle elle rangera la fièvre typhoïde, le typhus, la fièvre jaune, le choléra, toutes maladies se propageant dans certaines milieux, et ne se propageant point dans d'autres : c'est ainsi que la fièvre typhoïde se communique dans les maisons des particuliers, tandis que dans les hôpitaux la transmission est d'une rareté telle que les sujets sont traités impunément au milieu des autres malades : c'est ainsi que le typhus a ravagé pendant deux ans nos hôpitaux militaires de Constantinople, tandis qu'à côté, dans l'hôpital civil, nonobstant la présence de nombreux typhoïques, la contagion est restée nulle, l'établissement permanent ayant été tenu avec propreté par les sœurs; de même pour la fièvre jaune, épidémique à Barcelone en 1821, après importation, et depuis, à Saint-Nazaire, frappant seulement les ouvriers qui ont travaillé à bord du navire infecté; de même encore pour le choléra, contagieux à Paris et à Marseille, pendant que Lyon, Versailles... restent préservés. Affections *sedis incertæ*, telle est la rubrique sous laquelle la science doit encore grouper ces dernières espèces. Mais réunir les trois classes si différentes en une seule, sous le nom de maladies contagieuses, c'est la confusion préméditée, un gâchis systématique, réfractaire à toute définition, et de là les stériles querelles des savants sur le mot *contagion*, étiquette des choses les plus hétérogènes. Honnête pathologie! Dans sa naïve préoccupation de garer l'humanité contre les affections de toutes ces classes, elle veut ranger ensemble la particule de croûte variolique qui pendant les épidémies voltige dans les appartements, l'acarus qui court dans les sillons de la peau, et aussi le ferment qu'un navire apportera dans sa coque. Honnête pathologie! Dans son ardente philanthropie, elle va jusqu'à confondre la reproduction des agents dans l'intérieur de l'organisme avec la reproduction qui, après importation, s'opère dans les milieux environnants. Il serait temps de laisser à la science ce qui appartient à la science et de restituer à l'art ce qui revient à l'art.

La question de la *contagion* est uniquement du domaine de *l'hygiène*, art de nous préserver des maladies, et, de ce point de vue, la définition est chose fort simple; voici celle que j'avais donnée dans une de mes communications citées.

Une maladie contagieuse « *est une maladie spécifique dont l'agent est susceptible d'être importé et de se reproduire après importation, de manière à donner alors lieu à une épidémie ou à une endémie* ».

Cette définition exclut toutes les maladies simplement infectieuses, attendu que les agents de celles-ci ne sont pas susceptibles d'être importés; elle exclut également les empoisonnements ordinaires, dont les agents sont à la vérité susceptibles d'importation, mais qui ne se reproduisent pas, les champi-

gnons vénéneux, par exemple, *de manière à donner lieu à une épidémie ou à une endémie.*

Cette définition se concilie avec tous les modes possibles de reproduction, multiplication de virus dans l'intérieur des organismes, multiplication de parasites cutanés, multiplication rapide de ferments dans les milieux où ils ont été importés.

La contagion, c'est *l'importation et la reproduction ultérieure des agents d'épidémies*, quel que soit le mode de cette reproduction.

En face d'une maladie contagieuse, le mot étant entendu dans ce sens, les esprits se trouvent affranchis des formules scolastiques usitées, et l'on prendra vis-à-vis des diverses affections les mesures variées que chacune d'elles exige : inoculation ou vaccine contre la variole, séquestration des femmes infectées contre la syphilis, destruction directe des acarus dans la gale, aération suffisante contre la propagation de la fièvre typhoïde, désinfection des hôpitaux dans le typhus, éloignement des déjections dans le choléra, etc. Rien ne se préjugera d'une de ces maladies à l'autre, et l'on appliquera pour chacune les enseignements déduits de l'étiologie de chacune.

(Voir pour plus de détails mes communications citées *in Gazette des Hôpitaux* 1863 et *Gazette médicale de Strasbourg* 1866.)

Un mot, en terminant, sur la concordance de ma manière de voir avec les paroles qui viennent d'être échangées à l'Académie des sciences. Évidemment le philloxera est une maladie contagieuse, puisque l'agent a été importé d'Amérique et qu'il s'est reproduit après importation. Pourquoi donc M. Robin s'est-il élevé contre l'expression *contagieuse* donnée à cette maladie de la vigne? Evidemment parce qu'au point de vue de la science, il ne faut pas confondre les affections parasitaires avec les affections virulentes.

Il y a là une *équivoque*, a dit M. Dumas. Oui, certes, et c'est précisément cette équivoque que je viens d'expliquer encore une fois : la définition du mot contagion appartient à l'art, et non pas à la science, à l'hygiène et nullement à la pathologie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 8 août 1874, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° lecture du procès-verbal de la précédente séance ; 2° discussion sur les sympexions spermatiques ; — 3° suite de la discussion sur les effets thérapeutiquess de diverses préparations de digitale.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 12 août, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° rapport de M. Andrey sur la candidature de M. Mauguin ; 2° nomination d'une commission chargée d'examiner le meilleur mode de rétribution des médecins des bureaux de bienfaisance.

— M. le docteur Ledentu, agrégé de la Faculté, commencera le samedi 8 août, à neuf heures, à l'Hôtel-Dieu, des conférences cliniques chirurgicales, et les continuera les mercredis et samedis suivants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Chimie appliquée à la physiologie, à la pathologie et à l'hygiène, avec les analyses et les méthodes de recherches les plus nouvelles, par le docteur ARMAND GAUTIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, directeur adjoint du laboratoire de chimie biologique. — Paris, 1874. 2 vol. in-8° de 600 pages chacun avec 80 figures dans le texte. — Prix : 18 francs. — F. Savy.

Éléments de médecine opératoire, par A. DUBREUIL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. Paris, 1874. 1 vol. in-8° de 908 pages avec 435 gravures dans le texte. — Prix : 11 francs. — F. Savy.

Manuel d'anatomie, par le docteur FORT, professeur libre d'anatomie. Deuxième édition du *Résumé d'anatomie*, revue, corrigée et augmentée. — 1 vol. in-18 avec 151 figures dans le texte. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 92. — SAMEDI 8 AOUT 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 8 AOUT 1874. — N° 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Nerfs vaso-moteurs et courants directs.

Un livre qui vient de paraître me fournit l'occasion de cette revue, dont le sujet est, du reste, essentiellement pratique.

Ce livre reproduit les leçons professées l'année dernière à la Faculté de médecine par M. Vulpian, sur les nerfs vaso-moteurs (1).

Comme physiologiste expérimentateur, M. Vulpian a un grand mérite: c'est un chercheur incontestablement consciencieux et sans parti pris. Il ne parle pas en prophète ; il ne s'incline pas tout d'abord devant ses premières hypothèses, réalisées en apparence, comme devant des dogmes sacrés. Il doute avant; il étudie, il expérimente ; il conclut provisoirement ; et souvent encore il doute après, rompant ainsi pratiquement avec la discipline de la nouvelle méthode.

Cette méthode, on le sait, consiste à marcher toujours devant soi dans une série d'hypothèses qui se rattachent l'une à l'autre. Celle de la veille est transformée, par l'expérience du jour, en indiscutable vérité du lendemain ; une autre lui succède ; et, d'un pas ininterrompu, on avance toujours ainsi dans une route solitaire, qu'on veut être seul à frayer.

Il fallait, du reste, avoir en soi-même cette foi robuste pour être suivi comme un guide en s'isolant ainsi de toutes les notions, antérieurement acquises, du monde médical, et, s'écartant de tous les jalons posés jusqu'alors, tracer sa voie propre à travers toutes les voies connues, sans tenir compte de celles-ci.

Pour celui qui l'imaginait, cette méthode était la bonne ; mais ceux qui suivaient, en s'attardant, pouvaient se perdre aux carrefours; et c'est ainsi qu'on voit des sectateurs zélés de la nouvelle médecine expérimentale s'en laisser distraire pour se mettre à reconnaître les vulgaires données de la vieille médecine clinique.

Revenons-en aux dernières leçons de M. Vulpian. Elles sont d'autant plus instructives qu'elles contiennent peu de théories originales.

Le professeur a tenu surtout, il le dit lui-même, à contrôler les résultats annoncés par d'autres, et, en poursuivant ce contrôle avec l'amour le plus sincère de la vérité, il a dû souvent contredire les systèmes les plus séduisants.

Le sujet qu'il avait choisi était des plus intéressants pour le praticien. En effet, les nerfs vaso-moteurs semblent avoir pour principale mission de présider à la distribution du liquide nutritif dans l'intimité des tissus, et, par suite, probablement à la nutrition elle-même.

Quand on les excite, on voit les vaisseaux qui les reçoivent diminuer de calibre : on peut, par ce moyen, affaiblir ou suspendre l'écoulement sanguin qui se fait à la surface d'une plaie.

Quand on supprime leur section, au contraire, on voit les vaisseaux se dilater, les hémorrhagies augmenter, le sang prendre moins les caractères du sang veineux à travers les tissus.

Combien n'eût-il pas été commode, pour un médecin, de pouvoir, à son gré, exciter ou paralyser les vaso-moteurs, et, par suite, changer dans un sens ou dans l'autre les conditions actuelles de la circulation dans telle ou telle partie du corps?

Il eût fait ainsi disparaître, quand il l'eût voulu, les congestions hémorrhagiques et les fluxions. Il eût dominé pleinement sur les échanges nutritifs, pouvant les accroître sur un point et les diminuer sur un autre.

On avait prétendu que les courants électriques directs et continus, différant en cela des courants induits et interrompus, pouvaient nous mettre en main cette double puissance ; que, suivant le sens qu'on leur donnait, ils amenaient la dilatation ou la contraction des vaisseaux.

M. Vulpian aurait voulu pouvoir confirmer cette théorie, qu'avait notamment exprimée un savant dont chacun déplore la mort prématurée, Legros. Malheureusement, ses vérifications l'ont conduit à des résultats diamétralement contraires, et qu'il expose en ces termes :

« Les diverses sortes de courants agissent de la même manière, ou à peu près, sur les nerfs vaso-moteurs.

« Ainsi que je l'ai déjà dit, il résulte des recherches de MM. Legros et Onimus que, lorsqu'on fait passer des courants galvaniques dans un nerf contenant des fibres vaso-motrices, les courants ascendants, c'est-à-dire ceux dans lesquels on place le pôle négatif près du centre, le pôle positif près de la périphérie, feraient contracter les vaisseaux, tandis que les courants descendants, c'est-à-dire dont les pôles sont placés à l'inverse des précédents, les feraient dilater.

« Or, les expériences que nous avons répétées avec M. Carville, sur la membrane interdigitale de la grenouille, dans la condition la plus favorable, puisque nous désirions vivement

(1) *Leçons sur l'appareil vaso-moteur, physiologie et pathologie.* — Paris, 1875. — G. Baillière.

voir les phénomènes signalés par ces expérimentateurs, ne nous ont pas donné les résultats que nous attendions. Lorsque nous électrisions les nerfs lombaires d'une grenouille, en examinant au microscope la membrane interdigitale du même côté, les courants galvaniques continus produisaient *le même résultat, moins accentué toutefois que les courants interrompus,* ou bien ils ne produisaient rien. Les courants descendants ne nous ont jamais paru produire un effet de dilatation vasculaire dans ces conditions. Ces courants, dans nos expériences, faisaient resserrer les vaisseaux plus sûrement que les courants inverses. »

« Quant aux expériences dans lesquelles MM. Legros et Onimus agissent avec les courants continus au travers de la peau et des parties sous-jacentes, il est clair qu'elles ne peuvent pas avoir une valeur bien grande, pour prouver que telle sorte de courant agit par les nerfs vaso-moteurs et fait contracter les vaisseaux, et que telle autre sorte de courant, agissant sur ces mêmes nerfs, amène la dilatation de ces mêmes vaisseaux. Non-seulement on n'est pas autorisé à croire qu'on agit ainsi sur ces nerfs, mais de plus, il est évident qu'on détermine des excitations de tous les tissus compris dans le courant, de la peau entre autres, et que cette excitation peut provoquer des dilatations vasculaires réflexes qui viennent compliquer les résultats. Pour démontrer que des courants ainsi employés produisent directement, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, une dilatation ou une constriction dans une partie du corps, il faudrait que ces nerfs eussent été préalablement séparés des centres nerveux, ou que toutes les fibres excito-motrices de la région eussent été coupées, de telle sorte qu'il n'y eût plus d'intervention possible d'effets vasculaires réflexes. »

Ainsi l'on ne doit pas espérer dilater les vaisseaux par une action directe des courants continus sur les vaso-moteurs. Quel que soit le sens dans lequel ils marchent, de la périphérie au centre, ou bien du centre à la périphérie, ces courants, alors qu'ils agissent, étant appliqués sur le nerf lui-même, y produisent une excitation et font contracter les vaisseaux, comme l'aurait fait un courant induit et interrompu.

Quant aux dilatations secondaires et indirectes des mêmes vaisseaux, leur mécanisme est jusqu'ici très-mal connu. On les a rangées dans le cadre des actions réflexes; mais on ne sait pas davantage de quelle manière elles s'effectuent. Sont-elles actives ou passives? La question est controversée, comme on peut le voir dans le livre de M. Vulpian.

En effet, les actions réflexes, telles qu'on les entend aujourd'hui, sont de bien des sortes différentes. Elles embrassent dans leur ensemble toutes les influences diverses qui d'un nerf passent sur un autre : ce qu'on appelait autrefois les sympathies, les mouvements automatiques, les phénomènes actifs de la vie animale, etc., etc.

Le mot réflexe est un adjectif construit sur le terme physique de *réflexion*. Il a été imaginé pour représenter l'hypothèse d'un courant nerveux *se réfléchissant* sur un point central, comme un rayon de lumière sur un miroir, et pour ainsi dire suivant un angle d'incidence qui en détermine la direction.

Dans cette hypothèse, une onde nerveuse, une fois arrivée au centre par un filet nerveux, peut, en se répercutant, repartir par un autre et aller atteindre un organe plus ou moins proche ou éloigné.

On a des mouvements réflexes, quand cette onde a pris le trajet d'un nerf moteur, après être arrivée par un nerf sensitif. C'est le cas de tous le plus simple, celui que M. Claude Bernard a principalement étudié. L'explication des phénomènes y paraît très-satisfaisante, étant tout à fait adaptée aux notions les plus élémentaires de la physiologie et de la mécanique.

Quand il s'agit surtout de filets sensitifs et moteurs qui sont accouplés visiblement dans une partie de leur trajet, y constituant un même nerf, qui prennent aussi visiblement leur origine au même niveau dans les mêmes centres et se rendent aux mêmes régions de la périphérie, on conçoit à merveille comment ils peuvent centralement communiquer, de manière à former un seul tout, une paire nerveuse, le long de laquelle un fluide, semblable à l'électricité, peut se transmettre d'un bout à l'autre. On ne sent nullement le besoin de faire intervenir ici quelque chose d'autre que les forces qui président aux mouvements des corps inanimés.

La conception devient déjà plus complexe quand on suppose une action sensitive qui, pour se transformer en action motrice, a suivi un trajet plus long à travers les centres, et qui, s'y trouvant en présence d'un certain nombre de nerfs moteurs, a choisi, par une préférence élective pour ainsi dire, telle ou telle voie, au lieu de telle ou telle autre.

Elle est bien plus complexe encore quand le phénomène, expliqué par une sorte de rebondissement mécanique ou une transmission purement physique de l'ondée nerveuse, aboutit à des mouvements associés, comme il arrive par exemple chez les canards ou les grenouilles auxquels on a coupé la tête et qui crient ou courent, ou sautent par action réflexe.

Somme toute, ce n'est pourtant pas là que sont les plus grandes difficultés. On se fait toujours une idée de ce que veut dire le mot *reflexe* lorsqu'il s'agit de mouvements.

Mais on admet aussi des névralgies réflexes : exprimant par ces mots l'action d'un nerf sensitif sur un nerf de même espèce; et nous verrons bientôt que ce n'est pas encore tout.

Ici nous sommes en plein dans ce que les anciens avaient nommé les sympathies; et je ne sais à quel point le changement de termes a pu éclaircir la question.

En effet, il ne s'agit plus de fibre nerveuse. Il faut d'abord supposer qu'un courant puisse, dans un nerf sensitif, suivre en certains cas une direction contraire à celle qu'il y suit d'ordinaire : de centripète devenir centrifuge.

Parti de la périphérie par un nerf sensitif, ce courant, une fois arrivé dans les centres nerveux, au lieu d'y rester, ou bien d'entrer dans quelque nerf moteur, où naturellement il trouverait la voie toute frayée, irait s'engager dans un nouveau nerf sensitif. Là, se réfléchissant de nouveau, soit dans la route par l'effet d'autres courants venus de la périphérie et qui se choqueraient contre lui, soit à l'extrémité du nerf, où il ne pourrait s'arrêter, il reprendrait une direction contraire, venant pour la seconde fois aboutir aux centres nerveux.

L'explication est peut-être encore intelligible, à la rigueur, mais évidemment elle n'est plus simple.

Cependant c'est bien pis encore lorsqu'il s'agit de la classe suivante, celle des paralysies réflexes.

Une paralysie réflexe! Ne disputons pas sur les termes. On n'a pas eu, bien entendu, l'intention de peindre une *inaction* ou une *négation* qui *se réfléchirait*. Dans la pensée de ceux qui ont imaginé cette expression, la paralysie est uniquement dans l'effet, et non dans la cause. Ce qui produit cette *inaction*, c'est la *réflexion* d'une *action*.

On pourrait, en effet, comprendre, si l'on admettait l'explication, reproduite plus haut, des névralgies réflexes, que deux courants s'étant engagés en même temps, en sens contraires, dans un même nerf sensitif, se trouvent arrêtés l'un par l'autre, et qu'il en résulte une absence de mouvement, une paralysie sensorielle.

Mais dans un nerf moteur, comment peut-il se faire qu'un courant en arrête un autre? Ils suivent tous le même trajet dans le même sens; tous ils se dirigent du centre à la périphérie. Qu'ils soient partis de l'encéphale ou de la moelle, ou d'un nerf sensitif plus ou moins éloigné, ils doivent également aboutir à quelque tissu contractile, et s'ils y agissent, ce ne peut être que pour l'exciter, c'est-à-dire pour y provoquer une contraction.

Certes, c'est le cas d'invoquer le vieil adage : « Mieux vaut s'arrêter que de marcher dans les ténèbres. »

Nous nous trouvons ici au milieu de ténèbres impénétrables pour le moment, et, en aveugles que nous sommes, nous croyons y voir à merveille.

La science marche par des formules ; mais il faut que ces formules soient claires et lumineuses. Celle de *paralysie réflexe* doit être à jamais écartée.

Le fait n'en restera pas moins. Il n'en est pas moins établi que les vaisseaux se dilatent sous certaines influences, jusqu'ici inconnues, et par suite même d'excitations qui n'avaient pas porté sur eux.

Qu'on étudie avec grand soin toutes les circonstances au milieu desquelles ce fait se produit; mais qu'on en réserve l'explication.

On aura fait ainsi vraiment œuvre utile et qui restera, car tôt au tard l'inexpliqué pourra devenir intelligible.

Mais si l'on s'habituait à se payer de mots, la science, égarée, pourrait rétrograder, au lieu de progresser, dans le désordre de sa marche.

En résumé, les arguments de M. Vulpian sont excellents, comme ses expériences, lorsqu'il s'agit de repousser l'hypothèse d'une dilatation des vaisseaux par une action spéciale et directe exercée sur les nerfs vaso-moteurs.

Mais quand, pour expliquer cette dilatation dans certaines expériences, il suppose une paralysie survenue par action réflexe, ces mêmes arguments témoignent contre lui.

Il faut chercher ailleurs.

Peut-être pourrait-on déjà proposer une explication plus satisfaisante. Mais mieux vaut attendre que les faits soient plus nombreux, mieux classés, mieux connus dans leurs alentours, pour ainsi dire.

Bourdonnements d'oreilles et vertiges de cause non cérébrale.

Nous avons rapporté, il y a deux mois environ, l'observation d'un homme qui était entré dans le service de M. Martineau pour des bourdonnements d'oreilles et des vertiges, accompagnés parfois d'hallucinations du sens de l'ouïe, et qui avaient été précédés par une perte de connaissance.

Cet homme avait fait de grands excès de toute nature et, dans les derniers temps surtout, des excès de coït qui paraissaient vraiment surprenants, vu son âge.

Puis, pendant une journée entière, il s'était trouvé exposé, en travaillant sous un vitrage, à la chaleur d'un soleil ardent.

Nous nous étions demandé quelle part la chaleur, ou pour mieux dire l'insolation, et quelle part les excès antérieurs et le délabrement de la constitution avaient pu avoir chez cet homme dans la production des phénomènes nerveux qu'il avait éprouvés.

On peut se poser une question très-analogue au sujet d'un homme qui se trouve actuellement à la Charité dans le service de M. Damaschino, suppléant M. le professeur Sée.

Cet homme est également entré pour des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, qui le fatiguaient au dernier point et lui faisaient craindre une apoplexie.

Il a également éprouvé ces phénomènes après avoir été soumis à l'action d'une chaleur intense : non point celle du soleil, mais celle des fourneaux. Cuisinier de son état, il avait eu à préparer de grands dîners, immédiatement avant le commencement de ses vertiges et de ses bourdonnements d'oreilles.

Enfin il avait également le fond de la santé ébranlé : non par des excès (il prétend n'en avoir jamais fait aucun d'aucune sorte), mais par une lésion de l'orifice mitral dont l'origine est inconnue; il n'a jamais eu de rhumatisme et ne se souvient pas d'avoir été malade. En outre, il est très-anémique, comme le sont si fréquemment les cuisiniers.

Chez ce malade comme chez l'autre, les mouvements sont tous parfaitement libres, la sensibilité est intacte, toutes les fonctions se font bien.

Chez lui aussi, le simple repos, quelques jours de séjour à l'hôpital, ont vite amendé tous les symptômes.

Nous en avons parlé surtout pour le rapprocher du précédent.

Faudrait-il admettre une classe de vertiges *a calore*, comme on a déjà tant d'autres classes de vertiges?

Dans tous les cas il faut noter que, du moins chez ces deux malades, la chaleur a dû être aidée par des causes prédisposantes.

Dr Victor Revillout.

PHYSIOLOGIE ET INSTRUCTION DES SOURDS-MUETS (1)

Par le docteur Édouard Fournié,
Médecin à l'Institut des sourds-muets.

Deuxième question. — *Le sourd-muet peut-il apprendre notre parole?*

Depuis Fabrice d'Aquapendente, depuis Van Helmont, depuis Pereire, on a toujours eu la prétention de faire parler les sourds-muets. Cette prétention flattait trop les préoccupations intimes des parents pour n'avoir point leur appui. En général, dans les familles on a une horreur profonde de l'emploi des signes mimiques qui sont une expression trop éloquente de l'infirmité des enfants, et l'on prête une oreille complaisante à tous les faux systèmes qui promettent l'acquisition de la parole. Loin de nous la pensée de formuler un blâme à l'endroit de cette manifestation expressive de la sollicitude paternelle; mais qu'il nous soit permis de l'éclairer.

A la question de savoir si l'on peut enseigner aux sourds-muets la vraie parole, la langue nationale, comme disent certains instituteurs, nous répondrons de la façon la plus catégorique : non, cela n'est pas possible. Il y a plusieurs langages, mais il n'y a qu'une parole, et celle-là on ne peut pas l'enseigner aux sourds-muets. Cette affirmation repose sur la connaissance des lois qui président à la formation des langages. Tout langage, en effet, est composé de mouvements provoqués et dirigés dans leur exécution par un sens capable de les apprécier. Le résultat de ces mouvements, son ou image, est gravé dans la mémoire du sens qui en dirige l'exécution. Il résulte de là que deux conditions inéluctables s'imposent à celui qui veut parler : 1° il faut qu'il entende pour diriger d'une manière intelligente les mouvements qui aboutissent à un son; 2° il faut qu'il entende pour graver le mot dans la mémoire du sens de l'ouïe. Le sourd-muet qui n'entend pas ne peut pas diriger les mouvements sonores d'une manière intelligente; il ne peut pas graver le phénomène sonore dans la mémoire; par conséquent, il ne parle pas, il ne peut pas parler.

Cependant, dira-t-on, on entend parfois des sourds-muets qui prononcent quelques phrases. Rien n'est plus vrai; mais il ne faut pas confondre cette pseudo-parole avec la vraie parole. La pseudo-parole des sourds-muets n'est qu'un langage mimique accompagné de sons. Le sourd-muet lit sur nos lèvres la représentation mimique de notre parole, et quand il s'essaye à parler, il reproduit ces mêmes signes mimiques en les accompagnant de sons le plus souvent pénibles à

(1) Fin. — Voir le numéro du 6 août 1874.

entendre, parce qu'il ne peut en apprécier la qualité au moyen du sens de l'ouïe.

La coexistence de deux ordres de signes, les uns mimiques, les autres sonores, dans l'expression de la parole, laisse entrevoir la possibilité d'enseigner aux sourds-muets, sinon la vraie parole, du moins la *parole mimée*. Peu importe d'ailleurs que le sourd-muet s'exprime d'après les lois du langage mimique ou d'après les lois du langage parlé. Du moment où il se fait entendre et comprendre, c'est tout ce que l'on doit désirer. Nous devons donc examiner jusqu'à quel point le sourd-muet peut acquérir la mimique de notre parole et apprécier exactement la valeur de cette traduction au point de vue du développment de l'intelligence et au point de vue des relations extérieures.

L'enseignement mimique de notre parole aux sourds-muets a donné jusqu'ici des résultats peu satisfaisants, puisqu'ils se mesurent à la prononciation de quelques phrases banales, et que cette acquisition a absorbé pour elle seule tout le temps consacré à l'éducation. Peut-il en être autrement? Peut-on faire mieux? Malheureusement non, et cette condamnation est fatalement liée à des causes que nous devons faire connaître.

Malgré le peu de résultats que donne l'enseignement de la pseudo-parole, nous tenons cependant à ce qu'on ne la néglige pas. La prononciation d'un seul mot justifierait seule cet enseignement. Mais nous ne voulons pas que cette acquisition absorbe toute la vie intellectuelle du sourd-muet, et que, sous le prétexte puéril de lui faire exprimer quelques phénomènes sonores, on le condamne à une ignorance déplorable. Il ne faut pas que l'on perde de vue que l'intelligence ne se développe qu'à la condition d'être servie par un langage physiologique, par le langage mimique ou par la parole, car il n'y a que deux langages. Or, en prétendant élever les sourds-muets par un langage qui n'est ni la vraie mimique ni la vraie parole, en les soumettant par la force à cette instruction contre nature, on heurte tous leurs sentiments, on comprime toutes leurs tendances expansives, et l'on ajoute à leur infirmité, déjà si grande, les tourments d'une existence inoccupée et qui ne peut se manifester au dehors que par quelques sons rauques et à peine articulés. Si les instituteurs et les parents comprenaient comme nous tout ce qu'il y a de tristesse dans une vie ainsi comprimée, ils ne sacrifieraient pas tout à la satisfaction d'entendre sortir quelques sons de la bouche des pauvres infirmes et, loin de supprimer le vrai langage mimique, si expressif et si facile, ils s'appliqueraient au contraire à le polir, à le compléter et à lui faire rendre le plus de nuances possible. En agissant ainsi, en étendant l'horizon des connaissances du sourd-muet, ils agrandiraient non-seulement la source de ses jouissances intellectuelles et morales, mais encore ils le rendraient plus apte à goûter les plaisirs de la société. Pendant ce temps ils s'occuperaient à perfectionner les sons de la voix, et ils arriveraient d'autant plus vite à en faire des signes du langage que l'intelligence du sourd-muet serait plus développée. En d'autres termes : développer d'abord l'intelligence du sourd-muet par son instrument naturel, c'est-à-dire par le langage mimique, lui faire traduire ce langage en écriture et l'exercer à prononcer quelques phrases, telle est la base sur laquelle doit reposer l'enseignement physiologique du sourd-muet.

Les conclusions que nous venons de formuler reposent sur des faits physiologiques parfaitement établis, et il est permis de dire hautement que la question de l'enseignement des sourds-muets est scientifiquement jugée (1). Cependant le temps paraît éloigné encore où l'on se décidera à utiliser ces notions précieuses. Cela tient, d'un côté, aux préjugés de la tradition, de l'autre, aux difficultés dont le problème est entouré. Peut-être la section de physiologie de l'Académie de médecine, qui, seule, a qualité pour porter officiellement la parole sur ce sujet, pourrait-elle hâter l'heure de la délivrance. En éclairant cette question, elle pourrait répandre bientôt, sur les vingt mille sourds-muets que nous possédons, les bienfaits d'une éducation véritable et aussi complète que possible, et la France se donnerait ainsi, pour la seconde fois, le mérite d'avoir tendu sa main secourable et intelligente à la plus intéressante des infirmités.

1° Les mouvements des lèvres et des autres parties de la bouche ne traduisent pas exactement aux yeux tous les signes élémentaires et les diverses nuances renfermées dans le signe sonore. Si quelques-uns de ces mouvements sont facilement distingués, le plus grand nombre échappe à la vue, et il devient impossible d'en graver l'image dans la mémoire visuelle. Faites abstraction de votre ouïe et cherchez à mettre dans la mémoire du sens de la vue l'image des parties dont la disposition ou le mouvement accompagne la prononciation d'un *G*, d'un *N*, d'un *H*, et vous verrez par vous-même combien ce procédé doit être ingrat.

2° Le sourd-muet à qui l'on enseigne la parole mimée ne doit pas seulement graver dans sa mémoire l'image des parties dont le mouvement et la disposition accompagnent la prononciation des lettres, il doit y mettre aussi le souvenir des sons, ou son équivalent. Ici la difficulté est bien plus grande : le sourd-muet ne peut pas recueillir l'image des mouvements laryngiens, qui échappent à la vue, et il en est réduit à se souvenir de l'état de la contraction musculaire correspondant à tel son déterminé. Or, je le demande, que peut être la modulation de la parole inspirée seulement par le souvenir de l'état de la contraction musculaire?

3° Enfin le génie spécial des deux langages mimique et parlé n'est pas du tout le même, et la traduction de l'un par l'autre ne saurait convenir aux exigences qui accompagnent l'évolution de la pensée. La parole synthétise dans un son, dans un mouvement rapide comme l'éclair une foule de signes élémentaires qui réveillent dans le sens de l'ouïe plusieurs impressions. La mimique, au contraire, analyse chacun des signes élémentaires, elle les égrène, en quelque sorte, et ce n'est qu'à cette condition qu'elle peut réveiller utilement le sens de la vue. Il suit de là que, pour prononcer un mot, le sourd-muet est obligé de l'épeler syllabe par syllabe avec la lenteur que l'on connaît. Or cette lenteur est tout à fait incompatible avec l'exercice de la pensée. Comme nous l'avons démontré ailleurs, il est dans la nature des mouvements cérébraux de se produire avec une certaine rapidité, et, dès que les instruments ne répondent pas à cette rapidité, la mécanique intellectuelle se fait mal ou ne se fait pas du tout. C'est pourquoi, inspirés par leur instinct, soumis aux lois naturelles, les sourds-muets ont inventé un langage mimique qui synthétise dans un geste, dans une posture, dans une image, une pensée quelquefois très-complexe et qui exigerait, pour être interprétée par la parole, un très-grand nombre de mots. Mais ils ne se seraient jamais arrêtés à l'idée de traduire mimiquement chacun des signes élémentaires de la parole. Ceci ne pouvait être que le fait d'hommes qui, possédant déjà un langage, ne sentent pas suffisamment les conditions que doivent réunir les instruments de la pensée. Le sourd-muet, il est vrai, se sert parfois de l'alphabet manuel pour traduire littéralement chaque lettre d'un mot ; mais cela ne lui arrive que lorsqu'il veut préciser une idée renfermée dans un mot, et l'expérience a prouvé qu'il ne saurait parler avec ces signes alphabétiques. Eh bien, les signes mimiques de la pseudo-parole, dont on prétend les doter, ne sont autre chose que ces mêmes signes alphabétiques, avec cette seule différence qu'ils sont exécutés avec les parties de la bouche au lieu d'être exécutés avec les doigts, et qu'en même temps ils sont accompagnés d'un phénomène sonore. Cette différence, loin d'être avantageuse au sourd-muet, lui est sans contredit préjuciable à cause de l'obscurité des signes qui sont exécutés par les parties de la bouche.

Les trois causes que nous venons d'examiner réduisent à très-peu de chose les avantages que le sourd-muet peut retirer de l'enseignement de la pseudo-parole. Ces avantages se résument dans la possibilité de prononcer plus ou moins bien quelques phrases banales, et que le sourd-muet est tenu de répéter souvent pour qu'elles ne s'échappent pas de son vocabulaire. Quant à penser avec la pseudo-parole, nous avons démontré que cela était impossible.

Note sur les cas de tétanos observés pendant une pratique de plus de quarante années

Par le docteur Bourgeois (d'Étampes)
Membre correspondant de la Société de chirurgie (1).

Messieurs, l'étude du tétanos venant d'être remise à l'ordre du jour, à l'occasion de son traitement par le chloral, j'ai pensé qu'il était

(1) Ce sujet a été complétement développé dans notre *Physiologie et Instruction du sourd-muet*. — A. Delahaye, éditeur.

(1) Lue à la Société de chirurgie, séance du 17 juin 1874.

utile que ceux d'entre nous qui ont recueilli un plus ou moins grand nombre de cas de cette cruelle affection les livrent à la publicité. C'est pourquoi je viens demander à votre savante compagnie l'autorisation de lui faire connaître succinctement ceux que j'ai pu observer dans une pratique de quarante et quelques années.

Le tétanos, sans être d'une grande rareté, ne se présente pas cependant tous les jours aux praticiens ordinaires. Aussi Velpeau, malgré son immense clientèle civile et hospitalière, déclarait-il à l'Académie, dans les dernières années de sa vie, qu'il n'en avait jamais rencontré qu'une trentaine de cas.

Suivant la division reçue, je partagerai ces observations, qui seront le plus courtes possible, en deux catégories : la première contiendra celles de tétanos spontané, et la seconde le tétanos traumatique. Pour ce dernier, je ferai une distinction entre celui occasionné par un traumatisme accidentel et celui qui survient après une opération ou une cautérisation quelconque.

Tétanos spontané (trois cas guéris).

1° Ce cas remonte loin, c'est même le seul de cette nature que j'ai observé pendant mes études médicales.

En 1827, dans le service de M. Beauchêne, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, est admis un adolescent atteint d'une roideur douloureuse de tout le corps; on reconnaît tout de suite une attaque de tétanos, mais l'examen le plus attentif ne fait découvrir aucune lésion sur toute la surface du corps. L'*acupuncture* était alors dans toute sa vigueur, aussi on lui implante de chaque côté de la colonne vertébrale vingt-cinq ou trente épingles. Bref, le patient guérit au bout de dix ou douze jours, durant lesquelles les aiguilles restèrent dans les gouttières vertébrales.

2° Vieillard de soixante-cinq ans; refroidissement pendant l'hiver. Aucune trace de plaie. Violente attaque, qui ne s'améliore que vers le dix-huitième jour; guérison le trentième. Traitement par les *bains* et les *opiacés*, à doses modérées.

3° Jeune homme de la Forest-le-Roy. Ayant très-chaud et couvert de sueur, se couche sur le sol, à l'ombre d'une meule; deux ou trois jours après, est pris de trismus qui s'étend bientôt et devient une très-forte attaque de tétanos généralisé. Il entre à l'hôpital d'Étampes, où l'on ne découvre aucune lésion physique sur son corps. Il guérit au bout de quinze à dix-huit jours. Traitement par les *bains chauds* et les *calmants*.

Tétanos traumatique (neuf cas).

1° Campagnard de quarante-cinq ans, habitant la commune d'Auvers, a le gros orteil en partie écrasé par la roue de sa voiture. La petite plaie est presque guérie lorsque, dix jours après l'accident, il est pris d'un tétanos des plus intenses, qui l'enlève quinze jours après son début. Traitement par les opiacés.

2° Cultivateur de quarante ans, habitant un faubourg de notre ville, est pris de roideur des mâchoires, puis bientôt de tétanos général, maladie dont on ignore la cause et la nature. Je vois le malade deux jours après les premiers accidents, et reconnaissant la maladie, je m'enquiers s'il ne s'était pas blessé; malgré la réponse négative des parents et du malade, j'examine toutes les parties de son corps, et je reconnais qu'un des *pouces* est enveloppé d'un linge, sous lequel il y avait une très-petite plaie, en grande partie guérie, qu'il ne se rappelait pas s'être faite en laissant tomber sur sa main un corps lourd. Le mal va toujours en empirant, et il meurt le quinzième jour. Traitement par les *bains* et les *opiacés*.

3° Homme de quarante-cinq ans, jardinier, habitant la ville s'écrase, en partie au moins, un des *gros orteils*. Au bout de huit jours, trismus, puis tétanos complet, très-violent. Il meurt le vingtième jour. Traitement par les *opiacés* et les *bains prolongés*.

4° Ouvrier charpentier, trente ans, habitant la commune de Maisse, est pris de tétanos. Le médecin qui le soigne croit, sur sa réponse négative, qu'il n'a aucune plaie et qu'il a affaire à un tétanos spontané. Appelé près de lui, et l'ayant examiné avec attention, je trouve un de ses *gros orteils* enveloppé d'un linge. Il avait oublié la petite plaie par écrasement qu'il s'était faite huit jours avant les accidents tétaniques. Il meurt après dix-huit jours de maladie. Traitement par les *calmants*.

5° Homme de quarante ans, de la commune de Bouville, s'écrase sous sa voiture une partie des *gros orteils*. La plaie presque guérie, il est atteint d'un tétanos des plus intenses, qui l'enlève vers la fin de la troisième semaine. Traitement par les *opiacés*.

6° Femme de cinquante ans, affectée d'hémiplégie incomplète congéniale, habitant le hameau de la montagne, près Étampes. Vient pendant l'hiver au marché, elle avait une engelure ulcérée à un de ses *pouces*. Quelques jours après, elle est prise d'une attaque tétanique des plus violentes, qui s'amende le vingtième jour et guérit le trentième, seulement en laissant une roideur générale, qui persiste assez longtemps. Traitement par les *bains* et les *opiacés*.

7° Charpentier, vingt-sept à vingt-huit ans; écrasement incomplet de l'extrémité des *deux doigts*. Apparition du tétanos après sept ou huit jours; crises des plus violentes. Amélioration vers le dix-huitième jour, guérison le 25. Traitement par les *opiacés*, le *bromure potassique* et les *bains de vapeur*, dont il prit quinze à vingt.

8° Poseur au chemin de fer, habitant la ville d'Étampes, homme de trente-cinq ans, d'une force herculéenne, s'écrase les dernières phalanges de *trois doigts* d'une main en déchargeant un rail; l'extrémité des doigts est même totalement enlevée. Au bout de six à sept jours, tétanos d'une violence rare, qui dure vingt et jours dans toute sa force, s'amende légèrement alors et guérit le trentième, laissant une roideur du corps qui persiste plus d'un mois. Traitement par le *bromure de potassium* à la dose de 6 à 8 grammes par jour, et par les *bains de vapeur*, vingt-cinq au moins.

9° Homme de cinquante ans, habitant la ville. Fracture de cuisse sans plaie. Une semaine après, tétanos. Mort au bout de dix jours. Traitement par les *opiacés*.

Trimus. Amputation des deux jambes. Guérison.

10° Homme d'une trentaine d'années, adonné à la boisson; graisseur au chemin de fer. Étant en état d'ivresse, un train passe sur ses deux jambes. Il est conduit à l'hôpital d'Étampes, où on lui pratique une double amputation. Une semaine environ après, il est pris de trismus et de contractions spasmodiques et très-douloureuses des muscles de la région cervicale postérieure. Ces accidents se bornent là et guérissent après une dizaine de jours. Ils n'entravent en rien la cicatrisation des moignons, qui a eu lieu dans le temps habituel.

Trismus. Guérison.

11° Enfant de sept ans, fille du jardinier de la campagne de feu Trousseau; se laisse prendre la main dans un coupe-racine : les trois doigts majeurs, leurs métacarpiens, sont brisés, et les chairs qui les recouvrent atteintes. Le pouce est à peu près intact, le petit doigt est luxé et son métacarpien fracturé. Pansement par des *irrigations froides*. Au bout de six à sept jours, apparition du trismus et de spasmes douloureux derrière le cou. Le mal ne va pas au delà et guérit après huit ou dix jours. Traitement incomplet avec quelques faibles doses de *curare*.

Tétanos; suite de coups de feu.

12° Jeune homme de vingt-deux ans, cultivateur. Un coup de feu lui traverse le pied. Tétanos le septième jour, mort dix jours après. Traitement par les *bains* et les *calmants*.

13° Homme d'une cinquantaine d'années, a la main traversée par un coup de feu. Entre à l'hôpital à Étampes. Tétanos au bout de quelques jours, mort le douzième. Traitement par les *calmants*.

Tétanos; suite de cautérisation de pustules malignes.

14° Campagnard de soixante ans, habitant le hameau de Bonvilliers. Cautérisation d'une pustule maligne au front, avec la potasse caustique. Va très-bien. La plaie est détergée et presque guérie. Il s'expose le matin, dans sa cour, au froid; dès le soir même trismus, puis tétanos complet, qui l'enlève au bout de neuf jours.

15° Jeune homme de vingt-cinq à trente ans, tailleur; cautérisation avec la potasse caustique d'une pustule maligne à la paupière supérieure. Guérison presque complète de la plaie; exposition au froid : apparition du trismus, puis de tétanos généralisé; mort au bout d'une dizaine de jours. Traitement par les *calmants*.

16° Une femme d'un des faubourgs ayant des vaches, est atteinte d'une pustule maligne à la face; elle est cautérisée avec le deutochlorure de mercure. La plaie se détergeant, elle est prise de tétanos, qui l'enlève après une dizaine de jours.

Tétanos par suite de cautérisation d'un enchondrôme.

17° Jeune homme de vingt ans, habitant la commune de Boissy-le-Sec, vient me consulter pour un énorme enchondrome de l'extrémité supérieure de l'humérus. Peu content, sans doute, de ma prescription, il va à Chartres, où on lui fait une très-large application de *pâte de Cancoin*. Il a à peine le temps de revenir chez lui, où il est pris d'une attaque tétanique des plus furieuses, qui le *tue* en vingt-quatre heures. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 juin 1874 (1). — Présidence de M. PERRIN.

FIN DE LA COMMUNICATION DE M. PANAS.

Dans la même année (1873), se présentait à Lariboisière une femme de cinquante-quatre ans, offrant un kyste pour le moins biloculaire, dont une des loges contenait à elle seule, ainsi que j'ai pu m'en assurer par la ponction, dix-huit litres d'un liquide brun jaunâtre, franchement visqueux, mais ne présentant ni cholestérine ni flocons d'aucune espèce, bjen qu'il précipitait par la chaleur l'alcool et l'acide azotique en un magnus albumineux cérébriforme, tellement ce liquide était riche en matières protéiques. Après l'évacuation du liquide, on sentait des masses solides dans la fosse iliaque et dans l'excavation pelvienne, qui paraissaient adhérer fortement à la paroi abdominale.

La malade avait beaucoup maigri depuis l'apparition de cette tumeur, dont le début, et j'insiste tout particulièrement sur ce point, ne remontait, au dire de la malade, à plus de *six* à *huit* mois au maximum. Une particularité non moins digne de remarque, c'est que chez cette femme les règles, au lieu de diminuer ou pour le moins de ne pas se modifier notablement, devinrent plus abondantes, plus fréquentes, et se transformaient parfois en véritables hémorrhagies.

Toutes ces conditions, rapprochées de l'âge de la malade, de la rapidité extrême du développement de la tumeur, et par-dessus tout, je l'avoue, de la connaissance que je venais d'acquérir, que des tumeurs réputées kystes se comportaient comme de vrais cancers, me firent annoncer aux élèves du service que, probablement, sous les apparences d'un kyste ovarique, nous avions peut-être affaire à une tumeur maligne de l'ovaire avec développement d'énormes poches liquides dans la masse. Voulant compléter le diagnostic topographique de la tumeur, je procédai incontinent au toucher vaginal, et bien m'en a pris, car j'ai pu constater de la sorte que l'utérus, d'ailleurs très-mobile sur la masse ovarique, était affecté dans son col d'un champignon cancroïdal du volume d'un œuf de pigeon, ne dépassant pas en hauteur les limites du vagin. Je jugeai dès lors toute opération radicale comme impraticable, et je me contentai de prescrire de temps à autre des ponctions palliatives; ce qui fut fait deux fois depuis dans l'espace de *dix mois*. Quant à la malade, elle dépérit de plus en plus et elle rentre aujourd'hui même dans le service au dernier degré de marasme.

Mon attention ayant été éveillée par ces faits, je me suis mis à réfléchir sur tout ce que j'avais vu par moi-même concernant les kystes ovariques, et voici à quoi je suis arrivé:

Parmi les tumeurs englobées sous le nom de kystes de l'ovaire, les unes marchent avec une extrême lenteur (cinq à dix ans et au delà) sans déterminer d'autres accidents que ceux résultant du poids et du volume de leur masse, tandis que les autres procèdent avec une extrême rapidité (j'ai vu chez des femmes maigres l'abdomen acquérir 110 à 140 centimètres de circonférence en moins de six mois ou un an) déterminent des douleurs vives à répétition, et s'accompagnent souvent d'une altération passagère de la température, ou de nausées et de vomissements, le tout conduisant à une émaciation très-prompte.

Tous ces accidents tiennent manifestement à des péritonites partielles à marche chronique, qui, suivant qu'elles sont sèches ou qu'elles s'accompagnent d'un exsudat séreux abondant, produisent des adhérences plus ou moins généralisées, ou donnant lieu une ascite concomitante.

Au point de vue purement opératoire, la présence d'une certaine quantité de liquide ascitique dans le péritoine, a été favorable en ce sens que des adhérences solides et très-étendues sont alors moins à craindre entre le kyste et les parois ou les viscères voisins. Mais en réfléchissant que ce liquide, à moins de compression de la veine-porte, provient d'une péritonite préexistante, j'ai été conduit à penser que la coexistence de l'ascite et d'un kyste est plutôt une complication fâcheuse qu'un avantage. En effet, là où il y a déjà de la péritonite plastique ou exsudative, la péritonite suppurative postopératoire n'est pas loin : preuve, ce qui se passe dans les hernies étranglées, suivant que les malades sont opérés plus tôt ou plus tard.

Je citerai, à l'appui de cette proposition, l'autopsie d'une femme de quarante-six ans, dont je vous ai communiqué l'observation en 1871 (*Gazette des Hôpitaux*, 1871, p. 374), que j'avais opérée à Saint-Louis, avec l'assistance éclairée de notre collègue M. Alphonse Guérin. Il s'agissait chez elle de deux kystes multiloculaires aréolaires et déhiscents, occupant les deux ovaires. Leur contenu ressemblait à du frais de grenouille. Les parois en étaient minces et friables, et il y avait cinq ou six trous spontanés de la largeur du pouce, par où le liquide gélatineux avait fait irruption dans le péritoine. Le péritoine contenait, en outre, trois ou quatre litres de liquide séreux et était tomenteux, preuve qu'il avait été enflammé auparavant. Les suites de l'opération ont été des plus funestes.

Voilà aussi pourquoi la suppuration du kyste aggrave les conditions de l'opération, en ce sens qu'il y a généralement plus ou moins de péritonite diffuse concomitante. J'en dirai autant des ponctions avec des gros trocarts et des injections irritantes dans les kystes.

Plus une tumeur ovarique, qui a marché d'ailleurs vite, contient des masses solides proliférantes et de la matière franchement colloïde, plus elle s'écarte des kystes bénins pour se rapprocher des sarcomes, des myxomes et des myxozarcomes, dont la marche, les suites immédiates et éloignées, y compris la récidive, rappellent bien plus des cancers kystiques que des kystes vrais.

Il ne faut pas oublier, en effet, que l'ovaire, organe à structure essentiellement aréolaire, est pourvu de kystes normaux innombrables. Conformément à cela, l'anatomie pathologique nous enseigne que toute tumeur ovarique, fut-elle réputée *fibreuse pure*, ne va pas sans la coexistence de kystes dans sa masse. Tel est l'avis surtout de M. Kœberlé qui, dans une conférence que j'ai eue avec lui à Paris il y a quatre mois environ, m'a déclaré formellement n'avoir jamais rencontré jusqu'ici une seule tumeur fibreuse de l'ovaire qui ne fût en même temps plus ou moins kystique. Voilà pourquoi il ne suffit pas désormais de constater l'existence d'un énorme kyste pour pouvoir exclure toute idée de malignité, et qu'ici comme pour le diagnostic des tumeurs en général, il faut tenir compte de toutes les conditions de développement de la maladie, âge, constitution, hérédité, état général ou fonctionnel, et aussi la marche plus ou moins rapide ou plus ou moins lente de la lésion.

En résumé, lorsqu'il s'agit de pratiquer l'opération de l'ovariotomie, il ne suffit pas de se poser une *seule* question, comme on l'a fait jusqu'ici, à savoir la tumeur est-elle *enlevable* ou *non*, mais il faut s'enquérir en outre de *la nature* véritable de celle-ci.

La masse kystique devant être enlevée, il reste encore à savoir si la récidive sur place (dans le pédicule ou à distance) et jusque dans les viscères, ne serait pas à craindre, en quel cas il faut renoncer à opérer. Pour arriver à ce diagnostic, nous attachons une réelle importance à la rapidité avec laquelle s'est développée la maladie. Si, avec cela, il y a des signes évidents de cachexie, et *a fortiori* si des lésions locales ou viscérales (utérus, ganglions profonds, mamelles, estomac, foie, etc.) laissent soupçonner une dégénérescence possible, le mieux serait de s'abstenir de toute opération, alors même que l'absence d'adhérences, la longueur du pédicule et les autres conditions locales, en apparence favorables, sembleraient promettre un succès immédiat. En un mot, il faut être tout aussi réservé d'opérer

ici que lorsqu'il s'agit d'un sein qu'on soupçonne devoir être carcinomateux.

DISCUSSION

M. VERNEUIL. Je pourrai faire des démarches officielles à l'effet d'obtenir des détails circonstanciés relatifs à une malade des environs de Paris, opérée de l'ovariotomie, et qui aurait succombé un an après à un cancer généralisé. Cette corrélation est assez importante pour que cette question mérite d'être traitée ici.

A ce propos, je me souviens qu'il est entré l'an dernier à la Pitié une fort belle fille de campagne, porteur d'une tumeur du ventre bosselée et ressemblant à un kyste de l'ovaire. Une ponction exploratrice fut pratiquée. La malade succomba en deux jours et demi, et nous trouvâmes, à l'autopsie, un kyste multiloculaire de l'ovaire droit et, dans tous les viscères, un grand nombre de tumeurs secondaires analogues aux sarcomes. Il serait donc bon, je crois, sans incriminer l'ovariotomie, opération sur la valeur de laquelle nous sommes tous fixés, que la vérité se fît jour sur cette question.

M. PANAS. Je regrette vivement que M. Boinet soit absent. Il aurait pu nous citer un nombre considérable de reproductions sur place. Je puis du reste, je crois, sans crainte de déflorer une communication directe de sa part, citer un de ses faits. Il s'agissait d'un kyste multiloculaire, type à liquide glaireux. L'ovariotomie fut pratiquée et suivie de guérison; un an après, on pouvait constater à la place du kyste une tumeur deux fois grosse comme une tête d'enfant. M. Boinet retenta une nouvelle opération et trouva un énorme cancer du pédicule. Il serait donc, je le répète, fort intéressant d'avoir sous les yeux les suites des opérations d'ovariotomie à des époques plus ou moins distantes.

PRÉSENTATIONS

M. THÉOPHILE ANGER présente une malade opérée d'un kyste de l'ovaire. Sa note est renvoyée à la commission déjà nommée.

M. LE FORT présente un instrument de M. Collin, destiné à la transfusion du sang.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

238. Landolt. Le grossissement des images ophthalmoscopiques.

239. Soulié. Contribution à l'application de l'appareil d'Esmarch. — Ischémie chirurgicale.

240. Dubois. De l'anévrysme de l'aorte abdominale.

241. Devernoix. Du cancer de l'utérus dans ses complications du côté de la vessie et des reins.

242. Bouissou. De l'opportunité de la ponction aspiratrice dans le traitement de la hernie étranglée.

243. Lebel. Essai sur le moment où s'établit la suppuration dans les plaies exposées, de l'influence du pansement ouaté et du perchlorure de fer sur l'établissement de la suppuration et de la fièvre traumatique.

244. Galvami. Du traitement de l'hydrocèle vaginale par l'injection vineuse et spécialement par cette injection faite à la température ordinaire.

245. Stapfer. Essai de diagnostic de l'hématurie vésicale causée par la tuberculisation.

246. Lesonneux. Contribution à l'étude de la forme sèche et des récidives de la péricardite.

247. Foch. Des hystéromes surtout au point de vue de la génération.

248. Delaye. Quelques considérations sur l'hygiène des casernes.

249. Franciel. Essai sur les mouvements de l'iris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur l'appareil vaso-moteur (physiologie et pathologie), faites à la Faculté de médecine de Paris par A. VULPIAN, professeur à la Faculté de médecine de Paris, rédigées et publiées par le docteur H. C. CARVILLE. — 1875. — Tome Ier. — 1 vol. in-8° de 750 pages. — Prix : 8 francs. — Germer-Baillière.

Etude clinique de la phthisie galopante, preuves expérimentales de la non-spécificité et de la non-inoculabilité des phthisies, par le docteur METZQUER. Ouvrage précédé d'une préface de M. le professeur FELTZ. — In-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Recherches sur l'inflammation des trompes utérines et ses conséquences, par le docteur SEUVRE. — In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Étude clinique sur quelques complications des pleurésies, par le docteur MORA. — In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 93. — MARDI 11 AOUT 1874. 47e ANNÉE. MARDI 11 AOUT 1874. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. WATELET.

Croup bronchique chez un enfant de quatorze ans. — Trachéotomie. — Aspiration des fausses membranes à l'aide de la sonde-bougie à bout coupé. — Guérison.

Dans la nuit du 31 mai, je fus appelé par mon excellent confrère le docteur Robinet, pour pratiquer la trachéotomie sur le jeune N..., 39, rue du Cherche-Midi, atteint de croup bronchique.

L'enfant, sujet à des laryngites fréquentes, était mal en train depuis trois jours seulement. La voix était un peu rauque, et, malgré cela, jusqu'au 31 au soir, il avait couru dans la rue. Dans cette même soirée, le docteur Robinet avait été appelé, et déjà, en quelques heures, la maladie avait fait de tels progrès que, malgré l'absence de fausses membranes dans l'arrière-gorge, mon confrère avait pensé à un croup. A deux heures du matin on vient le réveiller, et il trouve l'enfant asphyxiant avec tous les symptômes d'un croup.

A mon arrivée, j'examine aussi la gorge, qui ne présente aucune rougeur ; la respiration se fait difficilement, avec un sifflement laryngo-trachéal caractéristique. Le pouls est petit, irrégulier, l'aphonie complète, ainsi que l'anesthésie, bref la mort me parait imminente. *A priori*, je considère toute opération comme inutile, et c'est pour ainsi dire malgré moi que je pratique la trachéotomie, qui présente quelques difficultés en raison de la situation profonde de la trachée et du calibre, relativement petit pour l'âge de l'enfant.

La canule est introduite après le rejet de nombreuses fausses membranes dont la sortie est, d'ailleurs, facilitée par l'écartement de la plaie au moyen du dilatateur à trois branches.

1er juin. — La première journée est assez bonne, à part quelques légers accès de suffocation ; la fièvre est très-vive ; de nombreux râles crépitants et sous-crépitants s'entendent dans toute la partie antérieure des deux poumons, avec prédominance marquée à gauche, au niveau de la région cardiaque.

Le soir, dans la crainte d'une pneumonie, mon confrère et moi ordonnons un large vésicatoire de 15 centimètres sur le devant de la poitrine. L'enfant est très-agité dans la soirée; quelques fausses membranes sont amenées péniblement au dehors au moment de la toux ; la respiration est fort gênée. Nous retirons momentanément la canule ; le dilatateur introduit, nous provoquons des quintes de toux en poussant profondément dans la trachée la petite éponge montée sur une tige flexible. Quelques fausses membranes, longues de plus de 4 centimètres, sont rendues à ce moment. Nous replaçons la canule, et la nuit n'est pas trop mauvaise.

2 juin. — Le deuxième jour est marqué par des accès de suffocation terribles. Vers deux heures de l'après-midi, mon confrère Robinet est mandé en toute hâte, car l'enfant peut à peine respirer. Il retire la canule et, comme l'éponge ne fait pas cesser les accidents, il introduit dans la trachée, aussi profondément que possible, une sonde-bougie à bout olivaire avec laquelle il ramène en quantité des fausses membranes.

Vers quatre heures du soir, on vient me chercher à mon tour, et je trouve l'enfant cyanosé, portant ses mains à son cou pour indiquer qu'il y a là un obstacle. Je retire la canule, j'emploie la bougie olivaire, mais sans résultat. Je pense alors à introduire dans la trachée une sonde-bougie à bout coupé, n° 19, et, comme j'éprouve une certaine difficulté en raison du volume considérable de l'instrument, j'attends chaque mouvement d'inspiration pour avancer d'un centimètre environ à chaque fois.

De cette façon, j'arrive jusqu'à la bifurcation et, à ce moment, les quintes de toux sont violentes. Replié sur lui-même, le visage congestionné, les yeux larmoyants, l'enfant fait des efforts inouïs pour respirer. L'air entre et sort par la sonde, et l'on entend, lors de son passage, que l'intérieur de la sonde se remplit de plus en plus à chaque expiration. Profitant alors de la fin d'une expiration brusque, suivie de saccades, j'applique le doigt indicateur sur le trou de la sonde, que je retire brusquement, sûr d'avoir fait le vide, au moins partiellement : en effet, je retire la sonde, remplie dans toute sa longueur de fausses membranes et de liquide muco-purulent. Je répète la même manœuvre, avec le même succès, cinq fois de suite.

L'enfant respirant mieux, je replace la canule et, jusqu'à onze heures du soir, le calme est parfait. A cette heure, nouvelle gêne respiratoire, nouvelle aspiration, et l'enfant s'endort pour ne se réveiller qu'à huit heures du matin.

3 juin. — La fièvre est presque nulle; la langue est humide; quelques râles sonores dans la poitrine. Nous prescrivons une potion de 120 grammes de vin vieux de Bordeaux, et teinture de cannelle 4 grammes, sans compter les bouillons et le vin rouge, qui ont été prescrits aussitôt l'opération.

Dans le courant de la journée, à deux reprises, la gêne respiratoire reparaît, et deux nouvelles aspirations amènent l'expulsion de fausses membranes sèches et colorées par le sang.

Le soir, enlèvement de la canule jusqu'au lendemain à midi ; la plaie est dipthéritique.

4 juin. — Le midi, nouvelle menace de suffocation, mais moins intense que les précédentes ; nouvelle aspiration. La plaie ayant toujours assez mauvais aspect, je replace la canule jusqu'au soir dix heures. A cette heure, nouvelle aspiration, qui ne donne qu'un liquide spumeux et rosé. La plaie, qui a été touchée avec le jus de citron, présente quelques points bourgeonnants, mais très-rares. L'enfant ayant rendu quelques crachats par la bouche, nous nous décidons à retirer définitivement la canule, et la plaie est pansée avec un linge fenêtré enduit de cérat; plumasseau de charpie par dessus et tarlatane en cravate pour maintenir le tout. La nuit est excellente, et l'auscultation ne permet de constater que la présence de quelques gros râles sibilants.

5 juin. — L'enfant va très-bien : la plaie a considérablement dimi-

nué depuis hier. La journée et la nuit sont excellentes ; l'alimentation la plus substantielle est continuée ; nous ajoutons un peu d'eau de goudron.

6 juin. — La plaie est si petite que l'air pénètre à peine. L'enfant se lève une heure environ.

7 juin. — Excellente journée.

8 juin. — La plaie est longitudinale, de la longueur d'un haricot ; elle ne communique plus avec la trachée.

10 juin. — La plaie ne présente plus qu'une surface grande comme un pois.

12 juin. — La cicatrisation est complète.

15 juin. — L'enfant vient me voir ; il est complétement guéri.

Réflexions. — Je crois que, dans ce cas particulier, l'emploi de la sonde à bout coupé, employée comme je viens de le dire, a beaucoup contribué à la guérison de notre petit malade. En tenant compte de l'âge, qui était certainement favorable, je pense néanmoins que, sans ce petit artifice, l'enfant aurait succombé à l'obstruction bronchique produite par les fausses membranes.

Voici, en quelques lignes, les avantages qu'on peut retirer en employant la sonde :

1° La sonde, par son contact avec la trachée, agit comme un corps étranger et provoque les contractions énergiques et répétées de cet organe. En poussant jusqu'à la bifurcation, on a chance qu'une des deux grosses bronches soit plus perméable à l'air, et, en raison du gros calibre de l'instrument, l'air peut circuler librement du dehors au dedans, et *vice versa*. — Le calibre de l'instrument a aussi une autre importance ; il permet à la sonde de s'aboucher pour ainsi dire avec la bronche, et celle-ci, venant à se contracter dans l'expiration, déverse les mucosités et fausses membranes. En somme, l'introduction de la sonde jusqu'à la bifurcation abrége, d'une part, l'arrivée de l'air au poumon, et l'expulsion des fausses membranes d'autre part.

2° La combinaison de ces deux temps, fermeture de l'orifice de la sonde et sortie rapide me paraissent avoir la plus grande importance pour rapporter quelque chose au dehors. En effet, le vide partiel produit ne peut exister que peu de temps, l'air pouvant rentrer par l'extrémité inférieure de la sonde, qui ne peut être en contact parfait avec la surface interne de la trachée.

3° Le volume de la sonde doit être, bien entendu, proportionnel au volume de la trachée et varier selon les âges. Dans tous les cas, je crois qu'elle doit pénétrer avec une certaine difficulté et se mouler, pour ainsi dire, sur la face interne de trachée : de cette façon, les fausses membranes qui sont flottantes ou peu adhérentes peuvent être plus facilement détachées ; en outre, ce moulage de la sonde sur la trachée fait que tout l'effort de la colonne d'air, dans l'expiratition, se porte dans l'intérieur de la sonde, ce qui est une condition excellente pour que les fausses membranes soient chassées dans la même direction que la colonne d'air.

Une sonde plus petite briserait la colonne d'air ; une partie de l'air s'engagerait bien dans la sonde, mais avec une force de propulsion moindre, car le reste suivrait son chemin entre la face externe de la sonde et la face interne de la trachée ; les fausses membranes aussi suivraient le même chemin.

HOPITAL MILITAIRE DE MÉDÉAH. — M. Aron.

Abcès du foie évacué par les bronches. — Guérison rapide.

(Observation recueillie par M. Cadot, médecin aide-major.)

M... B... K..., civil indigène, âgé d'environ vingt-cinq ans, cultivateur, habitant les environs de Berrouaghina, district assez fiévreux en été, entre à l'hôpital de Médéah, le 5 février 1874. De constitution moyenne, de tempérament quelque peu scrofuleux, amaigri et en proie à une dyspnée assez accusée et à une toux fréquente avec expectoration presque non interrompue.

Cet indigène raconte que depuis trois ans il a eu des fièvres intermittentes d'une façon non permanente ; mais déjà antérieurement, c'est-à-dire depuis près de cinq à six ans, il portait dans la région du foie une tumeur qui présentait des alternatives d'augmentation et de diminution de volume. Il a pu cependant continuer à travailler et n'a pas remarqué qu'il fût devenu jaune parfois. Au mois de décembre 1873, la région du foie est devenue subitement le siége d'un point douloureux, aigu qui gênait notablement la respiration et s'exaspérait par la pression ; à cette époque, toutefois, la tuméfaction était moins volumineuse qu'elle ne l'a été à certains moments. L'appétit néanmoins s'est maintenu dans de bonnes conditions. Il n'y a pas d'autres phénomènes à signaler à ce moment, ni toux, ni sensation douloureuse en d'autres points ; jamais de douleurs à l'épaule droite, caractéristique des abcès du foie.

Vers la fin de décembre 1873, il crache, un jour, un verre plein d'une matière ressemblant à du pus, et le même jour, mais quelques heures plus tard une pareille quantité de sang ; le lendemain seulement sont survenus des crachats d'une couleur jaune safran en grande quantité, à peu près la valeur de trois crachoirs pleins. Ces crachats ont depuis cette époque persisté avec la même couleur et la même quantité, et peu à peu la tuméfaction du foie a disparu ; et au bout d'une huitaine de jours, il n'en restait plus de traces. C'est à partir de cette époque aussi qu'est survenue une toux quinteuse qui persiste, et que l'amaigrissement a fait des progrès.

A son entrée à l'hôpital le 5 février 1874, on constate que le côté droit de la poitrine est légèrement bombé en avant et a conservé en arrière sa conformation régulière. La percussion est sonore, mais douloureuse du côté droit, en avant, surtout, lorsqu'on se rapproche du mamelon. En arrière du même côté, sonorité normale dans la fosse susépineuse et submatité dans toute la région inférieure de l'épine. La matité hépatique s'entend depuis 3 centimètres au-dessous du mamelon jusqu'au rebord des fausses côtes qu'elle ne dépasse pas. A l'auscultation en avant et à droite, dans toute la hauteur souffle à la fin de l'inspiration avec expiration notablement prolongée ; rudesse des deux temps de la respiration ; en arrière du même côté, expiration prolongée dans la fosse sous-épineuse avec quelques râles muqueux rares, des sibilances et une diminution de l'intensité respiratoire dans la partie inférieure. Parfois, vers la fin de l'inspiration, on perçoit un petit bruit assez analogue au tintement métallique ou à un bruit de claquement valvulaire. Les vibrations thoraciques à ce niveau décroissent insensiblement à partir de l'épine de l'omoplate jusqu'à la limite inférieure du poumon droit ; la voix nasonnée à droite a de plus un retentissement exagéré. A gauche, rien de semblable et intégrité des deux temps de la respiration. La langue est recouverte d'un enduit jaunâtre très-épais ; pas de douleur abdominale à la pression ; les selles ne sont pas modifiées, l'appétit est conservé, pas de fièvre du reste.

Les crachats ont conservé leur couleur jaune safran et leur abondance habituelle (trois crachoirs par jour, représentant 90 centilitres), pendant les huit jours qui ont suivi son entrée à l'hôpital. Analysés avec soin par M. Marly, pharmacien-major, ils ont présenté les caractères suivants : de couleur jaune safran, de consistance visqueuse, spumeux, ils se séparent par le repos en deux couches distinctes : l'une supérieure, spumeuse et fortement colorée en jaune, l'autre inférieure, épaisse, filante et colorée en jaune tirant sur le brun. Ces matières battues avec une petite quantité d'eau distillée donnent après filtration un liquide clair, jaunâtre, alcalin qui sert aux réactions suivantes :

1° Abondant précipité par les acides, même par l'acide acétique et coloration verte par l'acide azotique ;

2° Versé avec précaution au-dessus d'un mélange d'acide sulfurique, production d'un anneau d'un beau vert qui passe au bleu et au violet ;

3° Agité dans un tube avec du chloroforme, ce dernier s'est rassemblé après un instant de repos à la partie inférieure, entraînant

une matière colorante jaune, qui a donné les mêmes réactions avec l'acide azotique nitreux ;

4° Enfin, par la réaction de Pettenkoffer, on a obtenu une série de colorations passant du jaune au rouge cerise, au rouge carmin et définitivement au violet pourpre foncé, et au bout de quarante-huit heures le liquide a lui-même passé au vert foncé.

D'où l'on peut conclure que ces matières renferment une grande quantité de bile; on y trouve en outre beaucoup de mucine, de ptyaline et une petite quantité d'albumine que le dosage a permis d'évaluer à 0,4 pour 100 grammes de matières (à l'état sec).

Le 13 février, à cinq heures du soir, l'expectoration des crachats bilieux a brusquement cessé pour faire place à l'excrétion d'un pus grisâtre, épais, mélangé d'une petite quantité d'une matière brune chocolat (sang probablement); le 14, la langue est devenue moins jaune que d'ordinaire, les crachats sont en bien moindre quantité que la veille, à peine un quart de crachoir. La légion du foie est peu douloureuse, mais la douleur s'est étendue du côté des fausses côtes où la pression est actuellement sensible.

A l'examen de la poitrine, rien de changé en avant; en arrière et à droite la percussion indique une augmentation de la matité dans toute la partie comprise entre la limite inférieure du poumon et une ligne horizontale qui passerait à égale distance de l'épine et de l'angle de l'omoplate. Poids du malade : 57 kil. 500.

De ce jour jusqu'au 23, l'état général continue à s'améliorer, l'appétit tient et la toux diminue en même temps que la respiration se fait plus facilement; un peu d'œdème des extrémités survient cependant avec une diminution du poids du malade (57 kilogrammes). Dès le 23, les crachats dont la quantité n'a pas augmenté restent constitués par du pus coloré de ci de là par une matière rouge brique ou jaunâtre qui ressemble à des fragments d'écorce de quinquina, et que l'analyse chimique a montrée formée par du pigment biliaire; cette substance présente toutes les réactions de la bilirubine. L'état général se relève de jour en jour, la toux est devenue rare, la respiration encore soufflée en arrière est voilée à la partie inférieure, mais la sonorité de percussion ainsi que les vibrations thoraciques reparaissent peu à peu (poids : 58 kil. 400.)

Le 2 mars, l'embonpoint est revenu; il n'y a plus que quelques rares crachats purulents dans la journée, plus de douleurs dans la région du foie. La respiration a repris ses caractères normaux (poids du malade : 59 kil. 500.)

Sort le 3 mars 1874.

Le traitement a consisté pendant toute la maladie en un régime tonique avec du lait comme boisson, de l'huile de foie de morue, du vin de quinquina avec de l'extrait du même et des préparations morphinées pour le soir.

Nous avons pensé qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à publier la relation qui précède d'un abcès du foie qui, s'étant fait jour dans la poitrine, s'est vidé par les bronches et a marché vers une guérison totale par les seuls efforts de la nature. On a longtemps attribué aux cas de ce genre un pronostic des plus sombres contre lequel l'étude d'un certain nombre de faits a forcé de réagir. Si nous consultons les statistiques publiées, nous voyons que sur cent soixante-deux cas mortels cités par Ronis, il y en eut onze dans lesquels le pus s'est vidé dans la plèvre, quinze où il pénétra dans les bronches. Parmi trente-neuf cas suivis de guérison et indiqués par le même auteur, il y en eut quinze avec ouverture dans les bronches.

Voici déjà un amendement accentué à apporter aux opinions alarmistes d'autrefois. A côté des chiffres relativement nombreux de Ronis, citons encore les suivants pour indiquer la proportion comparée des abcès hépatiques ouverts dans les organes respiratoires. Dans vingt-cinq cas cités par Haspel, nous en voyons deux ouverts dans les poumons ; Combay sur dix cas publie deux abcès éliminés par les bronches; Morehead trouve une proportion de 10 pour 100 pour l'évacuation dans les poumons et la plèvre (quatorze fois sur cent quarante).

En recherchant, parmi le peu de matériaux actuellement à notre disposition, ce qui pouvait nous fournir quelques renseignements sur cette question, nous avons trouvé dans la *Gazette médicale de Paris*, 1847, page 656, l'analyse d'un travail communiqué à la Société de médecine de Belgique par M. Raikem sur les abcès du foie ouverts dans les bronches, appuyé sur huit observations dont plusieurs lui sont personnelles et qui conclut à la fréquence relative de la guérison.

Nous regrettons de n'avoir pu, par la lecture de ce mémoire complet, comparer les analogies ou les différences de notre observation avec celles qui y sont relatées; il en ressort toutefois l'opinion suivante que, dans les cas à issue favorable, il s'établit entre le foyer purulent hépatique et les bronches un canal fistuleux qui, traversant le diaphragme, gagne une ou plusieurs ramifications bronchiques, de manière à y déverser, par une ou plusieurs voies, le contenu de ce foyer. Cette condition est-elle indispensable pour une évolution bénigne? Il est certain que, dans onze observations suivies de mort, ces communications adventices directes n'existaient pas et que le pus n'arrivait dans les bronches que médiatement après avoir laissé dans le poumon, la plèvre ou d'autres organes, des parties de sa masse soit infiltrées, soit collectées. Les symptômes signalés dans l'évolution morbide qui nous occupe, et dont aucun n'a fait défaut dans notre observation, se déroulent habituellement dans l'ordre suivant : après des antécédents variables ayant amené l'hépatite suppurée, et sur lesquels nous n'insistons pas, une violente douleur naît brusquement dans la région hépatique ou thoracique correspondante et avec elle survient une dyspnée accentuée, allant jusqu'à l'orthopnée la plus anxieuse; chez notre malade, il semble que, jusqu'à ce moment, la tuméfaction jécorale a diminué. D'ordinaire, cet effet est moins rapide, la toux, l'expectoration et les caractères tout particuliers qu'elle revêt aussitôt attirent l'attention sur une situation nouvelle et insolite, et provoquent l'examen des organes thoraciques. Quels sont d'abord les caractères des produits expectorés? Ils consistent habituellement en flots de crachats puriformes, âcres, fétides, laissant quelquefois un goût d'excréments dans la bouche, colorés tantôt en brun rougeâtre par du sang, d'autrefois renfermant de la matière biliaire verdâtre ou jaunâtre. Nous voyons chez notre malade qu'une première évacuation purulente fut suivie le même jour de l'expectoration d'une pareille quantité de sang, et que le lendemain seulement la couleur et la consistance des crachats prirent les caractères qui frappèrent notre attention au moment de l'entrée du malade; sans doute y eut-il irruption par effraction du pus dans les poumons, puis dans les bronches; à la suite d'un lent travail d'ulcération, quelque vaisseau ouvert par celle-ci, donne le sang du premier jour, puis le pus étant évacué, l'expectoration devient simplement biliaire et albumineuse. Les détails de l'analyse complète concluent, en effet, à la présence d'une grande quantité de bile et en outre de mucine, de ptyaline et d'albumine. Au bout d'une vingtaine de jours, l'expectoration a changé d'aspect et de quantité à la fois; plus épais, moins albumineux et redevenus purulents, les crachats sont parsemés de petits points rouge jaunâtre qu'au premier aspect on prendrait pour des fragments d'écorce de quinquina et qui ne sont autres que du pigment biliaire qui représente toutes les réactions de la bilirubine. En effet, le foyer hépatique a continué de se vider, et la réparation, se faisant peu à peu, explique les modifications indiquées. Les signes thoraciques, voussure du côté droit, matité sous-épineuse, respiration soufflée avec expiration prolongée et râles sous-muqueux sont classiques : le retentissement égaphonique

de la voix doit être attribué à un peu d'épanchement dans la plèvre ou à la production d'une poche liquide placée entre le foie et les bronches; à la fin de l'inspiration et pendant les premiers jours de l'observation, nous percevions nettement un petit bruit tenant le milieu entre celui du tintement métallique et du claquement valvulaire et qui disparut pour ne plus reparaître dans les derniers jours; nous lui donnons pour cause l'existence probable d'une petite soupape membraneuse située au point de communication avec les bronches et qui peu à peu disparut sans doute par les progrès de la cicatrisation.

Nous renvoyons, à la lecture de l'observation pour la marche rapide vers la guérison suivie par l'affection et que signalent à la fois l'amendement des phénomènes locaux et fonctionnels et l'augmentation de poids du malade indiquée par des pesées régulières. Lorsque l'issue est moins favorable, c'est lentement et par une tendance non discontinuée vers les phénomènes de l'echtysie que la mort survient. Ce qui nous paraît caractériser en somme notre observation et justifier son intérêt, c'est d'abord la rapidité de la guérison survenue en deux mois de temps et en second lieu la constatation régulière et par les différents réactifs chimiques usités de la présence d'une quantité notable de matière biliaire dans l'expectoration, puis de sa disparition successive.

Note sur les cas de tétanos observés pendant une pratique de plus de quarante années

Par le docteur Bourgeois (d'Étampes)
Membre correspondant de la Société de chirurgie (1).

D'après ce petit nombre de faits, il serait évidemment irrationnel de vouloir établir des lois générales; aussi, telle n'est pas mon intention: je n'ai voulu qu'apporter mon humble moellon à la construction de l'édifice, espérant que d'autres voudront bien m'imiter; de la sorte on pourrait obtenir une très-grande quantité d'observations de toute nature, qui permettraient de connaître la léthalité réelle du mal, qui jusqu'à ce jour paraît avoir été peu modifiée par tous nos efforts curatifs; partant de cette connaissance, nous pourrions bien mieux apprécier l'efficacité du nouvel agent dont on dit aujourd'hui tant de merveilles. A Dieu ne plaise qu'il n'en soit pas de lui comme de tous les remèdes qui ne guérissent que dans leur primeur. L'année dernière, n'avons-nous pas vu la fameuse *quintessence de la saumure du hareng* guérir tous les rhumatismes articulaires, et cependant on n'en parle plus aujourd'hui.

Si je ne me trompe, la pratique civile doit différer sensiblement de celle des chirurgiens militaires. Ces derniers, en effet, ne sont guère appelés qu'à voir des cas de tétanos développés à la suite de vastes lésions comminutives, ébranlant plus ou moins tout l'organisme et sidérant le système nerveux; lésions qui, par elles-mêmes, peuvent entraîner souvent la mort des pauvres blessés ou opérés; ce qui doit singulièrement changer le chiffre de la mortalité de cette terrible complication, si l'on réfléchit encore aux circonstances presque toujours fâcheuses où se trouvent ces malheureux tétaniques. Dans nos milieux, au contraire, sur dix cas il y en a plus de la moitié qui ne doivent naissance qu'à des plaies insignifiantes, bien souvent inaperçues et oubliées.

Dans les brèves observations rapportées plus haut, nous voyons les trois cas de tétanos spontané, ou *a frigore* ou *rhumatismal*, comme on l'a encore appelé, se terminer par la guérison; résultat qui vient à l'appui d'une moindre gravité dans le pronostic de cette forme admise par tout le monde. Néanmoins il ne faudrait pas toujours compter sur son innocuité.

Dans la seconde série, ce sont le plus souvent de toutes petites plaies écrasées, occupant les extrémités des membres et notamment les doigts et les orteils qui sont la cause générative du mal, sans doute à cause de la grande quantité de nerfs qui entrent dans leur organisation. Du reste, les deux extrémités fournissent un égal contingent. Ce qu'il y a de singulier, c'est qu'à la suite des lésions les plus considérables, l'amputation des deux jambes et la destruction de toute la main chez la petite fille de la campagne de Trousseau, le mal s'est borné au trismus par lequel j'ai toujours vu le tétanos général débuter.

Dans les cas où la maladie s'est développée après une cautérisation dirigée généralement contre la pustule maligne, si commune dans nos contrées, elle n'est survenue qu'au moment où les escarres étant détachées, la plaie tendait à se cicatriser; quel qu'ait été, du reste, le genre de caustique employé, s'agissait-il même du fer rouge, comme j'en connais des exemples, bien qui ne me soient pas propres.

Y a-t-il une forme aiguë et une forme chronique du terrible mal qui nous occupe? Si l'on n'a égard qu'à l'intensité des symptômes, à la violence des crises spasmodiques qui se renouvellent si souvent, il est difficile d'établir une distinction entre les différents cas de tétanos, si ce n'est qu'ils ont une durée plus ou moins longue, mais n'en est-il pas ainsi dans le plus grand nombre des maladies aiguës? Pour mon compte, que les malades succombassent au bout de sept à huit jours ou de quinze à vingt, je les ai toujours trouvés aussi souffrants et ayant aussi peu de repos. Ceux que j'ai pu guérir n'ont, en général, eu un peu de répit que vers le vingtième jour. Une seule fois, chez le jeune homme de Boissy-le-Sec auquel on avait appliqué la pâte de Cancoin avec si peu de ménagement, la mort est survenu en vingt-quatre heures; mais ne faut-il pas tenir compte ici de l'affreux traumatisme artificiel et des cruelles douleurs endurées par ce malheureux qui ont certainement dû contribuer à hâter sa fin.

Rarement j'ai assisté à la fin des tétaniques; dans le peu de cas où j'ai été témoin de leurs derniers moments, j'ai pu constater que les contractions diminuaient d'intensité, que les crises s'affaiblissaient, et qu'ils mouraient au milieu d'un spasme d'une violence modéré et sans agonie.

J'ai toujours trouvé chez les malades la chaleur fortement augmentée, des sueurs chaudes, profuses, de la soif, de l'inappétence, la langue presque nette ou légèrement saburrale, mais humide, les selles rares ainsi que les urines, qui deviennent bientôt rouges et chargées de dépôts. Le pouls est plein, large, fréquent, en général peu de céphalalgie et rarement du délire. Il est difficile de dire s'il y a de la rachialgie, car les muscles des gouttières vertébrales étaient fortement endoloris, ces deux phénomènes se confondent.

Dans les livres classiques, outre le trismus qui est le premier degré de l'affection, auquel elle se borne quelquefois comme dans les deux cas rapportés, on admet différentes manifestations tétaniques suivant les plans du corps qu'occupe le mal, et on leur a donné des noms spéciaux: ainsi on appelle emprosthotonos celui qui attaque les muscles antérieurs du corps, en courbant le malade en avant comme une sorte de manchon; pleurosthotonos, celui qui affecte les plans latéraux, et enfin opisthotonos quand il siége en arrière du tronc et des membres. Pour mon compte, je n'ai jamais observé que cette dernière forme, encore bien que tous les muscles volontaires fussent atteints, en avant, en arrière et sur les côtés. Ce que j'ai pu constater souvent, c'est que le malade ne repose que sur la tête et la bassin, le dos étant relevé comme une voûte de pont. Les muscles formant la paroi antérieure de l'abdomen sont tellement tendus que cette cavité, antérieurement au moins, semble être constituée par un cylindre métallique, et, l'on ne doit pas s'étonner de la rupture des muscles qu'on observe alors assez souvent.

Le pronostic devra varier suivant qu'il s'agira du tétanos spontané ou traumatique. Le premier est d'une gravité modérée, mais le second est mortel dans le plus grand nombre de cas; cependant il l'est peut-être moins fréquemment qu'on a coutume de le dire et que je le pensais avant de l'avoir observé personnellement: ainsi sur dix-sept cas, je l'ai pu voir guérir cinq fois, y compris les cas de trismus: c'est là sans doute une terrible mortalité, mais on peut voir cependant que tout espoir n'est pas perdu.

Il doit, néanmoins, y avoir certaines catégories plus graves les unes que les autres, comme par exemple quand il survient après les plaies

(1) Fin. — Voir le numéro du 8 août 1874.

d'armes à feu. Je n'ai pas connaissance non plus de guérison après les plaies par cautérisation, quel que soit le procédé.

Ici deux questions se présentent : la maladie étant abandonnée à elle-même qu'elle serait la proportion des décès? Combien le traitement le mieux approprié pourrait-il en sauver? Questions auxquelles il est à peu près impossible de répondre dans l'état actuel et pour l'étude desquelles il faudrait réunir un très-grand nombre d'observations. C'est dans ce but même et pour qu'une nouvelle enquête soit faite, que j'adresse cet appel à mes confrères. On peut dire que si la première des questions était élucidée, rien ne serait plus facile que de trancher la seconde; mais, jusque-là, il n'y aura que doute et incertitude.

Les moyens curatifs employés jusqu'à présent n'auraient eu qu'une efficacité bien douteuse; tous ont le plus souvent échoué, et quelquefois ont paru couronnés de succès: tels ont été les saignées, les bains généraux, les bains de vapeur, les opiacés, les calmants de toute sorte à des doses plus ou moins élevées. Depuis quelques années on préconisait le bromure de potassium qui m'a paru avoir quelque efficacité dans ce cas. Aujourd'hui enfin, c'est le chloral, sur lequel chacun paraît beaucoup compter. Puisse-t-il n'y avoir pas là une illusion nouvelle! Mais je m'aperçois que je m'écarte de mon programme, et je me hâte de clore cette note pour ne pas abuser de vos précieux instants.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 4 février 1874 (1). — Présidence de M. Peter.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. BLONDEAU. J'ai demandé la parole pour une présentation de malade, et le malade c'est moi. Il y a douze jours, me portant très-bien, n'ayant jamais éprouvé le plus petit trouble du côté du tube digestif, si ce n'est quelquefois un peu de constipation, je rendis spontanément, en allant à la garde-robe, une masse blanche, que je reconnus être un tænia, mesurant au moins 1 mètre. Je dois dire qu'il y a vingt ans je rendis une grande quantité de lombrics à la fois, et que, dix ans plus tard, j'en rendis un seul. Je ne m'en suis pas préoccupé; mais, depuis cette époque, j'ai pris l'habitude d'examiner chaque fois mes garde-robes; je puis donc affirmer qu'avant ce jour je n'ai jamais rendu le moindre débris de tænia. Je ne me mis pas en quête de la tête, en sorte que j'ignore si l'animal a été expulsé en entier; mais, comme je n'éprouve aucun trouble fonctionnel, je ne fais pas de traitement tænifuge, et je pense que c'est la pratique qu'il faut adopter en pareil cas.

En présence de ce petit fait, je me demande s'il n'existe pas beaucoup d'individus qui, comme moi, en l'absence de troubles fonctionnels ont, à leur insu, un ver solitaire.

DISCUSSION

M. PETER. Le fait que nous communique M. Blondeau est intéressant, car il n'est ni habituel ni classique que le tænia puisse exister sans manifester sa présence par des troubles intestinaux.

M. BLONDEAU. J'ai dit que je n'avais pas fait de traitement tænifuge, mais je dois ajouter que, depuis sept ans, je prends habituellement vingt jours par mois une cuillerée à café d'une solution d'arséniate de soude à la dose de 5 centigrammes pour 100 grammes d'eau. Ne serait-il pas possible que cette continuité dans la médication arsenicale ait eu une influence sur le résultat que j'ai annoncé.

M. CHARRIER. J'ai observé, dans ces dernières années, quatre à cinq cas de tænia, et toujours j'ai vu les malades présenter de la dyspepsie, des vertiges et même des attaques épileptiformes. Si bien que, toutes les fois que je ne puis rattacher ces symptômes à une maladie déterminée, je soupçonne la présence d'un tænia, et bien souvent mon diagnostic s'est trouvé justifié.

M. Blondeau n'a pas dû rendre la totalité de son tænia, car il est bien rare d'en voir qui n'ait pas plus d'un mètre.

A propos de la thérapeutique, je rappellerai un moyen négligé aujourd'hui, et recommandé par un médecin militaire dans le *Bulletin de thérapeutique* de Deboux. Il consiste à avaler dans une potion 40 à 50 grammes d'éther, et à prendre, une heure et demie après, 50 grammes d'huile de ricin. Dans deux cas rebelles aux autres moyens, j'ai eu deux succès complets, et pas de récidive.

M. DELASIAUVE. J'ai soigné une épileptique qui, en même temps que d'autres phénomènes nerveux, éprouvait des sensations étranges dont le ventre était le siége. Un jour elle rendit des fragments de tænia, et après une dose de kousso, l'expulsion fut complète. Je pensai tout d'abord, comme M. Charrier, que les phénomènes nerveux pouvaient être sous la dépendance du ver solitaire. Mais il n'en était rien, car ces accidents persistèrent.

Je crois que la dose de 50 grammes d'éther est un peu trop forte. Pour moi, je ne dépasse pas 8 grammes en lavement contre les oxyures, une fois même 6 grammes ont déterminé des accidents cérébraux.

M. CHARRIER. Je n'ai fait que prendre la dose indiquée dans le *Bulletin de thérapeutique*.

M. GILLEBERT D'HERCOURT. C'est à Bertollus que l'on doit l'emploi de l'éther comme tænifuge. Dans ses expériences sur les chiens qu'il éthérisait, il avait remarqué que toujours les vers étaient ramenés dans l'ampoule rectale. De là la thérapeutique.

M. BLONDEAU. Dernièrement, on a présenté le traitement par l'éther comme une nouveauté. Vous savez tous qu'il est indiqué depuis longtemps dans le *Traité de thérapeutique* de Trousseau et Pidoux.

M. PERRIN. L'huile de pétrole est employée comme parasiticide par les horticulteurs et les vétérinaires. J'ai été aussi conduit à l'utiliser contre les oxyures, en lavement, à la dose d'une demi-cuillerée à une cuillerée à bouche, émulsionnée dans 125 grammes d'eau. On répète ce lavement plusieurs jours de suite. Quant aux lombrics et au tænia, M. Perrin propose de les combattre au moyen de capsules contenant 25 centigrammes de pétrole et prises dans les vingt-quatre heures au nombre de dix à douze.

En rappelant l'usage que font certains individus de l'huile de pétrole, qu'ils avalent impunément à la dose d'un et de deux petits verres, il est porté à penser qu'on peut sans inconvénient élever à de plus hautes doses l'usage de cet hydro-carbure.

M. LUNIER pense, comme M. Blondeau, qu'il ne faut pas traiter le ver solitaire quand il ne détermine pas d'accidents.

En ce qui concerne l'éther, son emploi date de très-loin. Les Irlandais, après l'avoir employé comme vermifuge, sont arrivés à le boire pour s'enivrer, et atteignent jusqu'à 200 grammes sans être empoisonnés. Donc les doses de 50 grammes n'ont rien d'exagéré.

M. FORGET est porté à croire que l'éther dont les Irlandais font usage est sophistiqué, et par conséquent moins énergique.

M. PETER. Nous avons tous présents à la mémoire l'exemple d'un de nos collègues des hôpitaux qui était arrivé, par l'habitude et progressivement, à prendre des doses considérables d'éther, mais qui finit par mourir alcoolique.

M. LUNIER. Les faits que j'ai cités sont certains. Pour l'éther comme pour l'alcool, on peut arriver progressivement à tolérer des doses considérables.

M. DE SAINT-GERMAIN cite un cas de guérison du tænia par la semence de courge.

M. PETER. Deux choses ressortent de la discussion, c'est que le tænia peut exister sans troubles fonctionnels, et qu'il peut être expulsé par une substance introduite par hasard dans le tube digestif. Un jeune prince russe ayant, à son insu, comme M. Blondeau, un ver solitaire, le rendit après avoir ingéré par distraction un petit fragment de *serpent de Moïse* qui, comme on sait, n'est autre chose que du sulfocyanure de mercure.

M. DE RANSE a vu réussir chez des malades ce qui avait échoué chez d'autres, et inversement, si bien qu'il est difficile de dire quel est le meilleur ténifuge.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr LOLLIOT.

(1) Fin. — Voir le numéro du 4 août 1874.

Séance du 28 février 1874. — Présidence de M. Peter.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Aubert Roche, qui pour raison de santé, demande à prendre le titre de membre honoraire. Une commission composée de MM. Forget, Gillette et Perrin, rapporteur, est chargée d'examiner la demande de M. Aubert Roche;

2° Une lettre de M. Gillebert d'Hercourt, fils, qui remercie la société de l'avoir nommé membre titulaire;

3° Une lettre de M. da Silva Ramos, qui remercie la société de l'avoir nommé membre correspondant.

COMMUNICATION

M. PERRIN. J'ai lu, depuis la dernière séance, dans la *Presse médicale* belge, du 22 février dernier, un mode de traitement du tænia par l'usage interne de l'acide phénique, qui m'a paru avoir quelque analogie d'action avec celui que j'ai proposé dans la dernière séance contre les vers intestinaux.

Le traitement proposé par le docteur J. P. Bill, chirurgien militaire, consiste, après avoir préalablement purgé le malade, à lui administrer d'heure en heure des pilules composées chacune de 33 centigrammes d'extrait de réglisse et de 13 centigrammes d'acide phénique, suivies de l'ingestion, chaque matin, d'un purgatif à la rhubarbe et au jalap.

L'administration, chez une individu, de trente-cinq de ces pilules amena une guérison complète dès le troisième jour. La racine de fougère mâle, celle de grenadier, les semences de courge, le kousso, l'essence de térébenthine avaient inutilement été prescrits. La médication ne fut suivie d'aucune sorte d'inconvénient.

Dans le but de permettre au médicament de passer par l'estomac sans être modifié avant d'arriver dans l'intestin en contact direct avec le tænia, on pourrait avec avantage, probablement, enduire les pilules d'acide phénique aussi bien que les capsules d'huile de pétrole proposées par nous a déjà été composé d'un revêtement en paraffine.

DISCUSSION SUR LA LARYNGOTOMIE

M. DE SAINT-GERMAIN. J'ai démontré, dans une série d'expériences faites sur les chiens, qu'il était facile, au moyen d'un cautère actuel, de pénétrer la membrane crico-thyroïdienne et d'introduire ensuite une canule dans l'orifice ainsi produit. A l'autopsie de mes chiens, j'avais remarqué des ulcérations suspectes situées à la partie postérieure et latérale du larynx, et, sur les observations qui me furent faites, je résolus de modifier mon procédé et de l'expérimenter sur des cadavres d'enfants, dont la trachée est moins développée que chez le chien. Je donnai la préférence à un système mixte. L'instrument dont je fais usage est un petit bistouri à lame tranchante et arrondie au bout, comme celle des couteaux de table. Après l'avoir fait rougir à blanc, j'agis à la fois par cautérisation et par section. Voici dans quelles circonstances j'ai eu occasion d'employer ce procédé de trachéotomie.

Un jeune enfant de trois ans était entré dans mon service de l'hôpital des Enfants pour un pied-bot varus équin. Le traitement était déjà commencé, lorsque cet enfant contracta dans les salles une rougeole, puis une bronchite, puis enfin le croup. Le 24 février dernier, l'enfant étant cyanosé et la suffocation imminente, je résolus de pratiquer la trachéotomie. Après avoir placé mon petit malade dans la position classique pour cette opération, la tête fortement étendue sur le tronc, en me servant pour oreiller d'une bouteille roulée dans une serviette, ainsi que le conseille M. Archambault, je saisis très-vigoureusement le larynx de la main gauche, et je l'appliquai fortement sur les parties profondes; avec l'index je m'assurai de la saillie du cartilage thyroïde, puis j'introduisis brusquement mon bistouri préalablement chauffé à blanc, dans la partie correspondant à la membrane crico-thyroïdienne; j'eus la sensation que mon bistouri tombait dans un vide, et je divisai alors, en sciant le cricoïde et le prenier anneau de la trachée. Pas une goutte de sang ne s'écoula, et l'on put voir au fond de la plaie une ligne noire qui n'était autre chose que l'ouverture laryngo-trachéale. Cela fait, j'introduisis sans difficulté le dilatateur à deux branches, mais je fus stupéfait de ne pas voir l'enfant soulagé. Convaincu cependant que j'étais bien dans la trachée, j'examinai la plaie avec soin, et je m'aperçus qu'elle était oblitérée par une énorme fausse membrane que je retirai. C'est dans cette petite opération qu'il s'écoula un peu de sang, environ une demi-cuillerée. A partir de ce moment l'enfant fut soulagé, et la nuit fut assez bonne. Mais depuis le mieux ne s'est pas continué, et ce matin la respiration était anxieuse, des râles muqueux occupaient tout le côté gauche, il y a donc à craindre une terminaison funeste, qui, toutefois, ne préjuge rien contre l'opération que vous avez vu se faire sans difficulté.

M. GALLARD demande pourquoi l'on n'emploierait par une lame rougie à l'aide d'un courant thermo-électrique.

M. DE SAINT-GERMAIN. J'ai vu M. Labbé pratiquer la trachéotomie à l'aide du galvano-cautère : deux jours après l'opération il se produisit deux énormes escarres à gauche et à droite, tenant à la chaleur constante de l'instrument, qui de plus est très-incommode à manier. Enfin il n'est pas toujours facile de se procurer une pile. Pour toutes ces raisons, je préfère mon procédé.

M. GILLETTE croit qu'avec le galvano-cautère on pourrait éviter les escarres consécutives, si, au lieu d'agir lentement et d'une manière continue, on agit rapidement, et par petites intermittences.

M. CHARRIER demande si la lame du bistouri, chauffée à blanc, coupe aussi bien qu'à froid.

M. DE SAINT-GERMAIN. Non, mais par compensation elle a agi en même temps comme cautère. Mon procédé est donc mixte avec celui que j'avais proposé autrefois et celui de MM. de Ranse et Muron.

M. DE RANSE. Dans nos expériences avec M. Muron, le cautère se refroidissant très-vite, nous étions obligés d'en employer deux ou de chauffer le même à plusieurs reprises. M. de Saint-Germain a-t-il été obligé de chauffer son instrument à nouveau?

M. DE SAINT-GERMAIN. Non, une seule fois a suffi, je répète que mon bistouri a une double action : caustique et tranchante.

M. PETER. Le procédé de M. de Saint-Germain est pour moi supérieur au galvano-cautère, car on a toujours sous la main une lampe et un bistonri. Au point de vue de l'hémorrhagie, il ne faudrait pas s'en exagérer l'importance. Mon expérience m'a démontré que les individus qui avaient perdu beaucoup de sang ne s'en trouvaient pas notablement plus mal. La fièvre traumatique étant amoindrie par le fait de la saignée. Je crois donc qu'on a exagéré la crainte des émissions sanguines dans les maladies infectieuses, notamment dans le croup. Il ne faut par oublier qu'à côté de l'infection, de la spécificité, il y a la phlegmasie. M. Peter termine en remerciant M. de Saint-Germain de son intéressante communication.

LECTURE

M. DUBUC lit la note suivante :

De l'uréthrotomie interne employée comme moyen de faciliter la sortie d'un corps étranger de la vessie chez un malade atteint d'un rétrécissement fibreux de l'uréthre et ayant été suivie de l'expulsion spontanée de ce corps étranger. — C'est, d'une manière générale, une question de chirurgie délicate et difficile que celle de l'extraction des corps étrangers introduits dans la vessie; mais la difficulté s'accroît encore quand à l'affection accidentelle se joint une complication comme celle qui résulte de l'existence d'un rétrécissement de l'urèthre; il est clair, en effet, qu'en pareille circonstance on est obligé, pour peu que le rétrécissement soit étroit, de rendre au canal un calibre à peu près normal avant de songer aux tentatives d'extraction. M'étant trouvé l'an dernier en présence d'un cas de ce genre, je m'adressai directement à l'uréthrotomie interne pour lever l'obstacle, dans la crainte que la dilatation simple ne fût trop longue ou inefficace; j'eus la satisfaction d'obtenir, à la suite d'une opération, que je ne considérais pourtant que comme un temps préliminaire de l'extraction, l'expulsion spontanée du corps étranger et la guérison définitive du malade.

Ce fait m'a paru assez intéressant pour mériter d'être publié; je

l'exposerai d'abord; je le ferai suivre ensuite des réflexions qu'il m'a suggérées.

OBSERVATION. — *Valvule musculaire probable du col de la vessie. Stagnation de l'urine. — Rétrécissement fibreux siégeant à 11 centimètres du méat urinaire. Sonde en gomme de 3 millimètres de diamètre fracturée par le malade pendant le cathétérisme. — Séjour dans la vessie d'un fragment de 12 centimètres et demi. — Uréthrotomie interne. — Expulsion spontanée du fragment en deux morceaux, l'un de 3 centimètres, l'autre de 9 centimètres et demi. — Violent accès de fièvre. — Guérison.*

M. D..., quarante-neuf ans, de haute taille, coloré, replet, a éprouvé dès sa jeunesse de fréquents besoins d'uriner. Depuis plusieurs années, le jet d'urine était devenu petit, tourné en vrille, et à deux ou trois reprises il était survenu une rétention complète, qui avait cédé à un grand bain. Il avait eu autrefois un léger écoulement uréthral. Il y a quatre ou cinq ans, il était venu à Paris, accompagné de son médecin, consulter un professeur de la Faculté, qui, constatant l'existence d'un rétrécissement, avait conseillé l'uréthrotomie interne; mais le malade, effrayé des dangers possibles de cette opération, avait préféré garder son infirmité. Cette année-là, ayant été repris de rétention d'urine, il s'adressa à mon ancien maître Phillips qui, lui aussi, constata l'existence du rétrécissement et put pénétrer, non sans difficulté, dans la vessie; il eut recours au traitement par la dilatation et conseilla au malade d'introduire de temps en temps une sonde en gomme élastique, afin de maintenir la liberté du canal et de vider la vessie qui ne se débarrassait pas entièrement de son contenu. Grâce à ces précautions, la santé demeura satisfaisante; de temps à autre, le malade rendait de petits graviers phosphatiques blancs, friables, du volume d'un grain de plomb n° 6; dans le courant de 1872, il se présenta une fois chez moi de grand matin parce qu'il ne pouvait uriner, le calibre du rétrécissement étant obstrué par un de ces petits graviers; je poussai jusqu'à l'obstacle une sonde en gomme, par laquelle je fis une injection d'eau; ma sonde une fois enlevée, le petit gravier partit immédiatement, suivi d'une abondante émission d'urine.

Je ne l'avais plus revu depuis cette époque, lorsqu'il vint de nouveau, le 18 mars 1873, accompagné de sa femme et de son médecin, M. le docteur Donon, de Saint-Cyr-sur-Marne.

Il me raconta que, la veille, il s'était sondé ainsi qu'il avait l'habitude de le faire, avec une sonde n° 9 en gomme élastique dont il se servait depuis longtemps déjà; c'était une sonde droite cylindrique, à laquelle il avait imprimé une certaine courbure pour franchir plus aisément la région prostatique, où il rencontrait toujours un obstacle assez difficile à franchir; ce jour-là, l'obstacle lui avait semblé plus prononcé qu'à l'ordinaire, néanmoins il avait pu le surmonter en imprimant à sa sonde un mouvement de vrille; l'urine s'était écoulée; mais lorsqu'il avait ramené la sonde, il s'était aperçu avec effroi qu'elle s'était rompue et qu'il en manquait 12 centimètres environ.

Le docteur Donon, appelé immédiatement, supposant que le fragment de sonde était resté dans l'urèthre derrière le rétrécissement, avait fait des tentatives avec la pince de Hales (pince dite de Hunter) pour l'extraire; mais son instrument était venu butter contre le rétrécissement qu'il n'avait pu franchir, et n'avait rien ramené; il s'en était tenu à cette tentative, et le lendemain matin il était rendu chez moi accompagné de son malade.

Mon premier soin fut d'explorer l'urèthre par le périnée; je n'y sentis aucun corps étranger; le toucher rectal fut également négatif. J'introduisis ensuite une petite sonde dans le canal; elle pénètre sans difficulté jusqu'à une profondeur de 16 centimètres, point où elle vint butter contre un obstacle qui ne lui permit pas d'aller au delà; je constatai que le canal ne contenait pas la portion de sonde brisée; j'en conclus qu'elle était tout entière renfermée dans la vessie. Je fis diverses tentatives pour pénétrer dans la vessie avec de petites sondes en gomme cylindriques, à bout olivaire; elles échouèrent toutes à cause de l'obstacle situé à 16 centimètres, obstacle qui me parut être un repli valvulaire, contre lequel la pointe des sondes venait butter. J'avais auparavant constaté d'une façon très-nette, à l'aide d'une bougie à boule n° 18, l'existence d'un rétrécissement situé à 11 centimètres du méat.

Mon diagnostic étant ainsi établi avec précision à savoir: rétrécissement situé à 11 centimètres de profondeur, obstacle au col de la vessie, consistant probablement en un repli valvulaire, fragment de sonde contenu dans la cavité vésicale, voici le parti auquel je m'arrêtai, parti que je soumis au docteur Donon et au malade, et qui fut approuvé d'eux.

Pratiquer l'uréthrotomie interne avec l'instrument de Maisonneuve, aussitôt que l'introduction du conducteur pourrait avoir lieu sans difficulté, puis la plaie de l'uréthrotomie une fois cicatrisée, aller chercher avec un petit brise-pierre le fragment de sonde contenu dans la vessie et le ramener au dehors.

Comme le malade était un peu fatigué, je l'envoyai prendre un bain; il fut convenu que le docteur Donon retournerait chez lui et que, lorsque tout serait prêt pour l'uréthrotomie, je le rappellerais.

(A suivre.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 8 août 1874, M. Chauffart, professeur de pathologie et de thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Paris, est nommé inspecteur général de l'instruction publique pour l'ordre de la médecine.

— *Hôpitaux de Paris.* — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le lundi 5 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 7 septembre jusqu'au jeudi 24 du même mois inclusivement.

Les candidats qui justifieront de leur engagement volontaire d'un an à partir du 1er novembre prochain, seront admis, par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

Les engagés volontaires qui doivent être libres le 1er novembre prochain, et qui se seront fait inscrire pour prendre part au concours, seront appelés à subir la première épreuve à partir du 12 novembre.

ERRATA. — Une transposition typographique a eu lieu dans l'article de M. Édouard Fournié. Les conclusions qui terminent son travail auraient du être placées immédiatement après la dix-neuvième ligne de la première colonne de la page 732.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. — Toutes ces thèses se trouvent chez M. Coccoz, libraire-éditeur, 30, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse....	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.066	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0. 44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

VIN TONIQUE RECONSTITUANT
DU DOCTEUR FORESTIER
VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
à l'écorce d'oranges amères

Tous les organes de la presse médicale : *Gazette des Hôpitaux, Courrier médical, France médicale, etc.*, ont depuis dix ans, signalé l'excellence de cette préparation qui contient, dissous dans d'excellent vin de Malaga, les deux éléments formateurs des *os* et du *sang*, le *quinquina* et le *pyrophosphate de fer*.

La facilité avec laquelle l'économie s'assimile le vin de quinquina au pyrophosphate de fer, l'absence de toute saveur styptique, la double influence qu'en raison de ses deux éléments formateurs il semble devoir exercer, tant sur la composition du système osseux, que sur la reconstitution du sang, telles sont les qualités qui recommandent a priori *cette nouvelle préparation ferrugineuse* (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*).

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 41.

CONTRÉXEVILLE
(SOURCE DU PAVILLON)

CONTRE LA GRAVELLE, LA GOUTTE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT

DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

Dépôt central : 23, r. de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

VIN MARIANI
à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques.
5 francs la bouteille.
Mariani, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

AULUS (Ariége)

Eau minérale laxative, diurétique, dépurative, antisyphilitique, combat très-avantageusement les **maladies de l'estomac, des intestins, des reins et de la vessie, la gravelle, la goutte, la constipation, la diarrhée chronique.** Par son action dépurative, elle agit merveilleusement contre les **maladies de la peau et toutes les manifestations de la syphilis.**

S'adresser à AULUS (Ariége), à l'administrateur général; pour le détail, chez tous les marchands d'eaux minérales et chez les pharmaciens.

MÉDAILLE D'**OR** ET PRIX DE **16,600** FRANCS

QUINA LAROCHE ÉLIXIR
tonique, reconstituant et fébrifuge

EXTRAIT COMPLET des 3 sortes de quinquina (rouge, jaune et gris). **Paris,** *r. Drouot, 22, et dans toutes les pharmacies.*

Laroche

SIROP DE DIGITALE
DE LABÉLONYE

Excellent sédatif et puissant diurétique employé avec un succès constant depuis plus de 30 ans pas les médecins de tous les pays contre les maladier organiques ou non organiques du cœur, les diverses hydropisies et la plupart des affections de poitrine et des bronches : PNEUMONIE, CATARRHES PULMONAIRES, ASTHMES, BRONCHITES NERVEUSES, COQUELUCHE, etc.

A la pharmacie, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*) à Paris, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

ÉPILEPSIE
HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

DRAGÉES CARBONEL
AU PERCHLORURE DE FER PUR

Spécifique contre les HÉMORRHAGIES, la LEUCORRHÉE et la CHLOROSE, la DIARRHÉE CHRONIQUE, l'ALBUMINURIE, etc. — *Médicament Tonique, Analeptique, Antilymphatique.*

Dépôt : rue Richelieu, 31, Paris et pharmacie Carbonel, Avignon.

Granules arsenicaux de Challonneau
Chevalier de la Légion d'honneur.
Pharm., 143, *ancien* 229, *rue St-Denis, à Paris.*

Exactement dosés à 1 milligr. et préparés avec les arséniates de **soude**, de **potasse**, de **fer**, d'**ammoniaque**, d'**antimoine**, et avec l'**acide arsénieux.** — *Exiger mon cachet et ma signature.*

VIN ET SIROP DE CHENNEVIÈRE
au chlorhydro-phosphate de chaux

PHTHISIE, NÉVROSE, GASTRALGIE, av. Wagram, 50.

VIN DE QUINQUINA AU MALAGA D'ABBADIE
Rue Sainte-Apolline, 21 (Porte Saint-Denis), Paris

Ce vin qui, depuis 1814, est préparé avec le plus grand soin, **avec des quinquinas choisis et d'excellent vin,** se recommande à MM. les médecins qui veulent prescrire l'emploi d'une préparation sûre et toujours identique.

Ce vin, d'une saveur agréable, est parfaitement pris par les enfants, les vieillards les convalescents, et par toutes les personnes dont l'estomac est délicat. — *Dépôts dans toute la France.*






PEPSINE BOUDAULT
SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, successeur de BOUDAULT, 24, rue des Lombards, a Paris.

VIN DE CHASSAING
A LA PEPSINE et A LA DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 mars 1864.

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui n'a d'action que sur les aliments azotés, à son auxiliaire naturel la Diastase, qui transforme en Glycose les aliments féculents et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats

contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES	MAUX D'ESTOMAC
LIENTERIE, DIARRHÉE	DYSPEPSIES, GASTRALGIES
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES	CONVALESCENCES LENTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION	PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES...

Paris, 2, rue de la Coutellerie (ci-devant, 2, avenue Victoria), et la plupart des Pharmacies

N° 94. — JEUDI 13 AOUT 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 13 AOUT 1874. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas samedi.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'identité des vrais tubercules et des altérations qui peuvent résulter de l'inoculation de matières tuberculeuses est depuis longtemps contestée.

Voici en quels termes la *Gazette des Hôpitaux* résumait, le 23 avril 1867, un important travail de M. le professeur Clark, de Londres :

« Quant à M. Clark, ayant eu pour but de contrôler les expériences de M. Villemin, il a procédé comme lui. Prenant des lapins, il leur a inoculé sous la peau du cou des fragments de granulations semi-transparentes, et il a constaté, dans les poumons de ces animaux, des altérations qui, *à l'œil nu*, présentaient le même aspect que les granulations semi-transparentes.

« Mais, malgré cette ressemblance, M. Clark les considère comme absolument différentes.

« 1° Parce qu'au microscope on y constate une structure essentiellement cellulaire, tandis que, suivant M. Clark, qui partage en cela l'opinion de M. Dawson, les granulations proprement dites, telles qu'on les rencontre chez l'homme, seraient toujours essentiellement nucléaires ou corpusculaires.

« 2° Parce que ces prétendus tubercules du lapin seraient susceptibles de disparaître par résorption, ce qui n'arrive jamais pour ceux de l'homme.

« 3° Parce qu'à leur suite on n'a pas observé les altérations secondaires : pneumonie, dégénérescence caséeuse ou graisseuse, etc., que la granulation grise amène presque fatalement.

« D'ailleurs M. Clark en a récemment observé deux fois chez des lapins qu'il avait inoculés avec des matières non tuberculeuses : pus ou cancer. »

La *Gazette des Hôpitaux* a eu plusieurs fois l'occasion de revenir sur ces expériences de M. Clark ; elle l'a fait notamment le 6 juillet 1867, le 18 juillet 1867, le 2 juillet 1868, le 9 juillet 1868, etc.

Depuis lors, d'autres observateurs ont également obtenu des lésions comparables au tubercule par inoculation de matières non tuberculeuses.

Un jeune médecin de Montbozon, M. Metzquer, après un grand nombre d'expériences sur les animaux, est venu se joindre à ces adversaires de M. Villemin.

L'honorable académicien voulait lui répondre séance tenante; mais le règlement s'y opposait : il faut attendre le dépôt du rapport pour prendre la parole sur un travail lu devant l'Académie et renvoyé à une commission.

Nous prévoyons d'ailleurs que le nouveau mémoire sur le scorbut, dont M. Villemin commence la lecture, est appelé à soulever des discussions tout aussi vives que son premier mémoire sur la tuberculose. Mais on n'est encore qu'à la partie critique et à des conclusions purement négatives sur les opinions traditionnelles, en ce qui touche l'étiologie de cette maladie et sa nature intime.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

Hyperhydrose localisée à la plante des pieds ou à la paume de la main. — Considérations sur son traitement.

Rédigées par M. E. BOURRETÈRE.

On désigne sous le nom d'hyperhydrose une affection chronique de la peau, caractérisée par une sécrétion très-abondante des glandes sudoripares. Nous employons à dessein l'expression *chronique* pour éviter qu'on ne tombe dans l'erreur, qui consisterait à regarder comme atteints d'hyperhydrose certains sujets dont le corps se recouvre d'une sueur abondante à la suite du moindre exercice corporel. Ceux-là transpirent avec plus de facilité qne les autres, cela est vrai, mais encore est-il nécessaire qu'une cause extérieure intervienne pour que les glandes sudoripares déversent en excès leur produit de sécrétion, que cette cause soit une température élevée, un effort musculaire ou une émotion vive. Les malades atteints d'hyperhydrose, au contraire, et nous insisterons plus loin sur ce caractère, présentent cette hypersécrétion excessive, en dehors de toute circonstance particulière qui pourrait influer sur sa production : si la sueur qui baigne leur front est, à la vérité, un peu plus abondante à la suite d'un effort musculaire ou d'une émotion vive, il reste établi qu'elle est exagérée même dans l'état de repos le plus absolu.

L'hyperhydrose a été divisée en hyperhydrose générale et en hyperhydrose locale. Je ne m'occuperai pas ici de l'hyperhydrose générale : cette affection, intéressante à plus d'un titre,

ayant d'ailleurs attiré l'attention de plusieurs observateurs distingués, exigerait dans son étude de trop longs développements. Qu'il me suffise de rappeler que ce phénomène morbide n'a pas, dans tous les cas, la même signification : tantôt, en effet, l'hyperhydrose générale sera sous la dépendance d'une autre maladie, de la phthisie, par exemple, et figurera au nombre de ses symptômes ; tantôt elle sera primitive, idiopathique, et consistant en une « simple perversion de la fonction perspiratoire », sans aucun trouble dans la santé générale. Cette dernière variété est très-rare : elle a été signalée par quelques auteurs, et M. Imbert-Gourbeyre en a fait le sujet d'un mémoire publié dans la *Gazette médicale de Paris*, 1855. (*Mémoire sur l'éphidrose, ou sueurs générales chroniques.*)

Laissant donc de côté tout ce qui a trait à l'hyperhydrose générale et à ses variétés, je désire appeler l'attention du monde médical sur un point de l'histoire de l'hyperhydrose limitée à une région circonscrite. Ce point particulier est, certes, le plus intéressant et le plus important : je veux parler du traitement. Deux faits recueillis à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Hardy, semblent concluants. Nous suppléerons au petit nombre d'observations que nous pouvons fournir en invoquant le témoignage du professeur Hébra, de Vienne, dont l'autorité, en pareille matière, ne saurait être contestée.

Obs. I. — *Hyperhydrose de la plante des pieds. Guérison complète après un traitement de quinze jours.* — L... (Henri), âgée de trente-deux ans, garçon de café, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Jean, n° 28, le 28 mai 1873.

Sa constitution est robuste, sa santé parfaite ; pas d'antécédent pathologique.

L'affection pour laquelle il vient réclamer nos soins date de son enfance et consiste en une transpiration excessive des pieds. Jusque vers le milieu de l'année 1870, cette sécrétion, beaucoup plus abondante qu'elle ne l'est habituellement, ne l'incommodait cependant pas au point de nécessiter des soins spéciaux. Grâce à des lotions fréquemment répétées avec une solution d'extrait de saturne, grâce à l'emploi de diverses poudres absorbantes et astringentes, telles que la poudre de lycopode ou le tanin, il a pu continuer jusqu'en 1870 ses pénibles occupations de garçon de café.

Mais, depuis cette époque, son affection a pris un grand développement, et cela sans cause appréciable ; ainsi, la sueur est devenue beaucoup plus abondante, l'odeur qui s'en dégage beaucoup plus pénétrante ; les pieds sont le siége de douleurs vives que la marche exaspère.

Les moyens qui, jusqu'à ce moment, lui avaient été d'une utilité réelle ne lui procurent plus aucune amélioration, et, à plusieurs reprises, il a dû cesser son travail pour garder un repos absolu.

Son état s'est aggravé de plus en plus, et, depuis quelques mois, il est obligé de changer ses bas trois et quatre fois par jour ; au moment où il les retire, ils sont complétement imbibés de sueur et, selon l'expression du malade, aussi mouillés que s'il venait de les plonger dans un liquide.

Malgré des soins de propreté qui ne laissent rien à désirer, ses chaussures se pourrissent très-rapidement.

La santé générale n'a pas été altérée un seul instant.

Lorsque nous examinons le malade, nous constatons l'exactitude des renseignements qu'il nous a donnés. Les pieds sont, en effet, le siége d'une hypersécrétion abondante : la sueur s'y montre sous forme de gouttelettes que l'évaporation ne peut faire disparaître. L'épiderme de la plante est décoloré, considérablement ramolli et épaissi ; il rappelle absolument, par son aspect, celui qu'on aurait fait macérer pendant plusieurs heures dans un liquide chaud ; en un mot, il semble détrempé. Par suite de cet épaississement, les rides naturelles de la peau sont exagérées et, au fond du plus grand nombre d'entre elles, on trouve des exulcérations linéaires extrêmement douloureuses.

Des fissures, des gerçures plus ou moins profondes existent dans l'intervalle des orteils et au fond des plis qui entourent les articulations.

Le malade accuse des souffrances vives, que la pression, que le contact même des couvertures rendent plus aiguës ; la marche lui est absolument impossible.

Les pieds dégagent une odeur nauséabonde, caractéristique.

L'hyperhydrose est limitée à cette région : la tête, les aisselles, les mains sont indemnes. La santé générale est excellente, et toutes les fonctions s'exécutent d'une manière régulière.

Le malade est soumis au traitement, et sa guérison complète au bout de quinze jours.

J'ai eu l'occasion de le revoir à plusieurs reprises après sa sortie de l'hôpital, et tout récemment encore pour la dernière fois : quoiqu'il ait repris ses occupations de garçon de café, ce qui l'oblige à rester debout pendant la plus grande partie du temps, la guérison ne s'est pas démentie un seul instant.

Je dois ajouter qu'il n'est survenu aucune complication, soit thoracique, soit intestinale, ni pendant, ni après le traitement.

Obs. II. — *Hyperhydrose des pieds et des mains. Amélioration très-notable obtenue par le traitement continué pendant vingt jours.* — L... (Eudoxie), âgée de vingt et un ans, domestique, entre dans le service de M. Hardy, salle Saint-Jean, n° 66, le 30 juin 1873.

D'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, cette jeune femme ne signale aucun antécédent pathologique. La menstruation est régulière, et toutes les autres fonctions de l'économie s'exécutent bien.

Elle nous dit avoir toujours été atteinte de l'affection qui l'amène à l'hôpital : aussi loin que les souvenirs lui permettent de remonter dans le passé, elle retrouve cette sueur abondante des pieds et des mains, sueur moins abondante pendant l'hiver que pendant l'été, pendant l'état de repos que pendant le travail, mais considérablement exagérée, même pendant les hivers les plus rigoureux et pendant l'état du repos le plus absolu.

La santé générale, d'ailleurs, n'a jamais rien laissé à désirer. Elle nous raconte que son père est atteint de la même infirmité, mais limitée aux pieds : rien de semblable n'existe chez les autres ascendants ou chez les collatéraux.

Cette malade se destinait à l'état de lingère ; mais elle a dû bien vite renoncer à ses projets. Par suite de cette sueur abondante des mains, elle détériorait rapidement les ouvrages de couture ou de broderie qui lui étaient confiés. A plusieurs reprises, elle a essayé divers traitements : elle a retiré quelques bénéfices de quelques-uns d'entre eux, mais l'amélioration légère qu'elle obtenait par ces moyens ne se maintenait que pendant peu de jours.

Au moment où cette jeune femme entre à l'hôpital, son affection est aussi caractérisée que possible : les pieds sont constamment baignés de sueur, et les mains sont tellement humides qu'on pourrait croire, au moment où on l'examine, qu'elle vient de les retirer de l'eau

L'épiderme des pieds est décoloré, mais n'est que légèrement épaissi. Quoique l'hypersécrétion soit aussi abondante que chez le malade qui fait le sujet de l'observation première, les altérations consécutives sont beaucoup moins accusées : ainsi il n'existe ni douleurs, ni cuissons, ni démangeaisons. On ne retrouve pas ces gerçures qui causaient de si vives souffrances au malade précédent : l'odeur est aussi forte, la marche facile.

La peau des mains est moîte, mais l'épiderme n'y est pas altéré comme il l'est à la plante des pieds.

On la soumet au traitement que nous indiquerons plus loin, et M. Hardy, ne voulant pas le faire porter à la fois sur les extrémités supérieures et sur les extrémités inférieures, on néglige les mains pour ne s'occuper que des pieds. Douze jours après, l'amélioration est très-marquée ; en présence de ce résultat, la malade demande avec instance qu'on applique à ses mains le traitement qui lui réussissait si bien, afin de pouvoir retourner plus tôt à ses occupations. On accède à ses désirs et, le 1er août, nous faisons le premier pansement sur les mains.

Le 28 août, elle quitte l'hôpital. A ce moment, la transpiration

des mains a diminué d'une manière très-notable, et nul doute que la guérison n'eût été complète si l'impatience de la malade ne l'eût portée à nous quitter si promptement.

L'état des pieds n'est pas aussi satisfaisant qu'il l'était au moment où nous avons cessé de nous en occuper; il se fait encore une légère hypersécrétion, mais que l'on ne saurait comparer à cette transpiration excessive qu'elle présentait avant tout traitement.

Nous avons revu la malade trois mois après sa sortie de l'hôpital, et son état était le même qu'au moment où elle nous a quittés.

Depuis, nous l'avons perdue de vue. (*A suivre.*)

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY

Quelques considérations sur la réunion des plaies et le traitement des kystes par le drain et l'injection de teinture d'iode (1)

Par M. Ed. SCHWARTZ, interne des hôpitaux.

OBS. II. — *Kyste sanguin du corps thyroïde.* — Cette femme, âgée de cinquante-trois ans, porte au cou, du côté gauche, une tumeur datant de seize ans, grosse comme le poing, fluctuante, nullement adhérente, et que M. Demarquay reconnaît occuper le lobe gauche du corps thyroïde. Cette tumeur s'est accrue lentement et augmente toujours encore de volume, ce qui décide la malade à se faire opérer.

Le 9 mars, on ponctionne le kyste; il sort environ 300 grammes d'un liquide brun avec des cristaux de cholestérine. On contreponctionne; on passe un drain. Pas d'injection.

Compression de la tumeur à l'aide d'une bande.

Le 23 mars, la tumeur a beaucoup diminué de volume; la suppuration est assez abondante, mais n'a pas d'odeur.

Le 29 mars, on fait dans le trajet qui reste une injection de teinture d'iode au 1/3; on renouvelle trois fois l'injection.

On enlève le tube le 7 avril.

Le 16 avril, nous revoyons la malade, complétement guérie. Pas de fistules.

OBS. III. — *Kyste hordéiforme du poignet.* — Ce jeune homme, âgée de vingt-six ans, porte au poignet droit, et proéminent à sa face antérieure, une tumeur volumineuse, divisée en deux parties par le ligament annulaire antérieur du carpe. Cette tumeur est fluctuante, et la fluctuation se transmet d'un bout à l'autre. On aperçoit une sorte de crépitation.

M. Demarquay diagnostique un kyste avec grains riziformes.

Il ponctionne, puis contreponctionne la tumeur à ses deux extrémités, et y fait passer un drain par les deux orifices. Le liquide qui s'écoule est séreux, mais contient une grande quantité de petits grains riziformes, dont quelques-uns sont manifestement pédiculés.

On comprime ensuite le kyste, et on le laisse suppurer pendant une dizaine de jours.

Au bout de ce temps, M. Demarquay fait tous les trois ou quatre jours une injection de teinture d'iode.

Il ne survient aucun accident inflammatoire. Au bout de quinze jours, le tube est retiré.

Le trajet est complétement fermé.

Au bout de quatre semaines de traitement, le malade sort tout à fait guéri.

OBS. IV. — (Due à l'obligeance de mon collègue Angelot.) Ce malade, âgé de cinquante-deux ans, employé de commerce, a été opéré deux fois déjà d'une grenouillette sublinguale et sus-hyoïdienne.

La tumeur s'est constamment reproduite.

En ce moment, toute la région sus-hyoïdienne est occupée par une tumeur ayant une forme ovalaire à grosse extrémité dirigée à gauche.

Elle est molle, dépressible et sous-cutanée.

L'examen par la bouche laisse voir à gauche une petite tumeur de la grosseur d'un pois, molle et sous-muqueuse.

Quand on cherche à faire refluer le liquide d'une poche dans l'autre, on n'y arrive pas, ce qui prouve l'indépendance des deux tumeurs.

Le 18 mai, M. Demarquay perfore avec un gros trocart la tumeur de part en part; il s'écoule un liquide gelée de groseille. On passe un drain, et l'on fait une injection d'eau tiède; puis une de teinture d'iode au 1/2 pour modifier la surface interne du kyste.

On fait tous les matins une injection de teinture d'iode, et l'on comprime légèrement la poche.

Le 5 juin, on suspend les injections de teinture d'iode. Le foyer suppure. Pas de complications.

Le 10 juin, on retire le drain; la poche est oblitérée entièrement.

Pendant tout ce temps, la grenouillette buccale a augmenté de volume. On lui applique le même traitement.

Le malade sort le 26 juin, complétement guéri de ses deux grenouillettes. Pas de trajets fistuleux.

(1) Fin. — Voir le numéro du 6 août 1874.

TÉTANOS. — CHLOROFORME

Par M. le docteur ALF. LIÉGARD (de Caen).

La *Gazette des Hôpitaux* du 18 juillet dernier rapporte une discussion fort intéressante, dans la Société de chirurgie, sur l'action du *chloral* dans le *tétanos.* M. Le Fort y a émis plusieurs propositions, que je regarde comme des erreurs très-graves, et contre lesquelles l'intérêt de la science et de l'humanité me font un désir de protester ici avec la plus grande force.

Dans un récent article publié dans la *Tribune médicale* (22 février 1872), le docteur Marchal de Calvi, à propos de la diversité et de l'inconstance d'action du *chloral* dans le tétanos, avait inséré cette phrase : « Je me demande, à cette occasion, pourquoi on n'essayerait pas contre le *tétanos* la *chloroformisation prolongée et réitérée*, qui a donné à M. Liégard de si admirables résultats dans l'*éclampsie* puerpérale et dans les convulsions des enfants... » Il ajoutait : « On peut donc rationnellement supposer le rapport thérapeutique, ou, en termes plus simples, que ce qui réussit contre les unes, l'éclampsie et les convulsions, réussirait contre l'autre, le tétanos. »

Voici quelques passages de la réponse que je fis à cet excellent et respecté confrère : « ... Ce qui n'est pour vous qu'une grande et rationnelle probabilité, est pour moi, depuis longtemps à l'état de certitude indubitable. Je vais vous en donner une *preuve convaincante;* mais auparavant, laissez-moi vous dire pourquoi le doute est resté, à cet égard, dans un grand nombre d'esprits, et comment il pourrait se changer en une générale et salutaire confiance. On est resté dans le doute, on est même tombé dans une sorte de découragement, parce qu'on n'a jamais ou presque jamais employé le chloroforme en suivant les règles que j'ai formulées il y a déjà plus de dix ans, et que vous résumez si bien en ces trois mots : *chloroformisation prolongée et réitérée...* Un blessé est atteint du tétanos : déjà le trismus est très-prononcé; on emploie différents moyens calmants : l'opium à haute dose, les injections hypodermiques, etc. Le tétanos se généralise; les crises sont d'une grande violence; on administre le chloroforme; le calme se produit; mais bientôt les contractions reparaissent; on endort une fois encore, nouveau calme plus long; puis nouvel accès, nouveau sommeil; la crise se reproduit, et bientôt on se lasse, on perd confiance, on a recours à d'autres remèdes et le malade succombe.

Cela n'est pas une supposition gratuite. J'ai été témoin, il y a quelques années, d'un fait qui est la reproduction exacte de

ce que je viens de dire. A l'une des séances de notre Société de médecine, le chirurgien en chef de notre hôpital nous rapporta qu'un jeune blessé dans son service était en proie, depuis la veille, à toutes les violences d'un tétanos, qui commençait à se généraliser. Je donnai le conseil d'employer le chloroforme en inhalations, mais de réitérer son emploi aussi longtemps et autant de fois que les crises se reproduiraient, et de ne la cesser que quand les contractions auraient cessé entièrement et depuis longtemps. On suivit ce conseil : on reproduisit le calme pendant la nuit à quatre ou cinq reprises ; puis, à la visite du matin, le mal ayant été abandonné, depuis deux ou trois heures, à toute sa violence naturelle, on trouva le malade roide, renversé en arrière, *opisthotonos*, les mâchoires serrées, etc.; on avait acquis, croyait-on, la preuve de l'impuissance du chloroforme ; on essaya différents autres remèdes, et le malade mourut la nuit suivante.

Telle est la pratique ordinaire : voilà pourquoi le doute et le découragement se sont emparés d'un grand nombre ; et voici comment on pourrait les changer en une salutaire et entière confiance. N'attendez donc pas, pour commencer les inhalations, que le tétanos se soit généralisé ; dès le *commencement du trismus*, endormez le malade, entretenez le sommeil une heure au moins, et si alors la contraction n'est pas vaincue, recommencez la *chloroformisation*, et cette fois prolongez-la pendant deux heures ; le malade, à son réveil, est évidemment plus calme, le mal est suspendu beaucoup plus longtemps ; au moindre signe de son retour, brisez aussitôt ce spasme funeste par un sommeil plus profond et plus prolongé ; et alors, au troisième ou quatrième réveil, le calme sera plus long et peut-être sera-t-il plus définitif. Mais, s'il ne l'était pas, continuez avez confiance votre *infaillible médication*, et son action toute-puissante viendra certainement couronner enfin votre persévérance d'un succès complet. En un mot, *ne cessez les inhalations que quand tout symptôme tétanique aura complétement et depuis longtemps disparu.* Telle était la loi que j'avais formulée et publiée depuis longtemps, fort des succès que m'avait constamment procuré le chloroforme dans l'éclampsie puerpérale, l'hystérie et les convulsions des petits enfants. L'analogie de ces névroses avec le tétanos m'engageait à préconiser cette méthode avec la plus grande confiance. Que de morts évitées depuis ce temps si elle eût été mise en pratique !

Voici maintenant *ma preuve :* ce fait a été inséré dans un feuilleton de la *Gazette des Hôpitaux* (29 juillet 1862); il est nécessaire de le reproduire ici, car il paraît avoir été complétement oublié.

En 1862, je visitai, à *Londres*, plusieurs hôpitaux et particulièrement celui de *Marylebone*... A mon retour, je rendis compte, dans un feuilleton de la *Gazette des Hôpitaux*, de tout ce que m'avait présenté d'intéressant. Voici le passage relatif à cette *preuve* remarquable : « Il y avait, parmi ces malades, un jeune homme de quinze ans dont le cas m'intéressa d'autant plus qu'on avait ici employé avec un plein succès un traitement que j'avais fait connaître l'année précédente... Il s'agissait d'une fracture des deux os de l'avant-bras droit avec déchirure de la peau, qui s'était compliquée d'un tétanos général des plus violents. *Pendant trois semaines* on avait tenu constamment, par le chloroforme, ce jeune malade, *jour et nuit*, dans un profond sommeil, qui n'était interrompu, deux fois dans les vingt-quatre heures, que pendant le temps nécessaire pour lui faire avaler un bouillon ou un potage très-clair. Durant les quinze premiers jours, à peine avait-il pris cet aliment, que déjà la contraction tétanique recommençait, et l'on se hâtait de le rendre à son sommeil et à son calme parfait. Après le quinzième jour, on pouvait déjà suspendre l'inhalation pendant quelques heures, et l'on y revenait au moindre symptôme de convulsion... Enfin, depuis huit jours, on avait pu abandonner entièrement les inhalations, et rien n'était venu entraver sa convalescence. Je dis au jeune homme d'ouvrir la bouche, il l'ouvrit largement et facilement. L'interne qui avait présidé à l'administration du chloroforme me dit que chaque jour il en avait employé, terme moyen, 6 *onces*, ce qui, multiplié par 21, donne TROIS MILLE TROIS CENTS GRAMMES !

Si je n'avais pas été assez clair dans l'énoncé de cette précieuse méthode de traitement, cet exemple me ferait parfaitement comprendre.

Ce fait démontre : 1° que le *tétanos grave n'est pas toujours mortel;* 2° que *le chloral n'a rien de supérieur au chloroforme;* 3° quant au prétendu danger de ses inhalations, qui doivent toujours *traverser la période d'excitation* avant d'arriver à la *résolution*, c'est principalement contre cette erreur que je dois m'élever avec la plus grande force, parce que si cette proposition était vraie, elle établirait invinciblement le danger du chloroforme ; mais si elle est fausse, comme j'en suis convaincu, et comme je vais le démontrer, les inhalations du chloroforme. employées de la manière que j'ai enseignée, il y a bien longtemps déjà, ne produisant presque jamais la *période d'excitation,* peuvent être prolongées plusieurs heures et même plusieurs jours, sans présenter le moindre danger.

Cette démonstration et ce mode d'emploi tout particulier du chloroforme feront prochainement le sujet d'un deuxième travail.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 août 1874. — Présidence de M. DEVERGIE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet une note de M. le docteur Dugal Estublier, médecin de la légation française à Pékin, sur l'emploi de l'ailante pour combattre la dysentérie.

M. le ministre de l'agriculture transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans l'arrondissement de Jonzac pendant l'année 1873.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Daumas. (Accepté.)

2° Une observation d'hydrophobie rabique nerveuse chez un enfant de onze ans, quinze mois après la morsure d'un chien enragé, par M. le docteur Ferrand de Mer. (Commissaires : MM. Baillarger, Bergeron et Bouley.)

M. VULPIAN offre en hommage le premier volume d'un ouvrage intitulé : *Leçons sur l'appareil vaso-moteur faites à la Faculté de médecine de Paris*, rédigées par M. le docteur Carville.

M. GIRALDÈS présente, de la part de M. le docteur Pavy, un volume intitulé : *De l'alimentation et de la diète.*

COMMUNICATION

M. EDMOND METZQUER (de Montbozon) lit un travail intitulé : *De la non-inoculabilité de la tuberculose.*

Il résulte des expériences faites par l'auteur depuis cinq ans que la phthisie n'est ni inoculable, ni virulente, ni spécifique. Le total des expériences est de soixante-dix à quatre-vingts. Il ressort de ces expériences que l'on a pris pour des tubercules des embolies capillaires, des infarctus, des pneumonies alvéolaires. Lorsqu'on essaye de faire ces expériences en faisant macérer la matière tuberculeuse

dans l'eau, le résultat est négatif. Jamais le tissu cellulaire n'a été atteint. Tout se passe soit dans les alvéoles (pneumonie alvéolaire), soit en dehors (infarctus). A la période extrême de leur évolution; toutes ces tumeurs sont forcément confondues. Un reproche très-grave adressé à M. Villemin par M. Metzquer, c'est d'avoir tué ses animaux et d'avoir négligé l'observation thermométrique comme moyen diagnostic. On développe la phthisie par de mauvais traitements sur les animaux, ou une nourriture de mauvaise qualité. On peut également développer des infarctus par des plaies simples.

En résumé, M. Villemin a confondu le tubercule avec d'autres produits qui n'ont rien de spécifique.

LECTURE

M. VILLEMIN commence la lecture d'un mémoire sur *les Causes et la nature du scorbut.*

Après avoir énuméré les nombreuses causes qui ont été invoquées dans la production du scorbut et étalé, comme il le dit, le luxe étiologique de cette affection, il passe en revue celles qui semblent jouir en ce moment de la plus grande faveur, à savoir le froid, l'humidité, les salaisons et l'abstinence de végétaux frais.

Le froid ne lui semble pas pouvoir être considéré comme un déterminateur de l'affection scorbutique, puisque l'on a vu de nombreuses épidémies atteindre les équipages des vaisseaux naviguant dans les régions équatoriales, telles que la mer des Indes, la mer Rouge, l'océan Équinoxial, etc. Certains voyageurs ont même accusé la chaleur de la malignité de l'affection.

Sur terre, on l'a aussi observé très-fréquemment dans des agglomérations humaines pendant les grandes chaleurs de l'été, et M. Villemin en rapporte plusieurs exemples. Tandis qu'au contraire, des froids excessifs, accompagnant des situations les plus déplorables, n'ont pas donné lieu à la maladie, comme on a pu le voir lors de la retraite de Russie. Avec le froid comme déterminateur du scorbut, nous le verrions tous les ans, dit M. Villemin, dans les régions septentrionales, proportionnant le nombre de ses victimes à l'abaissement de la température, suivant les variations du thermomètre, apparaissant et disparaissant avec la saison rigoureuse; et ce n'est pas ainsi que se comporte cette maladie.

L'humidité ne joue pas non plus un rôle étiologique essentiel dans le scorbut, selon M. Villemin. L'importance de cet agent atmosphérique, tant soutenu par Lind, vient de ce que cet auteur n'avait observé que sur mer, où l'humidité est à peu près constante. Mais lorsqu'on tient compte des épidémies développées sur le continent, on ne saurait accorder à l'humidité la valeur que Lind lui attribue. Parmi les nombreuses manifestations du scorbut à des époques de grande sécheresse, la plus frappante est celle de Crimée, qui se montra avec une intensité si remarquable pendant les mois de juin, juillet et août 1855. Le scorbut est, du reste, loin de montrer un rapport quelconque avec l'état hygrométrique des saisons, des années et des localités.

Les salaisons, rendues responsables du scorbut, ne sont non plus pour rien dans la genèse de cette maladie, puisqu'elle s'est montrée dans maintes occasions où les personnes frappées ne faisaient aucun usage d'aliments conservés dans le sel marin.

L'abstinence de végétaux frais, malgré l'autorité des observateurs qui lui ont reconnu le pouvoir d'engendrer le scorbut, est vivement combattue par M. Villemin. Et il invoque, à l'appui de son opinion, de nombreuses épidémies, tant sur mer que sur terre, survenues chez des populations qui n'étaient nullement privées de végétaux succulents. Il montre, au contraire, des individus sevrés de ce genre d'aliments depuis longtemps sans préjudice pour leur santé.

« Lorsqu'on envisage dans leur ensemble les manifestations du scorbut, on est bien vite pénétré, dit M. Villemin, de l'inanité des explications étiologiques admises. Avec elles, la raison se refusera toujours à comprendre les explosions scorbutiques étendues comme celles des seizième et dix-septième siècles, comme celles de 1846-1847 et de 1855, lorsque de longues séries d'années s'écoulent ensuite sans qu'il soit question de cette maladie. Comment admettre qu'en 1848, dans seize départements de la Russie seulement, il y ait eu 260,444 personnes victimes de la privation de légumes frais, privation qui aurait coûté la vie à 62,958 individus. »

Les exigences de l'ordre du jour ont interrompu la lecture de M. Villemin; et il a annoncé qu'après avoir fait voir ce que n'est pas le scorbut, il aurait à démontrer ce qu'il est, dans la deuxième partie de son mémoire.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. le docteur Pros de la Rochelle présente un instrument obstétrical, composé : 1° d'un appareil à contention; 2° d'un appareil à tractions.

1° *Appareil à contention.* Il comporte un cadre avec annexes et un coussin.

2° *Appareil à tractions.* Plus complexe que le précédent, il se compose d'un forceps spécial, dit forceps rotateur, d'une tige mobile et d'une courroie.

Forceps rotateur. Il peut faire l'office d'un forceps ordinaire, s'appliquer tout aussi bien au détroit supérieur que dans l'excavation du bassin et qu'à la vulve, il est muni d'une tige boulonnée, à écrou, dont les effets peuvent être très-puissants sur les branches ou y simuler la simple pression de la main.

Dans quelques cas graves de dystocie cet instrument pourra être substitué au céphalotribe et en être le correctif. Par la facilité avec laquelle l'accoucheur peut le faire tourner sur son axe, sans léser les parties molles qui tapissent l'excavation pelvienne, il est permis de dire qu'avec son aide l'occiput ou le menton seront toujours ramenés vers le pubis, ces deux points de la tête du fœtus étant en quatrième, cinquième ou sixième position.

Tige mobile. Elle supporte le forceps d'une manière médiate, et permet d'opérer à l'aide de cet instrument sur la tête du fœtus des tractions de rapidité et de force différentes. La mobilité de cette tige permet, de plus, à l'opérateur de porter le forceps attiré par la courroie, qui complète l'appareil obstétrical, en bas et en arrière, ainsi qu'en haut et en avant.

Courroie. Son utilité n'a pas besoin d'être démontrée. Par son extrémité pourvue d'une sorte de porte-mousqueton à rotation, elle s'adapte au forceps et, par l'autre, à la manivelle de la tige mobile. En parlant de cette dernière, j'aurais dû dire qu'à l'une de ses extrémités elle est disposée pour s'articuler avec le cadre à contention et à l'autre avec une manivelle à crans.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 juin 1874. — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine.

Le travail suivant, de M. le docteur Bourgeois, d'Étampes :

Note sur les cas de tétanos observés pendant une pratique de quarante années. (Voir les numéros des 8 et 11 août.)

Un travail de M. le docteur Moura Bourvuillou, sur la mort subite après la trachéotomie.

LECTURE

M. VERNEUIL lit le rapport suivant sur les mémoires de MM. Bourdy (du Mans), et Blain (d'Épernay), relatifs à quelques cas de tétanos traités par le chloral associé à la morphine :

Tétanos traumatique. — Traitement mixte par le chloral et les injections de morphine. — Guérison. — L..., serrurier, vingt-neuf ans, habitudes alcooliques, fait dans la nuit du 29 janvier, étant ivre, une chute d'où résultent deux plaies à la partie posté-

rieure de la tête. Ses camarades, pour arrêter l'hémorrhagie, lui mettent la tête pendant une demi-heure sous le robinet d'une fontaine et le couchent ensuite dans son lit.

Le surlendemain, 31 janvier, L... accuse de la roideur dans la mâchoire et dans le cou. Le 1er février tout le tronc et les membres sont envahis. Les plaies ne saignent pas, mais leur pourtour est enflammé et tuméfié; il y a du délire et des convulsions assez fréquentes. La face est pâle, la salive ne peut s'écouler : on administre 8 grammes d'hydrate de chloral en deux doses. Le soir on écarte légèrement les mâchoires avec un coin de bois, ce qui permet l'ingestion d'un peu de bouillon et de vin, et l'issue de la salive.

Le 2 et le 3, le tétanos augmente, le malade est en opisthotonos; les dents sont enfoncées dans le coin de bois; pas de selles depuis le 29. Une once d'huile de ricin reste sans effet. L'urine est rendue assez facilement.

On associe aux 8 grammes de chloral 4 centigrammes de morphine à l'intérieur, et deux injections sous-cutanées de ce même médicament, de 3 centigrammes chacune.

Malgré cette médication énergique, le tétanos continue presque sans changement jusqu'au 12; il y a de la constipation et du ténesme anal. L'huile de ricin et les lavements produisent peu d'effet. Le 13, l'amélioration survient. Les mâchoires s'ouvrent un peu, et, après les injections de morphine, le malade peut porter lui-même à sa bouche une tasse de bouillon ou de lait qu'il avale sans trop de peine.

Le 15, on cesse les injections hypodermiques, mais on continue le chloral à la dose de 10 grammes et la morphine à la dose de 3 centigrammes. La constipation persiste jusqu'au 18. Ce jour-là la mère du patient extrait du rectum à l'aide d'une petite cuiller une forte quantité de matières fécales durcies; il en résulte un grand soulagement.

Du 19 au 25, le tétanos se dissipe progressivement, mais les dernières traces de contracture ne disparaissent que le 3 mars. On réduisit le chloral à 6 grammes par jour et la morphine à 2 centigrammes; quelques bains de vapeur furent également administrés dans cette dernière période.

La quantité totale du chloral administré pendant cette crise a été 228 grammes. On a donné tant à l'intérieur que sous forme d'injections hypodermiques 1 gramme 82 centigrammes de morphine. Pendant le traitement on a fait boire du vin coupé d'eau alcaline pour favoriser la transformation dans le sang même du chloral en chloroforme.

M. Bourdy demande si ce cas peut être rangé parmi ceux qui guérissent seuls, et si le traitement n'a pas eu l'honneur de la cure. Il répond par la négative. Il fait remarquer que le tétanos a débuté de très-bonne heure, trente-six heures à peine après la blessure, qu'il a rapidement acquis une grande étendue et une vive intensité, et enfin qu'il a duré trop longtemps pour qu'on puisse dire qu'il s'agissait là d'une attaque faible. Il croit fermement qu'abandonné à lui-même ou traité soit plus tard, soit moins vigoureusement, le malade eût inévitablement succombé. Il est difficile sans doute, dans l'association médicamenteuse mise en usage, de faire la part exacte du chloral et de la morphine. Le premier avait à lui seul atténué déjà les symptômes, mais la seconde a paru prolonger et aider l'action résolutrice. M. Bourdy croit donc utile de réunir les deux agents.

Le mémoire de M. Blain se compose d'observations et de commentaires d'un intérêt incontestable.

L'auteur ne propose aucun moyen thérapeutique nouveau. Il se contente du chloral, mais il insiste pour qu'on reconnaisse à temps l'imminence du tétanos, pour qu'on soupçonne son invasion avant le développement des symptômes caractéristiques; pour qu'enfin on commence plus tôt le traitement.

D'après lui, si l'on porte le diagnostic de bonne heure, et qu'on administre immédiatement le chloral, on a chance de modérer le mal, d'entraver sa marche, de métamorphoser la forme aiguë en forme chronique, et d'arriver ainsi plus aisément à la guérison.

Telle est l'idée principale du mémoire. Permettez-moi tout d'abord d'y donner mon adhésion formelle. J'insiste depuis bien longtemps sur ce fait que le trismus, qu'on regarde d'ordinaire comme le symptôme initial du tétanos, est, dans un grand nombre de cas, précédé par des phénomènes qui, sans être pathognomoniques, sont pourtant de nature à faire prévoir de danger. Appelé plusieurs fois, pendant le siége de Paris, auprès de tétaniques qu'on me disait atteints depuis quelques heures seulement, j'ai pu constater, par un interrogatoire attentif, que déjà la veille ou l'avant-veille le membre blessé avait été envahi par des douleurs fulgurantes et pris de secousses convulsives passagères ou de spasmes musculaires à marche centripète. Ces prodromes n'avaient point éveillé l'attention et, en tout cas, n'avaient été combattus par aucune médication particulière.

C'est un signe précisément analogue que M. Blain vient à son tour mettre en relief; il s'agit d'une douleur intense, lancinante, atteignant vite sa plus grande intensité et durant peu, s'irradiant dans le nombre tout entier, et succédant soit à des pansements, soit à des violences directes exercées sur la plaie.

L'auteur ne prétend pas être le premier à signaler le phénomène en question, car plusieurs auteurs déjà ont dit qu'aux approches du tétanos et à son début la plaie devenait douloureuse, et il cite une observation de Roux dans laquelle la maladie, née à la suite d'une ligature de la fémorale, fut précédée de vives douleurs dans la cuisse. Mais il croit avoir mieux précisé et l'origine et la valeur pronostique particulière du symptôme. Toujours est-il qu'ayant observé la douleur susdite dans des conditions spéciales que nous allons connaître, il a pu prévoir dans un cas l'invasion prochaine du tétanos et commencer aussitôt un traitement qui fut couronné de succès.

D'ailleurs M. Blain n'est pas guidé seulement par des vues théoriques; il s'appuie, au contraire, sur une série de quatre observations; les premières lui ont ouvert les yeux, la dernière a consacré son opinion; donc, au point de vue scientifique, l'information a été dirigée de la façon la plus légitime.

Au reste, je ne saurais mieux faire que de vous rapporter sommairement les faits recueillis par notre confrère.

Obs. I. — R..., vingt-deux ans, a été blessé le 19 septembre 1870, au combat de Châtillon; le pied gauche a été emporté par un obus. La plaie, qui n'a reçu aucun pansement, est assez régulière, aussi se contente-t-on de lier l'artère tibiale antérieure d'où s'échappait à chaque systole cardiaque quelques gouttes de sang. Pansement à l'alcool.

Le 2 octobre, état excellent, plaie bien détergée, en bonne voie de suppuration, les os se recouvrent de bourgeons; il ne restait qu'une escarre au niveau de la ligature, qui tenait encore. Une légère traction suffit pour détacher le fil; néanmoins le blessé accusa sur-le-champ une douleur très-violente qu'on ne put expliquer qu'en supposant un tiraillement du nerf tibial par la pince à pansement.

Dès le lendemain, roideur douloureuse à la nuque et trismus; mort le 5 octobre malgré les injections hypodermiques avec le chlorhydrate de morphine (10 centigrammes par jour).

Obs. II.—L..., dix-neuf ans, garde mobile, atteint, le 19 janvier 1871, d'un éclat d'obus à la partie antéro-interne et moyenne de la cuisse droite, le fond de la plaie reposant sur la gaîne des vaisseaux fémoraux. On panse avec des cataplasmes. La suppuration s'établit promptement, et le 28 les granulations étaient vermeilles, sauf en un point profond où une escarre grisâtre flottait dans le pus. Cette escarre fut saisie avec des pinces et extraite; si légère qu'eût été la traction, elle provoqua une douleur très-aiguë qui fut attribuée vraisemblablement à un tiraillement du nerf saphène interne, en rapport en ce point avec l'artère fémorale dénudée.

Le lendemain, à la visite, on constate une contracture des adducteurs; le soir même, des douleurs dans le dos et la nuque, un commencement d'opisthotonos et de trismus, des secousses douloureuses dans les membres. Mort le 31 janvier, en dépit de la sédation procurée par le chlorhydrate de morphine.

La quasi-identité des deux faits précédents fit penser à M. Blain qu'il y avait une relation entre les douleurs du pansement et ces contractures tétaniques survenues dès le lendemain. L'hypothèse fut bientôt éclairée par l'observation suivante.

Obs. III. — La femme X... eut, le 20 avril 1871, le pied droit arraché par un éclat d'obus; le tibia lui-même fut fracturé au tiers

inférieur. Amputation à cinq travers de doigt au-dessus des malléoles. Réunion immédiate avec des bandelettes de diachylon. Le lendemain, le moignon est douloureux, on défait le pansement et l'on trouve la manchette un peu pâle. La gangrène ne put être évitée. Comme, dès le 24, l'odeur incommodait la malade, on voulut exciser la plus grande partie de l'escarre. Mais, trompé par l'aspect de la peau au niveau du nerf saphène interne, on alla avec les ciseaux jusqu'au vif. La malade accusa une douleur plus intense qu'on aurait pu le supposer, et qui se prolongea quelques heures. Cataplasmes laudanisés et, le soir, 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

Le lendemain matin, difficulté dans la parole, langue roide et s'appliquant involontairement contre la voûte palatine. Dans la journée apparition du trismus. On pratique des injections hypodermiques de morphine, et, à l'intérieur, on donne 4 grammes de chloral. Vingt-quatre heures plus tard contracture des muscles respirateurs. Cyanose. Mort.

Cette fois, le doute n'était plus permis. M. Blain était définitivement éclairé. C'est alors qu'il observa son quatrième fait.

Obs. IV. — B..., cinquante-quatre ans. Un éclat d'obus a, le 13 mai, fracturé la clavicule gauche à sa partie moyenne. La plaie a 5 centimètres. Le 15, on applique un appareil qui permet de panser avec des cataplasmes. Le 21, suppuration abondante dans laquelle flottent des esquilles à peine adhérentes au périoste. Les deux premières sont enlevées sans douleur ; mais lorsqu'on attire la troisième, qui n'était pourtant ni plus volumineuse ni plus adhérente, le blessé accuse une très-grande souffrance. Peut-être cette esquille était-elle en rapport avec quelque filet du plexus cervical ou même traversée par l'un d'eux. Toujours est-il que la sensation douloureuse fut intense.

Instruit par les faits antérieurs, M. Blain prit les devants, et dès le soir fit avaler une potion avec 2 grammes de chloral. Le lendemain 22, dysphagie, douleur dans les mâchoires ; dans la journée trismus, roideur de la nuque, augmentation de la dysphagie ; quelques sueurs ; 4 grammes de chloral.

Le 23, opisthotonos, gêne considérable de la respiration : 7 grammes de chloral dans cette journée. En outre, le malade fut couvert le plus possible, pour être à l'abri du refroidissement, d'autant plus à craindre que le corps était continuellement couvert de sueurs et que la chambre n'avait plus de carreaux. Le 24, sous l'influence de 8 grammes de chloral, les mâchoires s'entr'ouvrirent, la dysphagie diminua, et les muscles de la nuque se relâchèrent.

Le 25, même dose du médicament. Le trismus disparaît presque. L'opisthotonos n'existe plus.

Le malade, se croyant guéri, se découvre imprudemment ; le lendemain, il accuse un point de côté, et l'on reconnaît une pneumonie, qui amène la mort le 3 juin. Mais il faut noter que, dès le 27, toute contracture, tout symptôme tétanique avait disparu ; aussi le chloral avait-il été supprimé à cette date.

M. Blain ajoute à son récit les réflexions suivantes :

La douleur, au moment du détachement artificiel des escarres, peut se produire pendant le pansement des plaies ordinaires, des plaies contuses et des plaies d'amputation. Elle résulte du tiraillement des nerfs, ce qui justifie le précepte, dans les amputations au moins, de réséquer les nerfs le plus haut possible, de façon à éviter leur irritation pendant les pansements. S'il y a escarre au voisinage d'un nerf, il est préférable de la laisser se détacher spontanément.

La douleur indique un travail irritatif du côté de la moelle, qui peut bientôt donner lieu à des décharges convulsives. Elle annonce aussi le tétanos dans certains cas.

Le chloral administré à ce moment peut, sinon faire disparaître l'irritation médullaire et ses conséquences, du moins diminuer l'excitabilité, retarder la marche du tétanos, et lui faire prendre une allure moins aiguë, plus chronique et, par conséquent, plus curable.

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

250. Puygauthier. De l'emploi de l'oxyde de zinc dans le traitement de la diarrhée.

251. Célice. Dissertation sur les urines dans l'état pathologique.

252. Daniel. Étude sur les lésions congénitales de l'artère pulmonaire à son origine, soit simples, soit compliquées principalement de communication ventriculaire.

253. Cristau. Du suicide dans l'armée.

254. Borne. Étude historique et clinique sur les névralgies brachiales.

255. Chouet. De la syphilis dans les bourses séreuses, articulaires, sous-cutanées et tendineuses.

256. Le Foll. La spermatorrhée.

257. Marimon. Recherches sur l'anatomie pathologique des grosses hydrocèles.

258. Guyot. Quelques considérations sur la désarticulation tarso-métatarsienne ; comparaison du procédé de Lisfranc et du procédé de Marcelin-Duval.

259. Duval. Quelques considérations sur les luxations spontanées et les luxations congénitales du cristallin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 95. — SAMEDI 15 ET MARDI 18 AOUT 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 15 ET MARDI 18 AOUT 1874. — N° 95.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOTEL-DIEU. — M. ALPHONSE GUÉRIN.

Leçons cliniques sur les affections de l'utérus.

TRAITEMENT DE LA MÉTRITE INTERNE (ENDOMÉTRITE) A SA PÉRIODE D'ACUITÉ

Quand la métrite n'est due qu'à une cause passagère, tout à fait accidentelle, il y a bien des raisons pour qu'elle ne se reproduise pas. Il est pourtant à craindre qu'une seconde atteinte ne soit favorisée par la première, qui crée une prédisposition inflammatoire, soit que la première métrite n'ait pas disparu aussi complétement qu'on l'avait pensé, soit qu'elle ait produit une plus grande vascularisation de la membrane muqueuse, ou bien qu'elle ait agrandi le calibre de ses glandes.

Il est donc important de combattre la métrite interne à son début, de manière qu'elle laisse des traces moins profondes; il faut surtout se garder des illusions auxquelles s'abandonnent facilement les femmes, fatiguées du repos au lit auquel la maladie les a condamnées, et désireuses de reprendre leurs habitudes mondaines.

C'est presque toujours l'impatience des malades qui détermine la terminaison par le passage de l'état aigu à l'état chronique.

Il n'y a de guérison certaine que lorsque la menstruation est redevenue normale. Aussi doit-on craindre un retour de la maladie aux époques menstruelles, et redoubler de précautions pour maintenir la fluxion sanguine au degré physiologique.

Pour le traitement, il est indispensable de reconnaître deux degrés d'acuité dans la métrite interne. Dans celui qui est caractérisé par une vive douleur, par une exsudation sanguine, qui en impose aux malades pour une crise de menstruation, il faut une médication énergique.

Quand le médecin ne conserve pas le moindre doute sur la signification de l'écoulement muco-sanguinolent, il ne doit pas hésiter à prescrire une application de vingt à vingt-cinq sangsues sur l'hypogastre. S'il trouve, tout d'abord, quelque hésitation de la part des personnes qui entourent la malade, il faut compter qu'elles seront bientôt rassurées par le résultat. Souvent le lendemain, presque toujours le surlendemain, l'écoulement de sang a disparu, et, dès le jour même, la douleur a très-notablement diminué; pour que ce résultat soit obtenu, il faut proportionner le nombre de sangsues à l'intensité de l'inflammation, en tenant compte des forces des malades; mais ce qu'il faut assurer surtout, c'est la disparition de l'inflammation, de l'écoulement sanguinolent et de la douleur, qui sont une source plus active de débilitation qu'une émission sanguine qui se fait promptement.

On atteint le but plus vite et plus sûrement par une saignée locale que par la saignée du bras qui, depuis Lisfranc jusqu'à M. Nonat, a trouvé de nombreux partisans. Les petites saignées, que l'on pratique quand on a recours à la méthode de Lisfranc, étant répétées souvent, débilitent les malades sans combattre efficacement les violentes inflammations.

Dans un cas de métrite interne d'une grande acuité, si la malade refusait de se soumettre à une application de sangsues, il faudrait recourir à la saignée du bras, mais il serait alors indispensable de tirer 4 à 500 grammes de sang pour être sûr de ne plus avoir à recourir à ce moyen.

Les bains prolongés, aussi longtemps que les malades peuvent les supporter, sont un des moyens les plus efficaces de combattre l'inflammation. Ordinairement, je prescris des bains d'une durée de quatre heures. Autant je compte sur leur efficacité, autant je suis convaincu que les bains de siége ont les plus grands inconvénients. Si l'eau du bain de siége est froide, elle ne tardera pas à causer à la malade un malaise inexprimable; si elle est chaude, au lieu de calmer l'inflammation, elle l'augmentera en produisant sur le bassin un afflux sanguin, semblable à celui que le pédiluve produit sur les pieds.

Je ne prétends pas que le moyen soit nécessairement nuisible, je soutiens seulement qu'il est très-incertain et qu'il va souvent à l'encontre du but dans lequel on l'administre.

Quand les malades prennent tous les jours des bains de quatre heures, les injections deviennent inutiles. Je sais que le vagin est fermé par l'adossement de ses parois antérieure et postérieure, mais quand une fois l'eau y est entrée, elle y rentre encore et en sort très-facilement. Souvent les femmes qui n'ont eu recours à aucun artifice pour faire arriver l'eau du bain jusqu'au col de l'utérus, sont fort étonnées d'en sentir sortir une grande quantité dans les mouvements qu'elles font pour s'habiller. Quoi qu'il en soit, si l'on craignait que l'eau n'entrât pas dans le vagin, il pourrait être utile d'y introduire une canule.

Dans la période de grande acuité de la métrite, je n'ai pas recours aux injections. Je crains que, faites avec trop de force, elles causent moins de bien que de préjudice aux malades. A cette période de la maladie, le moindre contact est pénible;

c'est, au contraire, un des moyens les plus utiles, quand l'inflammation s'est un peu calmée.

Je ne parle ici que des injections propres à laver et à rafraîchir les parties malades du fond. A cette période, je repousse absolument les injections caustiques, qui sont d'une utilité incontestable dans des formes plus brusques de métrite muqueuse.

J'emploie volontiers la glace sur l'hypogastre, lorsque les malades se plaignent de ressentir une vive chaleur de cette région. Mais ce n'est pas aussi facile qu'on se l'imagine, quand on n'y a pas eu recours. Une vessie pleine de glace est bientôt insupportable à une femme qui supporte difficilement la moindre pression sur le ventre. Voici comment je l'applique : l'eau restant à zéro tant qu'elle contient de la glace, j'en mets une certaine quantité dans une vessie, de manière que la glace surnageant ne touche pas la peau par ses aspérités. La vessie, étant suspendue à un cerceau, toucherait d'une manière insuffisante les parties sur lesquelles elle doit agir, ou bien elle pèserait de tout son poids. Pour obvier à cet inconvénient, je rapproche des rouleaux de linge vers l'hypogastre de la malade, et je fais porter la vessie en grande partie sur leurs bords, pendant qu'elle s'étale sur le ventre. Cette application est ordinairement supportée facilement; elle est alors d'une grande efficacité.

On a conseillé des applications de glace dans le vagin; mais je doute que l'on puisse en attendre d'heureux effets.

Quand la métrite est virulente, le toucher vaginal est pénible. C'est bien autre chose quand il faut introduire dans le vagin un morceau de glace, pour peu que celui-ci soit un peu volumineux; s'il est petit, l'opération doit être répétée sans cesse, sous peine de voir augmenter l'inflammation sous l'influence de la réaction qui se produit après l'action momentanée du froid. Les malades trouvent que c'est une nouvelle gêne ajoutée à leurs souffrances.

Les vésicatoires, qui sont d'une si grande utilité dans le traitement de la pelvi-péritonite et du phlegmon des ligaments larges, sont ici d'une médiocre utilité. Ils ont le grand inconvénient d'agir sur la vessie, de l'enflammer, et nous savons que la cystite est une des complications les plus fréquentes de la métrite interne.

Je préfère les frictions faites sur la région hypogastrique avec la pommade mercurielle double, additionnée d'un quart d'extrait de belladone. Pour obtenir de ce moyen tout ce que l'on est en droit d'attendre, il faut que chaque friction ait une durée d'au moins dix minutes; elle doit être faite, chaque fois, avec 18 ou 15 grammes de pommade, et renouvelée matin et soir.

On recouvre ensuite tout le ventre d'un large cataplasme de farine de lin.

Aux moyens locaux, on doit ajouter les purgatifs, qui sont utiles toutes les fois que la métrite se complique de constipation. Dans le cas de diarrhée (nous savons qu'on observe tantôt la diarrhée, tantôt la constipation), on prescrit des lavements d'eau de guimauve additionnés de quelques gouttes de laudanum.

Il faut, à tout prix, calmer les douleurs; dans ce but, on administre l'opium à haute dose. Dans le cas de constipation opiniâtre, le chloral est préférable; il est hypnotique comme l'opium; il calme les douleurs, et il n'a pas d'action sur l'intestin. Dans le cas d'une complication d'une acuité donnant lieu à de la diarrhée, l'opium doit être préféré.

C'est à ce traitement énergique qu'il faut avoir recours pour la forme très-aiguë de la métrite interne. En ayant toujours présente à l'esprit la possibilité d'une terminaison de l'inflammation par le passage de l'état aigu à l'état chronique, forme interminable de la métrite, on n'hésitera pas.

(*A suivre.*)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Atrophie musculaire progressive. — Guérison.

Par M. Sonrier, médecin-principal en retraite.

Mystérieuse dans ses causes, étrange dans ses évolutions morbides, fatale dans ses terminaisons, l'atrophie progressive est une affection encore peu connue, malgré les nombreux travaux dont elle a été l'objet, et les diverses hypothèses qui ont fouillé son étiologie.

Le fait suivant, qui semble jeter quelque lumière sur la nature et le traitement de cette maladie, nous a paru assez intéressant pour être publié dans la *Gazette des Hôpitaux;* mais, avant de l'envoyer, nous avons voulu laisser au temps le soin de convertir en certitude nos doutes sur les résultats définitifs d'une thérapeutique que nous croyons rationnelle.

Le nommé B... (Nicolas, trente-cinq ans, maréchal-ferrant à Senonges (Vosges), tempérament mélangé, sans antécédents morbides autres que de légères douleurs rhumatismales, vint à Poussay, le 23 octobre 1872, nous demander des conseils pour une maladie déclarée depuis deux ans.

Il raconte que l'affection a commencé par une atrophie de l'épaule droite, puis du bras, de l'avant-bras et surtout de la main, et cela sans qu'il ressentit de douleur; il serre difficilement les objets; l'énergie du biceps et des extenseurs n'est guère diminuée, quoique l'avant-bras et le bras mesurent deux centimètres de moins que l'autre. Le scapulum s'éloigne de la colonne vertébrale d'environ 2 centimètres de plus que de l'autre côté. Mais c'est surtout entre le ponce et l'index que l'altération a lieu : en effet, l'éminence Thénar a disparu en partie; là où le muscle décrivait une courbe arrondie, existe un méplat flasque sillonné de rides; on ne constate rien dans les autres espaces métacarpiens. Sensibilité excessive au poignet, où la moindre secousse retentit d'une manière douloureuse; pas de crampes. Il vit avec effroi, nous dit-il, que les doigts commençaient à se refroidir et les force diminuer. Le galvanisme, en interrogeant le clavier musculaire, constata, par une dissection électrique, la quantité de fibres indemnes qui vivaient encore; déjà il soulevait à peine son marteau, qui retombait aussitôt fatigué; puis, un beau jour, il s'aperçut qu'il ne pouvait plus porter sa cuiller à sa bouche : la main qui refusait de travailler refusait aussi la nourriture au corps, qui ne voulait plus rien faire; les membres s'insurgeaient contre l'estomac; c'est alors que, témoin vivant de la mort de ses organes, il tombe dans une profonde mélancolie, qui jette ses teintes sombres dans son avenir; il devient hypocondriaque; on l'évite, parce qu'il se dessèche; la superstition s'en mêle (on est si crédule dans nos pays), un esprit malin lui a jeté un sortilége; déjà on le regarde comme un possédé, et, pour quelques dévotes compatissantes, le pauvre forgeron sent quelque peu le roussi.

Au milieu de ce désordre, localisé au membre supérieur droit, car on ne remarque ni faiblesse, ni atrophie ailleurs, l'état général est resté satisfaisant : appétit excellent, facultés intellectuelles lucides; aucun trouble dans les organes des sens.

Il va sans dire que les somnambules, les guérisseurs par le secret furent consultés, puis enfin on s'adressa aux médecins, mais le mal continuait toujours, malgré tous les onguents et baumes qui devaient *fortifier les nerfs.*

Inutile de chercher, par un diagnostic différentiel avec d'autres affections analogues (paralysies saturnines, rhumatismales), une ressemblance avec le mal dont il est atteint. Celui-ci a, en effet, une physionomie trop caractéristique pour que le doute soit un instant permis.

A quelle cause rattacher cette singulière affection ? Comment expliquer cette prédilection morbide pour le membre supérieur droit. Cette localisation dans l'éminence Thénar ? Plus on étudie cette question, plus on la trouve sourde et muette.

Si le mal a gardé son secret, les hypothèses ont parlé : les uns n'ont vu dans l'atrophie qu'une maladie de la fibre musculaire ; d'autres placent le siége du mal dans les racines antérieures des nerfs rachidiens ; enfin, pour les derniers, la cause primordiale serait dans une lésion des ganglions et filets nerveux du grand sympathique.

Certes, nous ne rejetons pas les hypothèses quand cette idée anticipée éclaire, avec les lumières de l'expérience, le chemin de la vérité ; mais la science doit rester silencieuse quand son impuissance ne peut se parer d'une hypothèse, ou son orgueil se cacher derrière une négation. En analysant donc ces diverses vues de l'esprit, on arrive à des résultats en apparence contradictoires, mais dont l'interprétation raisonnée ramène les opinions diverses à la même source. Partant de cette idée que l'atrophie débute par le membre supérieur droit, dans la proportion de sept sur onze (Aran), nous nous sommes demandé si les excès de fatigue d'un membre forcé, surmené, l'ébranlement des fibres musculaires par le marteau, le traumatisme des cellules nerveuses, dans leurs houppes terminales, dans leur trame histologique si délicate, ne pourraient pas altérer leurs fonctions, déterminer, par une déviation de la nutrition, la transformation graisseuse du muscle localisée, dans le département nerveux qui anime l'organe, et produire une parésie consécutive.

S'il en était ainsi, si les fatigues du marteau devaient toujours entraîner de tels désordres, rien de plus facile à expliquer ; malheureusement on remarque cette maladie dans d'autres professions, et notre hypothèse est obligée d'implorer l'appui d'une diathèse qui explique tout.

Quels que soient les *desiderata* de cette explication, c'est à ces données théoriques que nous avons puisé nos indications thérapeutiques. Réveiller l'excitabilité des cellules ganglionnaires centrales et terminales, y faire circuler l'influx nerveux qui préside aux fonctions de nutrition, et qui, dans ce cas, n'anime plus les fibres musculaires et vasculaires. Nous avons donc prescrit les cautérisations ignées énergiques sur la main, l'avant-bras, pendant vingt jours, puis des douches sulfureuses longtemps continuées. Liniment strychniné à dose presque toxique.

Un mois après, il nous écrit qu'il n'a encore constaté aucune amélioration notable dans son état.

Rappelé à notre poste par les exigences du service militaire, nous perdons, à notre grand regret, notre malade de vue, et ce n'est qu'en janvier dernier qu'il nous apprend que, depuis le mois de mai 1873, quatre mois après l'institution du traitement, il va mieux ; il commence même à travailler, les forces reviennent, et que déjà même, à travers les angoisses passées, il entrevoit une guérison prochaine.

Enfin, il y a vingt jours, il vient, à nos demandes réitérées, nous voir, et nous constatons l'état suivant :

L'épaule n'est plus atrophiée, le bras droit mesure 22 centimètres, le gauche, 23 1/2. Même différence pour les avant-bras. Distance de l'omoplate aux vertèbres : 9 cent. 1/2 ; à gauche, 8. La dépression de l'éminence Thénar existe encore, mais moindre ; la main droite a recouvré toute sa force ; cet homme peut même travailler dix heures par jour sans trop de fatigue et sans douleur au poignet ; enfin l'amélioration, qui continue à progresser, s'est si bien maintenue jusqu'à présent que nous considérons la guérison comme définitive.

Est-ce à dire maintenant que c'est à cette unique médication que nous devons ce succès ? ce serait peut-être trop de prétention de notre part ; seulement nous croyons que, dans les cas identiques où l'affection semble se rattacher aux fatigues excessives du membre et surtout des adducteurs du pouce dans la préhension du marteau ; lorsque le traumatisme localisé a produit un ébranlement avec paralysie de la fibre nerveuse vaso-motrice, il faut l'exciter par des cautérisations inhérentes énergiques, par les stimulants spécifiques qui, en pénétrant par cette porte ouverte, agissent plus directement sur les expansions nerveuses dégénérées, et finissent par réveiller la contractilité, enrayer le travail morbide et ramener la vie dans ces parties vouées à une mort certaine.

DE LA LUXATION SOUS-COTYLOIDIENNE DU FÉMUR (1).

Par M. Chappelain, de Marseille.

L'existence de la luxation sous-cotyloïdienne du fémur n'est point un fait incontesté dans la science. Plusieurs raisons peuvent expliquer les doutes émis sur la réalité de cette variété de luxation de la hanche. Nous trouvons, en premier lieu, le petit nombre de faits relatifs à cette variété de déplacement, et si les observations sont rares, il faut ajouter que, jusqu'à ce jour, aucune autopsie n'est venue démontrer la persistance de la tête et du col fémoral, au-dessous du rebord de la cavité cotyloïde, sur la gouttière où passe le tendon de l'obturateur externe.

De plus, il est une variété des luxations de la hanche, celle-ci incontestée, dans laquelle la tête fémorale est portée dans un point très-rapproché de celui où elle trouve dans la luxation sous-cotyloïdienne, et dès lors on s'est demandé si les observations que l'on a rapportées à la luxation en bas n'étaient pas en réalité des exemples de luxation ischio-pubienne.

Eu égard à la distinction à établir entre les luxations voisines de celle que nous voulons décrire, nous trouvons l'histoire de la luxation sous-cotyloïdienne embarrassée d'un assez grand nombre d'observations qui lui sont étrangères et qui sont désignées par les auteurs sous le nom de luxations en bas. Les unes étant des luxations ischio-pubiennes, telle que celle de Letenneur, de Nantes, les autres appartenant aux luxations ischiatiques, comme celle de Robert.

J'ai rencontré il y a peu de temps, dans mon service de chirurgie, un fait de luxation du fémur appartenant à cette variété de luxation, à laquelle on ne peut donner d'autre nom que celui de luxation sous-cotyloïdienne, n'appartenant ni à la luxation ischio-pubienne, ni à la luxation ischiatique, et dès lors, eu égard à la rareté de ces faits, au doute qui semble encore les poursuivre, j'ai pensé qu'il était de mon devoir de vous le soumettre.

Malgaigne, qui est l'auteur le plus complet relativement à cette variété de luxation, a basé la description qu'il en donne sur cinq observations.

De ces cinq faits, trois ont été publiés en France par Ollivier d'Angers, J. Roux et Bouisson. Les deux autres publiés en Angleterre, sont analysés d'une manière tellement brève qu'il est impossible d'en extraire quelque chose de positif, soit au point de vue du mécanisme d'après lequel la luxation s'est opérée, soit des symptômes qui doivent la faire distinguer des variétés voisines.

Il est encore deux autres faits énoncés d'une manière accessoire, et qui cependant me paraissent avoir une grande importance comme affirmant l'existence de la luxation sous-cotyloïdienne.

Ce sont les deux exemples de transformation d'une luxation ischiatique ou luxation sous-cotyloïdienne entre les mains de Malgaigne et de Lenoir. Peu importe, au point de vue de l'existence de la luxation, qu'elle soit primitive ou secondaire. Elle a existé, tel est le fait, je n'en recherche pas davantage.

Il faut bien chercher des preuves partout, car les auteurs de pathologie, ou de mémoires spéciaux, sont, pour la plupart, peu favorables à l'admission de la luxation sous-cotyloïdienne.

A. Cooper ne soupçonne pas l'existence de cette variété et donne le nom de *luxation en bas ou dans la fosse ovale* à la luxation ischio-pubienne. Il dit encore que quelques chirurgiens ont décrit une luxation en arrière et en bas, mais que depuis trente ans il n'en a pas trouvé un seul exemple, et que, sans en nier la possibilité, il est porté à croire à une méprise.

Ainsi le chirurgien anglais admet une luxation en bas, mais c'est la luxation dans la fosse ovale. Il conteste la luxation en bas et en arrière, mais pour la luxation directement en bas elle n'est pas même citée parmi les éventualités.

En 1837, Laugier, dans le Dictionnaire en trente volumes, n'avait

(1) Lu à la Société de chirurgie. — Séance du 18 mai 1874.

par devers lui que le fait d'Ollivier (d'Angers) et fait remarquer que l'obscurité de cette observation tient à quelque vice de rédaction.

En 1839, Vidal pose la question suivante : A-t-on réellement observé des luxations en bas, c'est-à-dire sur l'ischion. Il y répond en réunissant plusieurs faits, tels que ceux de Billard et de Robert (luxations ischiatiques); puis, parlant de l'observation d'Ollivier, il dit qu'elle contient des détails qui n'ont trouvé crédit chez aucun des écrivains qui l'ont examinée. J'ai dit déjà quelle était l'opinion de Malgaigne.

Les deux derniers traités de pathologie externe en voie de publication ne se prononcent pas dans le même sens.

Follin et Duplay accordent un paragraphe spécial à cette luxation et indiquent que la position de la tête n'a rien de fixe. Dans quelques cas elle paraît reposer sur le bord inférieur de la cavité cotyloïde au niveau de la gouttière de l'oblitérateur externe; d'autres fois, elle est plus en arrière, se rapprochant de la luxation ischiatique, ou bien plus en avant se rapprochant de la luxation ischio-pubienne.

Nélaton, Péan, rapportent à la luxation ischio-pubienne les faits exceptionnels de Keate, J. Roux, Mustou, Letenneur, qui ont été décrits comme des luxations sous-cotyloïdiennes.

Le fait que j'ai eu sous les yeux, que j'ai examiné avec la plus grande attention, par cela même que je savais que cette variété de luxation était mise en doute par la plupart des auteurs, peut me permettre d'affirmer son existence. En parlant du diagnostic, j'aurai à revenir sur les diverses interprétations données par les auteurs que je viens de citer.

Luxation du fémur en bas ou luxation sous-cotyloïdienne?

Le 22 octobre 1873 entrait à l'Hôtel-Dieu, au n° 4 de la salle Cauvière, le nommé A... Charles, âgé de trente-cinq ans, pionnier poseur de la compagnie Paris-Lyon-Méditerranée.

Cet homme avait fait un chute dans la matinée, pendant son service. En traversant la voie, son pied droit se trouva engagé dans l'entre-croisement des deux rails, il s'efforça de le dégager en se portant sur sa jambe gauche, mais il perdit l'équilibre et tomba en imprimant à son corps un brusque mouvement de rotation autour de la cuisse droite. Il ne put se relever et fut transporté immédiatement à l'hôpital.

Le malade, placé sur le dos, présente à notre observation les phénomènes suivants :

Le membre inférieur doit se trouver placé dans une abduction légère, de sorte que l'axe de la cuisse est dévié, porté en dedans, de manière que, prolongé dans le sens de l'abdomen, il vienne passer par l'ombilic.

La cuisse semble placée un peu dans la rotation en dehors, mais très-légèrement, si bien que la jambe et le pied conservent leur position normale et ne sont nullement infléchis dans la rotation, soit en dedans, soit en dehors. Le pied appuyé sur le lit par le talon, comme dans les conditions ordinaires. La jambe est légèrement fléchie sur la cuisse; le membre forme ainsi avec le plan du lit, un triangle, car il n'appuie que par ses deux extrémités l'ischion et le talon.

La saillie du grand trochanter est remplacée par une dépression très-apparente au fond de laquelle on sent cette tubérosité.

A la partie interne de la cuisse on voit une saillie convexe produite par les parties molles.

Le pli de la fesse est complétement effacé et altéré en bas.

La tête fémorale est difficilement perçue; cependant, en imprimant au membre des mouvement de rotation, elle est perçue quoique très-profondément à la partie supérieure de la tubérosité de l'ischienne au-dessous de la cavité cotyloïde. La mensuration donne de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la saillie du condyle externe du côté droit 42 centimètres, tandis que le côté gauche donne 47 centimètres.

La distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure, s'étendant au grand trochanter est de 12 centimètres du côté luxé et 13 centimètres du côté sain.

Le malade peut faire par lui-même quelques mouvements dans le sens de la flexion. Ceux dans le sens de l'extension sont plus limités. Il ne peut exécuter les mouvement d'abduction ni d'adduction.

Le 23 octobre, le malade étant chloroformisé, je cherche à obtenir la réduction par des mouvements de circumduction de la tête fémorale, soit en dedans, soit en dehors de la cavité cotyloïde; les tractions exécutées n'amènent pas la réduction.

Le 24 le malade étant de nouveau anesthésié jusqu'à la plus complète résolution, je le place en travers du lit, et fais porter le creux du jarret sur mon épaule. Le bassin étant fortement fixé, je fléchis fortement la cuisse sur le bassin pendant qu'un aide agit sur la jambe en lui imprimant des mouvements de rotation, et bientôt la tête rentre dans la cavité.

L'examen du membre, sa conformation, sa mensuration, nous démontrent la réalité de la réduction.

Le malade sort quelques jours après dans d'excellentes conditions.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 février 1874 (1). — Présidence de M. PETER.

M. DUBUC continue la lecture de son observation :

Le malade étant revenu dans l'après-midi, j'essayai de pénétrer dans la vessie à l'aide d'une petite sonde en gomme cylindrique et droite et à laquelle je donnai, avec un mince mandrin de laiton, une courbure analogue à celle de la sonde de trousse; grâce à cette modification, je parvins sans difficulté dans la vessie; il sortit une certaine quantité d'urine épaisse, boueuse, légèrement teintée de sang. Le malade ne souffrait pas trop de la présence de son fragment de sonde; toutefois, dans les mouvements brusques et lorsqu'il s'asseyait, il éprouvait des élancements au périnée; les besoins d'uriner reviennent toutes les heures et demie ou toutes les deux heures.

Je fixai ma petite sonde et la laissai à demeure.

Le lendemain matin 19 mars, je me rends auprès de mon malade. Il a passé une assez bonne nuit, rendant de l'urine teintée de sang; d'après la recommandation que je lui avais faite la veille, il a pris un bain de bonne heure; la petite sonde a été bien supportée, seulement elle s'est bouchée; je la retire et j'essaye d'introduire la bougie conductrice de l'uréthrotomie, mais je n'y parviens pas, elle est arrêtée par l'obstacle de la région prostatique; j'introduis alors une sonde en gomme cylindrique à courbure fixe n° 9, elle pénètre sans difficulté.

Désirant faire l'uréthrotomie le lendemain, je renouvelle mes tentatives dans l'après-midi pour faire pénétrer la bougie conductrice armée; à cet effet, je choisis une de ces bougies terminées par une petite olive, et après lui avoir donné à l'aide du collodion, comme je l'avais vu faire dans le service du docteur Guyon, à l'hôpital Necker, une courbure analogue à celle des sondes dont je m'étais servi précédemment pour le malade; je la fais pénétrer sans difficulté dans la vessie; il est convenu dès lors que l'uréthrotomie aura lieu le lendemain, en présence du docteur Donon.

20 mars. — La nuit a été bonne; le malade a dormi d'un sommeil paisible; il a continué à rendre, dans la journée d'hier et dans la nuit, de l'urine légèrement teintée de sang.

Comme il a exprimé le désir formel d'être endormi pour être opéré, je prie mon confrère et ami le docteur Crauk de lui administrer le chloroforme. Je pratique l'uréthrotomie interne avec le concours du docteur Donon; je me sers de l'uréthrotome à lame courante de Maisonneuve; je fais l'incision sur la paroi supérieure avec la sonde n° 23, et je constate que le tissu du rétrécissement présente une dureté extrême. Le cathéter une fois enlevé et remplacé par une tige droite, je glisse, sur cette tige et la bougie conductrice qui lui fait suite, une sonde n° 16, à bout coupé, qui pénètre sans difficulté dans la vessie. Le malade n'a rien senti; c'est à peine s'il a perdu quelques gouttes de sang. Je fixe la sonde, et je recommande de la laisser ouverte.

Les suites immédiates de l'opération sont des plus simples : le soir, le pouls est à 76, la peau modérément chaude et moite; la sonde

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 août.

fonctionne très-bien ; il en sort de l'urine claire ; pas du tout d'écoulement de sang. Tilleul et bouillon pour la nuit.

21 mars. — La nuit a été sans sommeil, un peu agitée ; vers minuit, il est survenu un vomissement bilieux.

Ce matin, la peau est chaude et sèche, le pouls large à 84 ; il sort par la sonde de l'urine claire ; pas du tout d'écoulement de sang ; j'enlève la sonde.

Dans la journée, les besoins d'uriner se sont montrés tous les quarts d'heure d'abord, puis toutes les quarante minutes ; il sortait à chaque émission une petite quantité d'urine boueuse, fétide ; la peau est restée chaude et sèche, le ventre tendu, sonore ; le pouls s'est maintenu entre 84 et 88 ; la langue est peu humide, la soif assez vive.

Je prescris au malade un lavement huileux, qui ramène une petite quantité de matières grisâtres décolorées analogues à celles qu'on observe dans l'ictère.

Il existe un peu de douleur au niveau du rétrécissement sectionné, ainsi qu'à l'épigastre, lorsqu'on pratique la percussion de la vessie ; je fais mettre un cataplasme sur le périnée, les bourses et le bas-ventre. Bouillon, eau rougie, infusion de tilleul.

22 mars. — Le malade a été somnolent pendant la nuit ; il a eu un saignement de nez, accident auquel il n'est pas sujet en temps ordinaire ; il a été presque tout le temps en moiteur ; pouls 84 ; il a pris du bouillon et de l'eau rougie.

Les besoins sont revenus à de certains moments toutes les vingt minutes ; dans d'autres, toutes les quarante minutes seulement. L'urine reste épaisse, fétide, de couleur rouge foncé, sans pour cela renfermer de sang. La langue est un peu humide, couverte d'un enduit blanc jaunâtre ; les sclérotiques sont un peu jaunes, mais il n'y a pas à proprement parler d'ictère. Pesanteur de tête.

Je prescris ce matin une bouteille de limonade Rogé à 60 grammes. Sous l'influence de la limonade purgative, il est survenu plusieurs garde-robes, dont les premières étaient décolorées et les dernières bilieuses.

M'étant assuré par la percussion que la vessie ne se vidait pas, j'ai pratiqué à trois reprises dans la journée et sans la moindre difficulté, le cathétérisme avec une sonde en gomme n° 13.

Le soir, le malade se trouve beaucoup mieux ; il est plus gai, ne souffre plus de la tête ; la langue est devenue humide, aussi prend-il avec plaisir du bouillon et de l'eau rougie. La peau est moins chaude ; le pouls à 80. Les sondages ont produit le meilleur résultat ; l'urine est devenue plus claire, moins fétide, et ne renferme presque plus de mucosités ; dans les intervalles des cathétérismes, les besoins ne reviennent plus que toutes les heures et demie.

23 mars. — La nuit a été bonne ; les besoins d'uriner ne sont revenus que toutes les heures et demie ou deux heures.

Ce matin, je trouve le malade sans fièvre, pouls à 60 ; peau fraîche, langue humide. L'urine est beaucoup moins épaisse et n'a presque plus d'odeur ; toutefois, comme la vessie ne se vide pas, je pratique le cathétérisme avec la sonde n° 13, qui pénètre sans difficulté ; une douleur assez vive se fait sentir au moment où l'urine est presque entièrement écoulée, douleur résultant sans doute de la contraction de la vessie sur le fragment de sonde qu'elle renferme.

J'autorise le malade à se lever un instant dans la matinée et dans l'après-midi, et à faire usage d'aliments solides en quantité modérée.

Le soir, à neuf heures, je trouve le malade tout joyeux en train de lire ; il me raconta qu'à cinq heures, pendant qu'il urinait debout, le jet s'est arrêté tout d'un coup, puis a repris ensuite avec force, sans qu'il ait éprouvé la moindre douleur ; sa femme, qui tenait le vase, a entendu tomber dedans un corps solide, qui n'était autre qu'un fragment de sonde.

Ce fragment, qu'on me présente, mesure très-exactement 3 centimètres de longueur ; des deux bouts, l'un présente une cassure très-nette régulière, perpendiculaire à l'axe ; l'autre est légèrement irrégulier. Sur une moitié de sa circonférence, ce fragment est incrusté d'une couche assez mince et non continue de matière calcaire blanchâtre, en partie amorphe et en partie cristallisée et brillante ; il mesure 3 millimètres de diamètre (n° 9 de la filière au tiers).

Je sonde le malade avant de me retirer, et je retire 200 grammes environ d'urine assez claire, mais conservant encore une odeur assez pénétrante.

A onze heures et demie du soir, je suis appelé auprès du malade qui, me dit-on, va très-mal ; j'apprends, en arrivant auprès de lui, que la vessie vient d'expulser ce qui restait de la sonde ; ce fragment, mesurant 9 centimètres et demi, est sorti replié en deux sous forme d'une anse ou d'un épingle à cheveux double, dont la partie convexe s'est engagée la première, les extrémités libres étant laissées en arrière.

La douleur a été extrêmement vive au moment du passage du fragment ; il est sorti à la suite un caillot et de l'urine fortement chargée de sang. Le fragment, poussé avec force, s'est redressé après la sortie de l'urèthre et a frappé le vase comme un ressort qui se détend.

Au moment où j'arrive près du malade, il y a un quart d'heure environ que le fait dont je viens de rendre compte s'est accompli ; je le trouve en proie à un violent accès de fièvre, qui a débuté par un frisson ; il a, en ma présence, plusieurs vomissements abondants, composées de matières liquides qu'il avait ingérées ; le pouls est vif, serré, à 110.

Je recommande de lui donner du tilleul chaud aussitôt que les vomissements auront cessé.

Le fragment de sonde rendu comprend l'extrémité mousse, au voisinage de laquelle sont les deux yeux ; à 3 centimètres de cette extrémité, le vernis est détaché circulairement sur une étendue de 3 millimètres, comme si la sonde eût éprouvé une forte pression et eût été menacée de rupture ; c'est à peine si l'on trouve çà et là sur le reste du fragment quelques grains d'incrustation calcaire du volume d'un grain de semoule ; ce fragment est notablement moins incrusté que celui qui a été rendu précédemment ; son extrémité opposée à l'extrémité mousse, s'adapte parfaitement à celle de l'autre fragment, qui présentait une cassure nette.

En somme, le *premier fragment a été expulsé trois jours et six heures après l'uréthrotomie interne et le second six heures plus tard. C'était le septième jour après l'accident de rupture de la sonde dans la vessie.*

A trois heures du matin, on vient me chercher en me disant que le malade va très-mal ; je m'empresse de me rendre auprès de lui. Mme D... me raconte que son mari a eu une sorte de délire, qu'il ne pouvait tenir dans son lit, que sa parole était brève et saccadée, son agitation extrême ; il a rendu de l'urine encore un peu sanguinolente. Au moment où je le vois, il est plus calme ; la peau est sèche, brûlante, le pouls vif, fréquent, bat 110 fois ; la langue est un peu sèche. Comme sa vessie n'est pas vide, j'introduis sans difficulté une sonde en gomme, qui ramène une certaine quantité d'urine claire. Je fais mettre un cataplasme sur le bas-ventre et le périnée. Il a ressenti, avant mon arrivée, une forte douleur comme de courbature dans la région lombaire.

A sept heures du matin, on vient encore me chercher. Mme D... est très-inquiète ; son mari a passé une nuit très-agitée sans sommeil, avec délire par instants ; lorsque j'arrive auprès de lui, il est plus calme ; le pouls est assez large à 90, la chaleur de la peau modérée, les idées nettes, un peu d'affaissement. Le malade désire du bouillon, je lui en fais donner ; il le prend avec plaisir.

J'introduis la sonde en gomme et je retire de la vessie 200 grammes environ d'urine parfaitement claire, sans trace de sang ; je fais ensuite une injection d'eau tiède ; ces manœuvres ne provoquent aucune douleur.

Je rassure Mme D... en lui disant que la situation de son mari ne présente absolument rien d'inquiétant.

24 mars, onze heures du matin. — Le malade a un peu dormi depuis ma dernière visite ; il a éprouvé une très-abondante transpiration, qui a obligé à le changer de linge.

Il a pris plusieurs fois du bouillon avec plaisir ; la langue, qui s'était un peu séchée, est redevenue humide ; la parole est calme ; il existe un sentiment de détente marquée ; le pouls n'est plus qu'à 80 ; la peau n'est presque pas brûlante.

Le soir, je trouve le malade très-bien, il a sucé un morceau de filet à son dîner ; la langue est bonne, le pouls à 70 ; les besoins d'uriner ne reviennent plus qu'au bout de deux heures et demie ou trois heu-

res; il a eu une garde-robe moulée à l'aide d'un lavement huileux. Je vide la vessie et fais une injection d'eau tiède.

25 mars. — La nuit a été bonne; il existe encore un peu de mal de tête; pouls 68; peau fraîche, langue humide; aucune douleur en urinant; je sonde le malade après qu'il vient d'uriner, et je retire encore 150 grammes d'urine; depuis de nombreuses années, en effet, la vessie ne se vide pas entièrement.

Il est convenu que le malade se lèvera dans la journée et qu'il recommencera à manger comme à l'ordinaire. Je prescris un grand bain tiède pour l'après-midi.

Le soir, je sonde le malade, qui a passé une excellente journée. Les journées des 26, 27, 28 mars, se sont passées d'une manière très-satisfaisante; je sonde le malade matin et soir avec une sonde cylindrique, à courbure fixe n° 15, qui passe sans aucune difficulté; j'apprends au malade à introduire cette même sonde, afin de le mettre en état de vider chaque jour sa vessie, une fois le matin et une fois le soir. Le 27 mars, il est sorti pour la première fois en voiture; le 28, il a fait une petite course à pied.

29 mars. — Le malade a rendu ce matin, en urinant, deux petits fragments de vernis qui s'étaient détachés de la sonde cassée pendant son séjour dans la vessie; ces deux fragments sont minces, plats, de la dimension d'une lentille. Il quitte aujourd'hui Paris pour rentrer chez lui dans un état aussi satisfaisant que possible.

Je revois le malade le 9 avril et le 7 mai : la santé est excellente; il continue à faire usage de la sonde n° 15 une ou deux fois par jour; il me raconte, à sa dernière visite, qu'il lui est encore arrivé de rendre de petits graviers phosphatiques, du volume d'un grain de plomb n° 6, analogues à ceux qu'il rendait quelquefois avant l'opération. Je l'engage à faire une fois par jour une injection avec de l'eau de goudron tiède et à prendre de la tisane d'*uva ursi*, additionnée de sirop au benzoate de soude. Non revu depuis cette époque.

Cette observation mérite à divers titres d'être analysée.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Les Mémoires d'un estomac, écrits par lui-même, et traduits de l'anglais par le docteur Gros, médecin en chef de l'hôpital de Boulogne-sur-Mer.

Notre époque est aux *Mémoires*. Il n'est aucun acteur ayant figuré dans la comédie héroï-burlesque qui se joue chaque jour sous nos yeux, qui ne cède à la tentation de nous initier aux mille petits secrets de la coulisse. Simples comparses et grands rôles, jeunes premiers et traîtres de mélodrame, mouchards et diplomates, pères nobles et grotesques, hommes d'État, de robe, d'épée, de plume, de sac et de corde; valets de chambre et d'antichambre, courtisanes et duchesses, chacun tient à être son propre historien et à nous raconter les moindres détails de son rôle et les plus petites particularités de sa vie privée. Mademoiselle *Lili* elle-même écrit les mémoires d'une poupée, et messieurs les pharmaciens n'ont pas encore perdu l'habitude de faire des mémoires d'apothicaires.

Qu'y a-t-il donc d'étonnant à ce qu'un personnage qui nous importe bien autrement que tous les autres, et dont les faits et gestes nous touchent au plus haut point, ait été pris, lui aussi, de la démangeaison de se montrer à nous dans un déshabillé plein de charmes et de nous raconter les diverses péripéties d'une existence à laquelle la nôtre est liée d'une façon tellement intime, que ce que nous sommes, c'est en grande partie par *Lui* que nous le sommes. C'est *Lui* qui bien souvent nous rend chétifs, malingres, tristes, moroses, mélancoliques, ou bien au contraire gais, affables, de bonne humeur, pleins de vigueur et de santé. Cela dépend de l'état dans lequel Lui-même se trouve. Nous sommes, dès le moment de notre naissance, ses esclaves les plus humbles et les plus soumis. Il nous commande sans que nous puissions nous soustraire à ses ordres, et il n'est pas rare de voir des gens, — des fous ou des malheureux, — expier par une mort horrible le refus ou l'impossibilité d'obéir à ses exigences. Ah! c'est un tyran qui ne badine pas! Il a parfois des fantaisies extravagantes et des caprices insensés. Et pour les accomplir, l'homme met à contribution la nature tout entière, et consent à exposer ses jours à mille dangers, sur terre et sur mer.

Dans le but d'apaiser les appétits sans cesse renaissants de ce Minautaure impitoyable des légions d'artistes travaillent jour et nuit. Ils torturent leur génie pour enfanter des combinaisons inédites, des assemblages invraisemblables, des mixtures hétéroclites, auxquels ils donneront les noms les plus fantastiques. Et bien, c'est ce despote terrible, vivant au milieu de nous, habitant même en nous, c'est l'*Estomac*, en un mot, qui entreprend aujourd'hui de publier ses mémoires dans une élégante petite brochure que je suis heureux de présenter au public médical pour deux raisons : la première, c'est que l'ouvrage est intéressant et instructif au plus haut chef; la seconde, c'est qu'il est dû à la plume d'un de nos plus distingués confrères de la province, le docteur Gros, médecin en chef de l'hôpital de Boulogne-sur-Mer. Non pas que ce volume soit son œuvre personnelle, car il a paru il y a quelques années en Angleterre, sans nom d'auteur, et nous n'en avons sous les yeux qu'une traduction; mais une traduction enrichie de nombreuses annotations originales, et faite avec tant de soin, d'élégance et d'exactitude, qu'elle équivaut presque à une création.

Cela n'étonnera personne de ceux qui connaissent le docteur Gros, et qui savent que ce praticien, aussi dévoué que charitable, aussi modeste qu'instruit, profondément versé dans les sciences philosophiques, lit Tacite et Thucidyde à livre ouvert, et parle et écrit l'anglais comme s'il avait fait ses humanités à Oxford.

L'épigraphe tirée d'Horace et placée en tête de l'opuscule :

> . . . Ridentem dicere verum quid vetat?
> Qui nous empêche de dire la vérité en riant?

explique parfaitement le genre et la portée de l'ouvrage. C'est un jeu d'esprit satirique où le paradoxe et la fantaisie coudoient nombre de vérités pratiques; c'est une spirituelle boutade qui, sous une forme enjouée, nous fait assister à toutes les opérations culinaires et physiologiques qui s'opèrent dans l'intérieur de notre corps. C'est, en un mot, de la science amusante mise à la portée de tous les lecteurs.

Ajoutons que c'est en grande partie une critique virulente contre les différents systèmes et les diverses écoles qui divisent le monde médical. Les homœopathes et les allopathes s'y livrent une guerre acharnée; les globules tirent à boulets rouges contre les potions du Codex; et il y a à l'adresse des pharmaciens un éreintement de première classe. L'auteur ne va-t-il pas jusqu'à dire que « les grands globes de verre remplis de liquides colorés que l'on voit aux vitrages des boutiques d'apothicaire, sont tout simplement des fanaux, puisqu'on les éclaire la nuit, destinés à avertir notre santé des lieux où elle est sûre de faire naufrage!!! »

Mais à côté de ces passages où l'*humour* britannique s'en donne à cœur joie, il y a des pages véritablement sérieuses, empreintes d'un cachet de fine observation, et remplies des meilleurs conseils sur les moyens de conserver le corps tout entier en santé et en bien-être. Et n'oublions pas que notre auteur n'est pas le premier venu. C'est un *Estomac* qui a beaucoup vu, beaucoup étudié, beaucoup voyagé. Il a connu les angoisses de la faim et les tourments de l'amour. Il a été poëte à son heure. Il a dîné dans des gargots dont les effluves lui soulevaient le cœur. Il a joui de la vie dans les premiers clubs de Londres. Il a fait ripaille dans les meilleurs restaurants de l'Europe. Il a goûté du johannisberg au cachet d'or, et de la piquette à douze sous la bouteille. Il a donné asile au vieux bourgogne qui a reçu les baisers du soleil, aux vins aromatiques de la Moselle, à ceux de la Suisse aussi bien qu'à ceux de l'Espagne et de bien d'autres pays; et il peut se rendre cette justice qu'il a toujours fait de son mieux pour recevoir chacun d'eux avec cet intérêt amical et cet accueil chaleureux qu'un estomac anglais a le privilége de savoir montrer à tous les hôtes qui lui arrivent apportant des climats lointains une recommandation respectable.

Comment donc ne pas suivre les préceptes d'un personnage aussi expert que celui-là, lorsqu'il nous affirme que la plus grande partie de nos maux étant occasionnée par des erreurs de régime, les meilleurs moyens pour les conjurer et les guérir consistent moins dans

l'usage des médicaments que dans la sobriété, le choix des aliments, l'exercice, la régularité des repas, l'éloignement de tout sujet de mélancolie et de tristesse. Évitez donc, dit-il, de dîner seul. Ayez des convives aimables et de bonne humeur. Ne rougissez pas de subir l'influence bienfaisante de la société des femmes. Leur doux parler musical chasse l'ennui du moment. Que la gaieté règne en souveraine à votre table! Je n'aime pas un rire sournois à moitié honteux de lui-même; mais donnez-moi une bonne et robuste octave de notes joyeuses. Cela me réchauffe comme un cordial. Ah! si les docteurs exigeaient que leurs patients dînassent en société au lieu de leur donner ces éternelles drogues nauséabondes, vous verriez le gastrite et les humeurs noires s'enfuir sur leurs ailes de chauve-souris.

Mais j'en ai dit assez pour donner une idée suffisante de cet ourage. Les huit éditions qui se sont rapidement succédé en Angleterre sont un sûr garant de l'accueil favorable qu'il recevra en France.

Dr A. FILLIETTE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Le concours pour une place de chef de clinique obstétricale s'est terminé par la nomination de M. Adolphe Pinard, ancien interne des hôpitaux.

— Le concours pour deux places de chef de clinique médicale s'est terminé par la nomination de MM. Ducastel et Sevestre, anciens internes des hôpitaux.

— *Hospices civils de Marseille.* — Le lundi 9 novembre 1874, à 3 heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de deuxième chef-interne. — Ce concours aura lieu devant la commission administrative, assistée d'un jury médical. — Les candidats devront être âgés de vingt et un ans accomplis, célibataires ou veufs sans enfants. — Ils devront avoir douze inscriptions de faculté ou quatorze d'école préparatoire. — Ne seront pas admis au concours ceux qui seront docteurs en médecine. — Le candidat nommé ne pourra obtenir le grade de docteur que dans la troisième année de son exercice.

Les candidats auront à produire : 1° l'acte de leur naissance; 2° un certificat de moralité récemment délivré par le maire de la commune où ils ont leur résidence, constatant en outre qu'ils sont célibataires ou veufs sans enfants; 3° le certificat de leurs inscriptions. Ces pièces seront déposées au secrétariat de la commission administrative, à l'Hôtel-Dieu, où les candidats se feront inscrire huit jours au moins avant le jour fixé pour l'ouverture du concours.

Le deuxième chef-interne sera nommé par la commission administrative après le rapport du jury d'examen. Il sera spécialement attaché à l'hôpital de la Conception et entrera en fonctions au 1er janvier 1875. La durée de son exercice est fixée à trois années.

Le deuxième chef-interne, à la fin de son exercice, et même plus tôt, en cas de vacance, pourra être nommé premier chef-interne, sans concours, par la commission administrative. — Les émoluments des chefs-internes sont fixés, pour le deuxième, à 700 francs par an, et pour le premier, à 800 francs par an. — Ils sont, de plus, logés et nourris.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Malingre, ancien adjoint au maire du 3e arrondissement de Paris, décédé à l'âge de 53 ans.

— On lit dans le *Journal officiel :*

Les dernières lettres reçues de la Tripolitaine confirment la triste nouvelle de la mort de M. le docteur Laval, médecin-major de l'armée française.

Ce médecin avait profité d'un congé pour se livrer à des recherches scientifiques dans la régence de Tripoli. Informé que la peste venait de se déclarer au Merdj, bourg situé aux environs de Benghazi, il n'hésita pas à s'y rendre. Seul médecin et seul Européen au milieu d'une population terrifiée, il prit, avec le concours de l'autorité locale, les mesures destinées à circonscrire l'épidémie et prodigua, en même temps, ses soins à tous les malades.

Son dévouement, que n'arrêtaient ni la fatigue, ni le danger, devait malheureusement lui être fatal. Atteint lui-même par le fléau, il a succombé, au bout de six jours, avec une édifiante résignation. L'agent vice-consul de France à Benghazi, accouru auprès de lui avec le préfet de la mission catholique, a pu recueillir ses dernières volontés.

La mort de M. le docteur Laval a produit dans le pays une profonde impression. La population de Benghazi, tenant à témoigner de sa reconnaissance pour celui auquel elle est redevable d'avoir été jusqu'ici préservée de l'épidémie, assistait tout entière à ses obsèques. La cérémonie funèbre a été célébrée dans l'église catholique de cette ville, en présence des autorités civiles et militaires et de détachements fournis par les différents corps dont se compose la garnison.

Nouveau Dictionnaire des falsifications et des altérations des aliments, des médicaments et de quelques produits employés dans les arts, l'industrie et l'économie domestique. Exposé des moyens scientifiques et pratiques d'en reconnaître le degré de pureté, l'état de conservation, de constater les fraudes dont ils sont l'objet, par M. LÉON SOUBEYRAN, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier. — Paris, 1874, 1 vol. gr. in-8° de 650 pages avec 218 figures, cartonné. — Prix : 14 francs. — J. B. Baillière et fils.

De l'ictère hématique traumatique, par le docteur A. PONCET. — In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, 1874, Georges Masson.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 96. — JEUDI 20 AOUT 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 20 AOUT 1874. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Rien n'est moins fixe que l'hygiène et la police sanitaire. Parmi les sciences médicales, il n'en est pas qui soit plus contingente, qui change plus souvent et plus vite de face suivant les courants de l'opinion.

Naguère encore, on ne voulait reconnaître qu'à un petit nombre de maladies la faculté d'être transmissibles et contagieuses.

Aujourd'hui, la mode est aux contages. Le choléra, la fièvre jaune ne sont plus seulement épidémiques ; la phthisie pulmonaire et la tuberculose sous toutes ses formes sont devenues sujettes à caution ; on se défie même à ce point de vue de maladies qu'on eût autrefois regardées comme certainement endémiques, telles que la fièvre à rechutes, *relapsing fever*, née dans les marais de l'île Maurice.

L'année dernière, M. Chauffard n'expliquait-il pas le typhus des armées, la fièvre de famine, etc., par l'importation d'un germe morbide étranger?

On avait objecté à cette théorie la coïncidence habituelle du scorbut avec le typhus.

Si le typhus était importé, disait-on, comment serait-il précédé du scorbut, qui naîtrait sur place?

Mais pourquoi ne pas appliquer la nouvelle doctrine au scorbut lui-même?

L'académicien qui s'est posé cette question n'en était pas à son coup d'essai. C'était lui qui avait fait admettre déjà par le plus grand nombre la nature contagieuse de la tuberculose; ayant un remarquable talent comme théoricien et critique, il ne craignait pas de s'attaquer aux traditions.

M. Villemin a composé un long mémoire d'une érudition bibliographique exubérante, d'une méthode patiente et sûre.

Avant de présenter sa doctrine, il a voulu montrer qu'il avait à créer dans le chaos. Tous les auteurs qui avaient traité de cette question, il les a mis en pleine opposition les uns avec les autres, et parfois chacun en contradiction avec soi-même. Les allégations s'entre-croisaient, les doutes naissaient et grandissaient comme d'eux-mêmes, et l'on se sentait tout disposé à entendre des nouveautés sans les traiter de paradoxes.

Il faut avouer, d'ailleurs, que le terrain était d'avance préparé.

Le scorbut qui a fait son apparition vers la fin du siége de Paris a beaucoup étonné tous les observateurs par ses allures.

On se rappelle avoir inutilement employé les légumes frais, pommes de terre crues, etc., dans des ambulances qui en étaient pourvues.

On se rappelle aussi que, chez plusieurs personnes, le ramollissement des gencives, les taches ecchymotiques, les douleurs musculaires, etc., ont apparu alors que le siége était terminé, et qu'elles faisaient un grand usage des végétaux verts. J'ai vu, pour ma part, le scorbut se déclarer plusieurs mois après la fin de la Commune chez un coiffeur qui, jusque-là, s'était toujours très-bien porté.

Ainsi chacun avait conscience de l'insuffisance étiologique et thérapeutique des données reçues sur le scorbut. On n'a pas pu peser encore les propositions inattendues de M. Villemin ; elles étonnent naturellement au premier abord ; mais on désirait reprendre l'étude de cette question par la base, et l'occasion en est fournie.

On peut donc dire que, cette fois encore, M. Villemin a eu la main heureuse. La discussion que son mémoire va soulever est d'une actualité généralement sentie, et ne manquera pas d'intéresser le corps médical.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

Hyperhydrose localisée à la plante des pieds ou à la paume de la main. — Considérations sur son traitement (1).

Rédigées par M. E. BOURRETÈRE.

La lecture de ces observations me suggère plusieurs réflexions sur lesquelles je voudrais pouvoir m'appesantir ; mais le temps me fait défaut, je me propose d'ailleurs de revenir sur ce point à une autre époque. Je veux aujourd'hui me borner à faire connaître le traitement qui a donné à M. Hardy d'aussi brillants résultats.

Mais n'est-il pas dangereux de supprimer la sueur habituelle des pieds et ne doit-on pas résister aux sollicitations des malades qui veulent être débarrassés de cette fâcheuse incommodité?

Il est généralement admis dans le monde que cette transpi-

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 août 1874.

ration excessive est une sorte d'émonctoire naturel qui débarrasse l'économie des principes qui pourraient lui être nuisibles. De là l'indication, non de la tarir, mais au contraire de l'entretenir avec le plus grand soin, et l'on rattache nombre de maladies à sa suppression.

La plupart des auteurs français ont contribué puissamment par leurs écrits à répandre cette croyance; presque tous, en effet, sont d'avis qu'il est dangereux de supprimer une sueur habituelle. Les observations de maladies survenues dans ces circonstances sont très-nombreuses.

Niemeyer et Hébra s'élèvent avec force contre « ce préjugé sans fondement ».

« Dans le temps, dit le premier de ces auteurs, on croyait que les sueurs fortes des pieds et des aisselles étaient une élimination bienfaisante pour le corps, et l'on rattachait nombre de maladies, et surtout les maladies de la moelle épinière, à la suppression de la transpiration des pieds. *Ces deux opinions ont été reconnues de nos jours pour des préjugés sans fondement.* » (Niemeyer, *Path. int.*, t. II, p. 456.)

Hébra (*Traité des maladies de la peau*, traduction du docteur Doyon, t. I, p. 88) cite deux faits seulement, empruntés l'un à Joseph Franck, l'autre à Rayer, qui sembleraient de nature à confirmer l'opinion des médecins, qui voient de graves inconvénients dans la suppression d'une sueur habituelle; mais il ajoute : « Bien qu'il soit facile de trouver de pareilles assertions dans les ouvrages de médecine plus anciens, j'indique seulement ces deux-là, parce qu'ils sont suffisants pour montrer *les idées imaginaires* que l'on avait autrefois, et combien de médecins de valeur se sont laissé influencer par les *préjugés* de leur époque. Il est à peine besoin d'ajouter que toutes ces opinions sont basées sur une perversion complète des faits et ne reposent sur aucune donnée scientifique, de telle sorte que, dans l'état actuel de la physiologie et de la pathologie, elles n'ont pas même besoin d'être réfutées. »

Plus loin (page 91), il dit : « J'ai appliqué ce mode de traitement (nous verrons en quoi il consiste) pendant plus de vingt ans et dans plus de cent cas. Dans aucun d'eux, je n'ai vu survenir d'effets nuisibles, soit immédiatement après l'application de cette préparation, soit dans le cours de plusieurs années, pendant lesquelles les malades sont restés sous ma surveillance. »

Hébra ne va-t-il pas trop loin quand il prétend que l'on peut tenter la guérison de l'hyperhydrose locale dans tous les cas? Je me rangerais plus volontiers à l'avis de M. Hardy, qui professe que l'on peut, sans inconvénients, guérir cette infirmité dans certains cas déterminés, mais qui a soin d'ajouter que l'on doit s'abstenir dans certaines circonstances. A propos du premier malade (Obs. I), il nous disait dans une de ses cliniques à l'hôpital Saint-Louis, le 20 mai 1873 :

« Ne doit-on pas craindre, à la suite de la suppression d'une sueur exagérée, les complications qui ont été signalées comme habituelles du côté des organes thoraciques? » Il nous rappelait ces cas de migraines rebelles, de tuberculisation rapide, d'albuminurie, etc., que l'on rapporte à la guérison inopportude de l'affection qui nous occupe.

Ces répercussions peuvent exister réellement, nous disait-il, mais elles ne sont pas inévitables, et la guérison a eu lieu souvent sans accidents.

Si les individus atteints d'hyperhydrose appartiennent à des familles dans lesquelles on retrouve des maladies diathésiques héréditaires (tubercules, scrofule ou autres), il est prudent de s'abstenir de toute médication qui aurait pour but de les débarrasser de leur infirmité. Mais s'ils sont robustes, vigoureux, s'ils n'ont pas d'antécédents pathologiques; si, par un interrogatoire bien dirigé, on ne retrouve, ni chez leurs ascendants ni chez leurs collatéraux, de maladies constitutionnelles, il ne faut point hésiter, et la guérison sera obtenue sans qu'il survienne de complication.

L'opportunité de l'intervention dans certains cas déterminés étant admise, à quel procédé doit on avoir recours?

Tous les médicaments donnés à l'intérieur, tels que l'agaric blanc, l'extrait d'aconit, etc., sont sans efficacité; nous en dirons autant des purgatifs et des diurétiques. Un traitement local peut seul donner un résultat satisfaisant; ici encore nous retrouvons un nombre considérable de poudres, de pommades, de solutions qui, à diverses époques, ont été recommandées dans le but de supprimer la transpiration exagérée des pieds. Leur multiplicité même semble indiquer que les anciens médecins ont fait de sérieux efforts pour triompher de cette affection, ce qui prouverait qu'ils ne redoutaient pas autant qu'ils le disaient les conséquences d'une guérison complète.

Hébra recommande beaucoup le moyen suivant : on appliquera sur les parties malades un linge recouvert d'un mélange, par parties égales, de diachylon et d'huile de lin. On aura bien soin, dit-il, que le pied soit complétement recouvert et que la préparation soit en contact immédiat avec la peau.

On renouvelle ce pansement matin et soir; chaque fois qu'on l'enlève, on frotte le pied avec un linge bien sec. Le traitement est continué pendant dix à douze jours; au bout de ce temps, on enlève définitivement le pansement, on frotte de nouveau les pieds avec un linge bien sec, on saupoudre les bas et les chaussures avec une poudre désinfectante ou astringente, et le malade peut reprendre ses occupations.

M. Hardy remplace le mélange de diachylon et d'huile de lin par un morceau de diachylon ordinaire, dont il enveloppe les parties malades. On l'emploie sous forme d'une semelle dont les bords relevés se réunissent sur la face dorsale du pied.

Les deux malades dont nous avons parlé ont été soumis à ce traitement, et l'on sait déjà quel résultat on a obtenu. Le diachylon était renouvelé tous les matins seulement, à l'heure de la visite, et avant de le réappliquer, on faisait sur les parties malades une friction assez énergique avec un morceau de flanelle. On recouvrait le tout au moyen d'une bande, et les malades gardaient le lit pendant toute la durée du traitement.

Hébra insiste avec raison sur la nécessité de veiller à ce que la préparation soit en rapport immédiat avec la peau; cette indication est facilement remplie quand l'hyperhydrose siége aux pieds, mais il n'en est pas de même quand elle a envahi les mains. On emploiera alors de longues bandelettes de diachylon avec lesquelles on fera un bandage spécial des doigts et de la main, bandage absolument semblable à celui dont on se sert dans le cas de brûlures de ces parties. Grâce à ce stratagème, toute la surface cutanée des doigts et de la main sera en contact avec l'emplâtre.

Lorsque la guérison sera complète, on conseillera au malade de saupoudrer, pendant quelque temps encore, ses bas et ses chaussures avec l'une des substances que nous avons indiquées.

Si, malgré le soin minutieux qu'on aura mis à rechercher les contre-indications au traitement, il survenait des complications, il faudrait rappeler l'hypersécrétion sur les points où elle siégeait primitivement. On y réussira facilement en enveloppant ces régions soit avec des cataplasmes, soit avec de la toile vulcanisée, ou tout simplement avec des feuilles de chou, qui provoquent une abondante transpiration.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Érysipèle généralisé chez les nouveau-nés. — Gangrène des bourses. — Abcès multiples. — Guérison complète au bout d'un mois.

Par le docteur F. Vincent, de Guéret (Creuse)
Lauréat de l'Académie de médecine

Dans ses numéros des 28 et 30 juillet dernier, la *Gazette des Hôpitaux* a publié une observation d'érysipèle chez un nouveau-né, compliqué de gangrène des bourses et d'abcès multiples, qui s'est heureusement terminé. L'auteur de cette intéressante observation, le docteur Frédet, de Clermont-Ferrand, à la fin de son remarquable article, se pose la question suivante, en matière de conclusion : « Devons-nous considérer la formation des abcès, dans le cas qui nous occupe, comme une crise heureuse? Nous serions tenté de le croire, et nous nous trouverions ainsi d'accord avec Trousseau, qui signale la guérison d'érysipèles, à qui il maintient l'épithète de puerpéraux, lorsqu'il s'est formé des phlegmons dans les parties qu'ils ont envahies. La maladie s'épuiserait, en quelque sorte, comme chez la femme en couche qui, atteinte de péritonite puerpérale, a des chances bien plus grandes de guérison quand il se forme un phlegmon du ligament large ou de la fosse iliaque. »

Ayant eu occasion d'observer, il y a quelques semaines à peine, chez un nouveau-né, un cas d'érysipèle qui présente, avec celui auquel je viens de faire allusion, la plus grande analogie, quoique compliqué d'accidents moins graves et surtout moins prolongés, et qui s'est terminé également par la guérison, je crois que sa publication trouve son opportunité à la suite de celui du docteur Frédet. Comme ce dernier et celui cité par M. Bouchut (1), il peut contribuer à résoudre l'importante question que s'est posée notre confrère de Clermont. Dans tous les cas, il servira à atténuer le diagnostic désolant porté, sur cette maladie, par le plus grand nombre des médecins qui se sont occupés des maladies de l'enfance.

Voici cette observation :

H. S..., enfant du sexe masculin, fort et bien constitué, est né le 2 juin 1874. Sa mère, qui lui a donné le sein le premier jour après sa naissance, est morte huit jours après, c'est-à-dire le 10 juin, d'une fièvre puerpérale, suite de couche, qui l'a emportée très-rapidement.

Le 15 juin, treizième jour après la naissance de l'enfant, je suis appelé à lui donner des soins. Depuis la veille, il présente une expression de souffrances qui frappe sa nourrice et décide la famille à me faire appeler. Je lui trouve la peau brûlante, le pouls accéléré; contre son habitude, il pleure souvent et prend moins bien et moins souvent le sein que les premiers jours, et, sans avoir de dévoiement, ses fèces présentent des grumeaux de lait mal digéré.

En même temps, je puis constater à la partie supérieure et antérieure de la poitrine, un peu au-dessous du sein gauche, une rougeur superficielle, qui me fait redouter le développement d'un érysipèle, bien que rien d'extraordinaire ne se manifeste autour de l'ombilic.

Le lendemain, la rougeur a gagné le dos jusque entre les deux épaules, et à ses caractères, il ne peut y avoir aucun doute sur la nature de l'affection : c'est bien à un érysipèle que nous avons affaire; et, circonstance aggravante, à un érysipèle qui, selon toute probabilité, participe de la nature puerpérale de la maladie qui a emporté la mère quatre jours auparavant. Me basant sur cette dernière circonstance, sur le diagnostic grave porté par Trousseau et d'autres médecins, et par ma propre expérience, car j'ai souvenance au moins de trois enfants nouveau-nés atteints d'érysipèle dont pas un n'a survécu, je considère cet enfant comme perdu, je fais part de mes craintes à la famille et l'engage, si elle le trouve convenable, à faire appeler un autre médecin. Le docteur Villard, qui avait donné des soins à la mère dans sa dernière maladie, me fut adjoint, et c'est avec le concours de ce confrère distingué que je continuai à donner des soins au petit malade.

(1) *Traité des maladies des enfants*, 6e édition, page 807.

La maladie envahit successivement le dos, les jambes, les parois de la poitrine et de l'abdomen; les fesses et les parties génitales. Les bourses prennent un volume énorme, au moins quadruple du volume ordinaire. Vers le milieu du deuxième septenaire, un point gris noirâtre et livide, à la partie antérieure et inférieure du scrotum, et sur la ligne médiane, annonce le développement d'un sphacèle. Le lendemain, la partie sphacélée a acquis l'étendue d'une pièce de dix centimes en billon. Nous la circonscrivons par deux incisions semi-linéaires, comprenant toute l'épaisseur de la peau. La mortification n'a pas franchi la limite que nous lui avons tracée, soit que les deux incisions lui aient opposé une barrière infranchissable, soit que la médication topique, dont nous parlerons plus loin, ait contribué à ce résultat.

En même temps que cela se passe du côté du scrotum, la maladie continue sa marche envahissante sur les membres inférieurs, en sévissant d'une manière toute spéciale sur la jambe droite, à la partie inférieure de laquelle elle prend un caractère phlegmoneux. Pendant le cours du troisième septenaire, nous sommes obligés de faire, soit autour des malléoles, soit au dos du pied, cinq à six ouvertures d'abcès qui nous donnent un pus de bonne nature.

Cette intensité des accidents à la jambe droite semble atténuer l'affection à la jambe gauche, où la rougeur est superficielle et avec peu de tuméfaction. Sa disparition de ce membre, qui a été envahi tout entier comme l'autre, coïncide assez bien avec l'ouverture du dernier abcès au pied droit.

Pendant le cours de la troisième semaine, à l'époque même de la formation des abcès, deux petites plaques rouges, avec tuméfaction légère, développées de chaque côté du nez, nous ont fait craindre que la maladie ne recommençât à la figure, après avoir envahi jusqu'aux dernières phalanges des orteils. Quelques applications de collodion ont suffi pour conjurer ce nouveau danger qui menaçait notre petit malade.

Le traitement employé a été le suivant :

1° A l'intérieur : l'enfant a continué de prendre le sein, quoique avec modération, pendant tout le cours de sa maladie. Nous avons purgé de temps en temps, en faisant prendre, dans la journée, deux à trois cuillerées à café de sirop de chicorée composé, additionné d'un cinquième de sirop de quinquina. Les jours que nous n'usons pas de ce mélange, nous faisons sucer une ou deux cuillerées de sirop de quinquina au vin.

2° A l'extérieur, le traitement a consisté en bains d'eau de fleurs de sureau, d'une demi-heure environ, administrés une ou deux fois par jour. Dans l'intervalle des bains, les parties envahies sont largement saupoudrées avec un mélange de poudre d'amidon et de tanin dans les proportions suivantes :

Pr. poudre d'amidon. . . . . . 100 grammes.
Id. de tanin. . . . . . 20 —
M. S. A.

Des cataplasmes de farine de lin enveloppent le pied droit, là où l'inflammation prend un caractère phlegmoneux; et les plaies laissées par l'ouverture des abcès sont pansées simplement.

Le collodion, que nous avons employé pour arrêter la marche envahissante de la maladie, a été tout à fait inefficace ailleurs que sur les deux petites plaques de la figure ci-dessus mentionnées. Nous avons jugé inutile d'avoir recours, dans le même but, aux vésicatoires et aux traînées caustiques.

Quant à la partie du scrotum envahie par la gangrène, nous la faisons lotionner deux ou trois fois par jour avec un mélange tiède de décoction d'écorce de chêne et de vin aromatique; et dans l'intervalle des lotions, nous laissons appliquer, à demeure, un plumasseau de charpie trempé dans la liqueur antiseptique suivante :

Pr. quinquina concassé. . . . . 10 grammes.
Eau. . . . . 150 —

Faites bouillir jusqu'à réduction d'un quart du liquide employé, coulez et ajoutez à la décoction 25 grammes d'eau-de-vie, dans laquelle on aura préalablement fait dissoudre cinq gouttes d'acide phénique.

Grâce à une nourrice intelligente et dévouée, l'enfant a été toujours tenu dans le plus grand état de propreté.

Vers le commencement de la quatrième semaine, alors que les dernières manifestations de la maladie commencent à s'éteindre, la partie gangrenée du scrotum se détache sous forme de croûte sèche et parcheminée. La plaie qui en résulte, pansée avec de la charpie imbibée de vin aromatique (à cause de son atonie), se cicatrise rapidement, en se rétrécissant considérablement par suite du retrait des tissus dégorgés. Aujourd'hui, il ne reste plus qu'une cicatrice insignifiante sous le rapport de son étendue. L'amélioration, tant générale que locale, a été si rapide que le 15 juillet, c'est-à-dire un mois après le début de l'érysipèle, je peux cesser mes visites. Actuellement, le jeune H. S... jouit d'une santé excellente.

Je ne ferai suivre cette observation d'aucun commentaire. Après ceux très-élevés auxquels s'est livré le docteur Frédet, ceux que je pourrais faire deviennent complétement inutiles. Mon but, en effet, en la publiant, est exactement le même que celui de mon docte confrère, c'est-à-dire d'apporter un document de plus à l'appui de cette proposition qu'il a formulée, d'une manière interrogative, il est vrai : « *La formation des abcès, dans l'érysipèle des nouveau-nés, doit être considérée comme une crise heureuse.* »

Si, à l'aide de faits suffisamment nombreux et bien observés, cette proposition pouvait passer à l'état de vérité scientifique bien démontrée, il ne serait peut-être point impossible d'en tirer une application pratique importante. J'espère démontrer plus tard que, dans la pneumonie, *une évacuation critique provoquée au moment opportun* peut contribuer puissamment à amener une terminaison heureuse de la maladie. Dans l'affection qui nous occupe, ne serait-il pas possible de provoquer aussi, *au moment opportun*, un *abcès critique* qui jugerait favorablement la maladie? Cette idée, *si la proposition qui lui sert de point de départ était démontrée vraie*, n'aurait rien de contraire à la raison et serait légitime par l'analogie. Il serait facile de la mettre en exécution à l'aide d'injections sous-cutanées irritantes dans les tissus envahis, ou de corps étrangers qu'on y introduirait. Ce sont des essais que la gravité exceptionnelle d'une maladie à peu près constamment mortelle autoriserait à faire.

DE LA LUXATION SOUS-COTYLOIDIENNE DU FÉMUR (1).

Par M. Chappelain, de Marseille.

Le mécanisme d'après lequel se produit la luxation sous-cotyloïdienne est très-obscur, car, dans les divers faits que nous avons analysés, on découvre difficilement la progression qu'a suivie la tête fémorale pour sortir de la cavité cotyloïde et se porter au-dessous de cette cavité. Dans le cas de Bouisson rien n'est indiqué. Le malade d'ailleurs n'est arrivé sur le sol qu'après s'être accroché d'abord sur un autre point. On ne peut rien tirer de celui d'Ollivier.

Dans l'observation de J. Roux, il y a une flexion forcée de la cuisse et, par conséquent, pression de la tête fémorale sur la partie inférieure de la capsule, mais cette pression était-elle directe ou portée en bas et en dehors; ou en bas et en dedans, suivant que dans cette flexion forcée, le membre était dans l'abduction ou l'adduction, rien ne nous le dit dans le narré de l'observation.

Dans le fait que je relate, il y a eu également une flexion forcée et un mouvement de rotation autour du fémur comme centre. La partie supérieure du corps étant la partie mobile, tandis que la cuisse était dans une position relativement stable, le pied étant pris dans les rails du chemin de fer et le membre étendu.

Nous avons donc, pour apprécier le mécanisme de la luxation en bas, le fait de Bouisson, le mien, dans lesquels la luxation a été primitive et ceux de Malgaigne et de Lenoir, dans lesquels elle a été seulement consécutive.

C'est dans la flexion exagérée de la cuisse sur le bassin ou du bassin sur la cuisse que doivent se produire les luxations du fémur qui occupent la partie inférieure de la cavité cotyloïde; en effet, par l'élévation de la cuisse sur le plan intérieur du corps, la tête fémorale roulant sur la cavité va presser par sa partie inférieure de la capsule, tandis que la face postérieure du fémur tend à devenir antérieure.

Si la flexion est directe, ce sera la partie inférieure de la capsule qui sera fortement tendue par la pression de la tête; si la flexion se combine avec l'abduction, la tête fémorale pressera en bas et en dedans, et, dans le cas où la flexion se combinera avec l'adduction, la tête tendra à s'échapper par la partie intérieure et externe de la cavité.

Le mécanisme d'après lequel on comprendrait mieux la luxation sous-cotyloïdienne serait la flexion forcée de la cuisse dans une position directe, mais je ne crois pas que ce mode de déplacement puisse être mis en cause, car dans sa plus grande flexion directe, la cuisse rencontre le plan du corps qui l'arrêtera dans sa progression avant que la capsule et le ligament rond aient subi une tension assez grande pour que leur rupture puisse avoir lieu.

Telle est l'appréciation théorique; mais, dans les faits connus, la réduction de ces sortes de luxations a toujours été difficile, et il est probable que si l'ouverture de la capsule se fût trouvée en face du point où la tête s'est arrêtée, le rétablissement de la tête fémorale dans la cavité cotyloïde aurait été moins difficile.

La flexion forcée mise à l'abduction déterminera la pression de la tête fémorale sur la partie inférieure et interne de la capsule et si le déplacement a lieu, après la déchirure de la capsule dans cette région, la tête se trouvera dans la région de la fosse ovale et n'aura aucune tendance à se diriger sur la partie inférieure de la cavité cotyloïde.

Le mouvement de flexion forcée peut encore se combiner avec l'adduction et la rotation en dedans; dans cette position, la tête fémorale tend la capsule à sa partie inférieure et externe, et tend à s'échapper selon le diamètre oblique de haut en bas et de dedans en dehors. La capsule se déchire alors sous l'influence de la flexion exagérée, la tête sort de la cavité, et produit également la rupture du ligament rond.

La tête, trouvant ainsi une issue par la partie inférieure et postérieure de la cavité cotyloïde, se trouve à sa sortie dans un point où elle ne peut conserver aucune stabilité.

D'une part, la position forcée affectée par le membre ne peut persister qu'autant que la cause vulnérante continue son effet; d'autre part, la tête placée sur un point culminant continuera sa progression jusqu'à ce qu'elle trouve une position qui la place dans une sorte d'équilibre stable.

Quelles vont être les conditions qui vont amener cette situation stable, que la luxation confirmée va nous faire constater?

Le mode de production de la luxation ischiatique et de la luxation sous-cotyloïdienne me paraît devoir être absolument identique dans les deux premiers temps.

1° Flexion et adduction forcées; 2° rupture de la capsule en bas et en arrière et sortie de la tête par l'ouverture de la capsule.

Le troisième temps va seul différer, et c'est ici que les deux faits de Velpeau et de Lenoir doivent nous servir pour établir le mécanisme de la luxation sous-cotyloïdienne. La tête fémorale est sortie de la cavité, la cuisse est dans la flexion, dans l'adduction et la rotation en dedans. Le résultat le plus probable est que les mouvements commencés se continueront, que les positions acquises persisteront et dès lors nous verrons se former une luxation ischiatique. En effet, la tête fémorale glissera sur le plan incliné que lui présente l'ischion, tandis que la cuisse persistera dans l'adduction et la rotation en dedans, en modifiant seulement la flexion forcée, que l'ascension de la tête fémorale fera cesser d'elle-même.

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 août.

Tout concourt à ce que le mouvement anormal commencé par la sortie de la tête de la cavité se termine ainsi, et cela nous fait parfaitement comprendre la fréquence de la luxation ischiatique relativement à la seconde luxation dont nous allons examiner le mécanisme.

Reprenons donc, pour étudier le mode de formation de la luxation sous-cotyloïdienne, la tête fémorale au moment où elle vient de sortir de la cavité, alors que le membre est dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 août 1874. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre du commerce et de l'agriculture transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1873 dans les départements du Jura et de la Seine-Inférieure. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Mailieurat Lagémart, qui se porte comme candidat au titre de membre correspondant et adresse l'exposé de ses titres scientifiques;

2° Une lettre de remercîment de M. Planchon, de Montpellier, récemment élu membre correspondant national;

3° Une lettre de M. le préfet de la Seine, dans laquelle il rappelle que deux demandes de subvention lui ont été adressées, l'une par M. Colombat, chargé d'un cours d'orthophonie à l'Institution nationale des sourds-muets; l'autre, par M. Chervin, fondateur de l'Institution des bègues, avenue d'Eylau, 70. Désireux de soumettre ces deux demandes au conseil municipal, M. le préfet prie M. le président de vouloir bien provoquer et de lui transmettre le plus promptement possible l'avis de l'Académie.

M. le Président rappelle qu'une commission composée de MM. Bouvier, Baillarger, Hervey de Chégoin et Moutard-Martin, rapporteur, a été chargée de l'examen de cette question et d'en faire l'objet d'un rapport à l'Académie.

M. Depaul fait observer qu'il serait bon, dans l'intérêt de l'Académie, que la réponse au préfet de la Seine fût faite dans un bref délai; c'est la première fois que le préfet de la Seine consulte l'Académie sur une question qui intéresse à la fois la science et l'administration. Si l'Académie veut que de pareils témoignages de la part de l'administration préfectorale lui soient continués, il ne faut pas qu'elle fasse attendre trop longtemps sa réponse.

M. Moutard-Martin déclare que la commission dont il est rapporteur s'est mise en relation avec MM. Chervin et Colombat. M. Chervin seul a été en mesure de montrer les résultats de sa méthode d'enseignement des bègues; M. Colombat a demandé trois mois pour se mettre en mesure d'en faire autant. La commission est prête à déposer son rapport sur la demande de subvention faite par M. Chervin, mais elle ne l'est pas en ce qui concerne la demande faite par M. Colombat.

En conséquence, il est décidé que l'Académie entendra d'abord le rapport de la commission sur la demande de M. Chervin et, plus tard, celui sur la demande de M. Colombat.

M. Depaul présente, de la part de M. Bailly, professeur agrégé à la Faculté, deux brochures intitulées : l'une, *D'un nouveau céphalotribe fenêtré*; l'autre, *Recherches sur le souffle utérin après l'accouchement*.

Il dépose, en outre, sur le bureau, l'exposé des titres scientifiques de M. le docteur Duboué, de Pau, candidat au titre de membre correspondant.

LECTURE

M. Villemin reprend sa communication sur *les causes et la nature du scorbut*, et fait voir que c'est en vertu d'une équivoque que les végétaux frais, les plantes et les fruits antiscorbutiques ont acquis leur renommée dans la guérison de la maladie. Ordinairement administrées aux marins débarqués, ces substances ont usurpé la réputation qui revenait au débarquement. Et la preuve, c'est que les scorbutiques sortis de leurs navires et nourris exclusivement des aliments du bord (lard et bœuf salés, haricots et biscuit) guérissent avec rapidité.

Les effets merveilleux du débarquement sont connus depuis longtemps; mais ils ne doivent pas être attribués à l'action de la terre elle-même. Selon M. Villemin, le débarquement opère en soustrayant les malades aux influences d'un foyer morbigène qui existerait à bord d'un navire. La démonstration de cette idée est offerte par le scorbut de terre, qui, lui aussi, est rebelle à tous les remèdes tant que les malades continuent de séjourner dans le milieu où ils ont contracté leur mal, et qui disparaît si facilement par l'évacuation. M. Villemin cite un grand nombre d'épidémies scorbutiques, sur mer et sur terre, dans lesquelles les végétaux frais, les sucs acides des hesperidées ont été sans résultat, et qui n'ont trouvé de moyen efficace que dans le débarquement. Aussi, tandis que rien ne guérit les malades au milieu d'un foyer morbigène un peu intense, tout guérit, au contraire, hors de ce foyer. De là la quantité de remèdes préconisés dans cette maladie.

La théorie de Garrod, qai attribue le scorbut à l'insuffisance des sels de potasse dans les aliments, se réfute par les propres analyses de Garrod lui-même. Les légumes secs, provision forcée du marin, contiennent exactement la même quantité de sels préservateurs que les pommes de terre bouillies élevées à la hauteur d'un médicament antiscorbutique. Le bœuf salé est à peu près sur la même ligne que le bœuf cru. L'oignon, tant recommandé, a presque moitié moins de potasse que les pois secs tant honnis. Le mouton bouilli équivaut, sous ce rapport, aux oranges, et le riz, qui ne renferme presque point de potasse, a été regardé comme un préservatif du scorbut. Le lait, aliment exclusif de l'enfant, a une quantité de potasse de beaucoup inférieure à celle du bœuf salé et des légumes secs.

Si le scorbut n'est pas une maladie qui relève ni des conditions atmosphériques, ni de l'alimentation, qu'est-il donc? Le scorbut, selon M. Villemin, est à peu près toujours épidémique ou endémique. Semblable au typhus, il atteint les populations groupées, comme celles des casernes, des vaisseaux, des hôpitaux, des asiles, des prisons, des camps. Il se borne le plus ordinairement à la production de petites épidémies localisées, mais en de certaines années, sans qu'on sache trop ni pourquoi ni comment, il se propage à la façon des grandes épidémies, envahissant des contrées entières et frappant des individus dans les conditions hygiéniques les plus diverses. C'est ainsi que nous le voyons, en 1846-1847, envahir successivement tout le Royaume-Uni, le nord de la France, la Belgique, la Prusse, la Russie. En 1855, pendant qu'il décimait l'armée française en Crimée, il apparaissait dans les camps du Nord, dans la garnison et les hôpitaux militaires de Paris, et dans plusieurs autres localités de notre pays. Ces allures lui donnant la plus grande ressemblance avec les maladies endémo-épidémiques que nous connaissons (typhus, peste, fièvre jaune, etc.), M. Villemin n'hésite pas à le regarder comme le résultat d'un miasme particulier.

Mais si le scorbut est une maladie miasmatique, il faudra donc admettre qu'il est contagieux? La contagion a été professée par la plupart des observateurs des seizième et dix-septième siècles qui ne manquaient pas de citer les faits à l'appui de leur opinion. M. Villemin, à son tour, en produit plusieurs exemples qui lui paraissent irréfutables. Il mentionne principalement la transmission de la maladie à la garnison de Paris par des troupes venues des camps du Nord où existait le scorbut, puis sa communication aux malades des hôpitaux, son transport de Boulogne à Douai. A Montpellier des malades de l'hôpital Saint-Éloi sont infectés par des scorbutiques venant de Crimée. A Clairvaux le scorbut des prisonniers est transmis aux soldats préposés à leur garde. A l'asile d'Aix, les sœurs de

'infirmerie et la lingère sont contaminées par les malades de l'établissement, etc., etc.

Le scorbut, maladie miasmatique, infecto-contagieuse, selon M. Villemin, est particulièrement fréquent dans les parages de la mer du Nord et de la mer Baltique. A l'instar de la fièvre jaune, qui se complaît dans certaines mers équatoriales, il affectionne, lui, les mers septentrionales de l'Europe. M. Villemin se demande même s'il n'est pas resté confiné dans ces berceaux d'origine pendant la période historique de l'antiquité pour n'en sortir qu'à l'époque moderne, par suite de l'extension commerciale des peuples. Car les Grecs et les Romains ne paraissent pas l'avoir connu, et le mot scorbut est dérivé des langues du Nord.

Tout en admettant que le scorbut tient son existence d'un principe miasmatique spécifique, M. Villemin reconnaît l'influence de certaines causes adjuvantes dans sa production et son extension, telles que la débilitation de l'organisme par des maladies antérieures, la misère, les fatigues excessives, l'insuffisance de l'alimentation, l'encombrement, etc.

Enfin M. Villemin termine par un rapprochement entre le scorbut et le typhus, rapprochement fondé surtout sur les analogies étiologiques de ces deux affections. Il est remarquable de rencontrer le scorbut associé au thyphus dans une foule de circonstances. La simultanéité si fréquente de ces deux fléaux conduit dès lors à supposer qu'ils naissent dans des conditions semblables. En effet, les vaisseaux, les bagnes, les prisons, les camps, les villes assiégées, les casernes, les hôpitaux, etc., sont leurs domiciles communs. La guerre, la famine, la pauvreté, la misère, sont seuls générateurs. Les populations agglomérées, encombrées, détériorées par les maladies, les fatigues, les privations sont leurs victimes.

M. LEROY DE MÉRICOURT. Je n'ai pu entendre ce remarquable travail qui heurte toutes les convictions de ma vie active, sans me promettre d'y répondre. J'ai, dans la marine militaire, observé le scorbut à peu près sous tous les climats, et je repousse de toutes mes forces les doctrines étiologiques de M. Villemin. Mais je ne voudrais pas me livrer aux hasards d'une improvisation hâtive, et je demande l'Académie de conserver cette question à l'ordre du jour.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches sur l'hémophilie (1).

Par le docteur FR. SIMON.

Depuis fort longtemps déjà, bon nombre de praticiens ont été frappés de l'abondance et de la persistance des hémorrhagies chez certains sujets : hémorrhagies survenues dans l'immense majorité des cas sous l'influence des causes les plus légères, souvent même avec toutes les apparences de la spontanéité. Cette singulière prédisposition, connue sous le nom d'*hémophilie*, a éveillé l'attention de bien des observateurs. Mais la plupart d'entre eux, s'attachant uniquement au fait matériel de l'écoulement sanguin, ont voulu faire de l'hémophilie une diathèse à part, sans s'inquiéter des rapports qu'elle pouvait avoir avec quelque affection générale, dont elle ne serait qu'une des conditions multiples. D'autres, sous le prétexte d'être plus précis, n'ont fait trop souvent que hasarder à ce sujet des théories qui ne supportent pas un examen sérieux.

Dans une thèse remarquable, soutenue ces jours derniers à la Faculté de Paris, M. le docteur F. Simon a placé la question sur un terrain nouveau. S'appuyant avant tout sur la clinique et sur des observations prises avec le plus grand soin, il a recherché quels étaient les phénomènes propres à l'hémophilie, en dehors des hémorrhagies elles-mêmes. C'est sur cette investigation scrupuleuse que sont basées les idées nouvelles émises par l'auteur sur la nature de cette bizarre maladie.

Les théories sur l'hémophilie sont nombreuses, comme cela arrive pour toutes les affections mal connues. Les uns en ont fait une dépendance de la goutte, d'autres une des manifestations du scorbut, d'autres un accident de la scrofule, etc., etc. M. Simon n'a pas de peine à réfuter toutes ces hypothèses, qui ne reposent que sur des faits mal observés ou mal interprétés.

Un bien plus grand nombre d'auteurs ont admis une *altération du sang*, spéciale à la maladie; altération consistant surtout dans une *fluidité anormale* de ce liquide. Or s'il est vrai que, dans un certain nombre d'observations, on ait trouvé le sang modifié dans sa constitution, cette modification, d'après M. Simon, serait toujours secondaire, ne se produirait qu'à la fin des hémorrhagies, et se rattacherait au fait même de l'écoulement sanguin, quelle qu'en soit la cause. D'ailleurs, dans beaucoup de cas, le sang n'a présenté aucune altération notable. Enfin, une telle modification ne pourrait, d'après les idées généralement admises aujourd'hui, produire à elle seule l'hémorrhagie, mais seulement une *hématinorrhagie* ou *pseudo-hémorrhagie*. Quant à l'hémorrhagie proprement dite, caractérisée par l'extravasation de tous les éléments constitutifs du sang, elle suppose une altération des parois vasculaires ou un trouble profond de l'innervation vaso-motrice.

Les théories basées sur une *altération matérielle des vaisseaux* ne sont fondées que sur l'observation de cas isolés. Comme le fait remarquer M. Simon, aucune d'elles ne peut expliquer la disparition occasionnelle et temporaire de la diathèse, et encore moins les cas où elle disparaît définitivement. Ce n'est donc ni dans une anomalie congénitale de l'appareil circulatoire, ni dans une dégénérescence morbide de ses diverses parties qu'il faut chercher la cause première de l'hémophilie.

Cette cause, M. Simon la place dans la sphère des vaso-moteurs. En effet, à mesure que les observations d'hémophilie se multiplient, l'existence de phénomènes nerveux très-marqués, soit chez les sujets affectés de la maladie, soit chez leurs ascendants, soit chez leurs descendants, devient de plus en plus évidente. L'épilepsie, l'hystérie, l'asthme, l'éclampsie, etc., ont été notés maintes fois. Bien que le mécanisme intime de la production des hémorrhagies sous l'influence nerveuse soit encore à démontrer, c'est à cette idée que M. Simon se trouve conduit par voie d'exclusion. Probablement il s'agirait là d'une dilatation paralytique des capilaires, dilatation qui favoriserait leur rupture.

Mais ce trouble nerveux n'est-il pas lui-même sous la dépendance de quelque influence morbide plus générale ? Ici encore M. Simon n'est pas moins affirmatif. Des observations qu'il a recueillies il résulte, en effet, qu'un grand nombre d'hémophiles ont eu une ou plusieurs attaques de rhumatisme bien confirmé ; que d'autres sont issus de parents rhumatisants ; que dans une même famille, enfin, un enfant est hémophile, tandis que son frère est sous le coup d'accidents articulaires. Dans un tableau généalogique habilement dressé, M. Simon fait embrasser au lecteur, d'un seul coup d'œil, cette relation remarquable entre l'hémophilie et le rhumatisme, dans quatre générations d'une même famille.

Dans un mémoire resté célèbre, M. Germain Sée a établi les rapports qui existent entre la chorée et le rhumatisme. Il a montré ces deux affections s'enchaînant, se répétant ensemble, ou alternant l'une avec l'autre. Les raisons invoquées par l'éminent professeur en faveur de son opinion, aujourd'hui

(1) Paris. A. Parent.

presque universellement adoptée, ne sont-elles pas de tout point applicables à ce qui concerne l'hémophilie? M. Simon n'hésite pas à se décider pour l'affirmative et à faire de l'hémophilie une des manifestations de la diathèse rhumatismale.

Nous n'insisterons pas sur la symptomatologie de cette bizarre affection. Disons seulement que les hémorrhagies nasales sont les plus fréquentes. Viennent ensuite celles qui se font par les gencives, le frein des lèvres, le canal intestinal, l'urèthre. Les hémoptysies sont rares. Dans un cas, il y eut une hémorrhagie mortelle consécutive à la rupture de la membrane hymen chez une jeune mariée. Le plus souvent, ces hémorrhagies sont accompagnées, suivies ou précédées de phénomènes nerveux ou articulaires.

La thérapeutique est souvent impuissante à combattre les accidents de l'hémophilie. Dans la plupart des cas l'hémorrhagie s'arrête d'elle-même ou aboutit fatalement à la mort. Tantôt l'écoulement sanguin reparaît au bout d'un temps plus ou moins long avec les mêmes caractères, tantôt il ne se manifeste de nouveau qu'après de longues années. Enfin il existe des exemples bien avérés de guérison.

Il s'en faut, du reste, que la maladie présente toujours ce tableau effrayant qui a surtout frappé les observateurs. Le nombre des hémophiles est, en effet, beaucoup plus grand qu'on ne pense; et bien des gens sont sujets à des ecchymoses parfois très-étendues, dont il est souvent impossible de découvrir la cause.

On comprend l'importance capitale qu'a ici le traitement prophylactique, qui consiste à écarter toutes les causes occasionnelles des hémorrhagies, tels que les exercices violents, l'avulsion des dents, etc., etc.

Telles sont les principales idées contenues dans la thèse de M. Simon; idées qui n'ont été nulle part aussi clairement exprimées, et qui sont assurément dignes d'éveiller vivement l'attention des pathologistes. Sans doute, comme il le dit modestement lui-même, l'auteur n'a pas entièrement dissipé les ténèbres qui obscurcissent encore cette grande question de l'hémophilie; sans doute il y a lieu d'approfondir encore beaucoup des points qui s'y rattachent. Mais il n'en est pas moins vrai que le travail que nous venons d'analyser renferme des aperçus tout nouveaux et constitue l'un des documents les plus importants qui aient paru jusqu'ici sur cet intéressant sujet.

G. Decaisne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 14 août, M. le docteur Moutier, médecin en chef de l'hospice de Montargis (Loiret), est nommé chevalier de la Légion d'honneur; dix-huit ans de services. A fait preuve d'un dévouement exceptionnel comme adjoint chargé des fonctions de maire de Montargis pendant la guerre.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Dheilly, suppléant pour la chaire de chimie et pharmacie, est nommé suppléant pour la chaire de pathologie interne pour une période de trois années.

M. Richer, suppléant pour la chaire de pathologie externe, est nommé suppléant d'histoire naturelle et de thérapeutique pour une période de trois années.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Mandon, suppléant de chimie et d'histoire naturelle, est nommé suppléant de pathologie interne pour une période de trois années.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Chapplain, professeur adjoint, est nommé professeur titulaire de clinique externe, en remplacement de M. Coste, décédé.

M. Demeule, suppléant, est nommé professeur adjoint de clinique externe, en remplacement de M. Chapplain.

— *École de pharmacie de Montpellier.* — M. Soubeiran, docteur en médecine et ès sciences naturelles, agrégé près l'école supérieure de pharmacie de Paris, est nommé professeur titulaire de pharmacie.

— *Distinctions honorifiques.* — MM. Roux, inspecteur du service de santé de la marine; Rochard, directeur du service de santé de la marine à Brest; Fontaine, pharmacien en chef de la marine à Toulon; Drouet, médecin en chef de la marine à Rochefort; Barthélemy, professeur à l'école de médecine navale de Toulon; Mahé, professeur à l'école de médecine navale de Brest; Duplouy, professeur à l'école de médecine navale de Rochefort, sont nommés officiers de l'instruction publique.

MM. Peyremol, professeur à l'école de médecine navale de Rochefort; Constance, professeur à l'école de médecine navale de Brest; Delmas, médecin de 1re classe, professeur à l'école de médecine navale de Toulon, sont nommés officiers d'Académie.

— Le corps médical de Paris vient de faire une nouvelle perte en la personne du docteur Louis-Hippolyte-Jules Jacques, à peine âgé de quarante-trois ans, mort d'une pleuro-pneumonie dont la durée n'a pas été moindre de quatre mois.

Le docteur Jacques, par l'aménité de ses manières, son zèle et son dévouement avait su se concilier l'estime et la sympathie du XIVe arrondissement où il est né, où il a toujours exercé, et où il est décédé.

D'un caractère doux et bienveillant, charitable à l'excès, il est regretté vivement de tous ceux qui l'ont connu.

L'inhumation a eu lieu au milieu d'une affluence considérable dont la tenue silencieuse et recueillie venait témoigner de ses sympathies et de ses regrets, montrant à sa veuve et à son fils, combien leur douleur était partagée, leur donnant ainsi la seule et vraie consolation d'une aussi profonde affliction.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 22 août 1874, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° lecture du procès-verbal de la précédente séance; — 2° lecture de M. Camuset (de l'ophthalmologie en Espagne); — 3° communications diverses.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les affections de l'estomac et leur diagnostif différentiel.

Il est des livres de médecine qui sont écrits sur le modèle des livres de droit. On s'efforce d'y combiner, par des distinctions plus ou moins subtiles, les théories souvent contradictoires des derniers auteurs, et de ramener à quelques formules, faciles à conserver dans la mémoire, ce qu'on a compilé ainsi.

De tels ouvrages ne sont malheureusement point rares à notre époque. Mais ils ne sauraient être d'aucune utilité réelle pour le praticien.

Celui qui n'a point à répondre dans un examen ou dans un concours, mais qui est appelé à traiter une maladie, s'inquiète assez peu de savoir quelles sont les doctrines en vogue, les noms qui font autorité.

Ce qu'il demande, ce sont les notions les plus exactes de ce qui est, dans la réalité des choses, non dans l'opinion d'une école.

C'est l'observation qui l'éclaire et qui le guide : d'abord et surtout l'observation que la pratique journalière met à sa portée ; puis celle que l'on peut poursuivre, d'une façon patiente et consciencieuse, sur un théâtre plus étendu.

Revenons-en donc constamment à l'observation des malades quand un dissentiment peut engendrer des doutes.

Nous avons vu que tel était le cas en ce qui touche l'ulcère simple de l'estomac.

Cruveilhier, qui a décrit le premier cette affection, avait soutenu que le diagnostic différentiel en était très-souvent possible.

Trousseau, dans ses leçons à l'Hôtel-Dieu, avait professé le contraire ; mais, il faut bien le dire, il avait alors fait plutôt œuvre de critique qu'œuvre de clinicien.

En effet, le dernier mémoire de Cruveilhier prêtait largement à la critique.

A côté de descriptions très-exactes, on y rencontrait les assertions les plus hasardées.

C'est ainsi, par exemple, que Cruveilhier avait parfaitement indiqué le caractère de la douleur qui, dans l'ulcère stomacal, s'étend de l'épigastre au rachis sur un même niveau.

Mais, assimilant pleinement cette douleur à celle des gastralgies quant au siége et à la nature, il avait cherché dans l'opium un *criterium* entre deux affections, qu'il regardait comme semblables symptomatiquement, l'ulcère stomacal accompagné de gastralgie, et la galtralgie sans ulcère. Suivant lui, dans le dernier cas, l'opium calmait constamment et tout de suite ; tandis qu'il restait inefficace dans le premier.

C'était se faire une grande illusion que de compter ainsi d'une façon absolue sur l'action de l'opium contre les douleurs d'estomac qui ne proviennent pas d'un ulcère. La vérité est que les douleurs, avec ou sans ulcères, résistent quelquefois aux plus hautes doses de narcotiques, et souvent en sont apaisées.

Trousseau eut raison de le dire. Mais il eut le tort de conclure que, ce signe faisant défaut, l'ulcère simple se confondait absolument dans la pratique avec toutes les gastralgies.

De même Cruveilhier, dans le but de différencier l'ulcère et le cancer, avait prétendu que, dans le cancer, il n'existait pas de douleurs proprement dites, siégeant dans les nerfs, mais seulement des souffrances produites par des contractions musculaires, analogues à celles de l'utérus durant l'accouchement, et dépendant des efforts de l'organe pour vaincre l'obstacle opposé par une tumeur au passage des aliments qui le surchargeaient.

Bien qu'il arrive en effet souvent que, dans le cancer de l'estomac, ces douleurs soient peu de chose, Trousseau n'eut pas de peine à montrer qu'il n'en était pas toujours ainsi. Mais c'était aller encore trop loin dans la réaction que de conclure à l'idendité de physionomie entre l'ulcère simple et le cancer, quand on ne trouvait pas de tumeur.

Le seul cas où, suivant Trousseau, on pourrait poser un diagnostic différentiel serait celui où l'on sentirait une tumeur dans les parois de l'estomac. Or nous verrons bientôt qu'une tumeur semblable y peut quelquefois résulter d'un ulcère simple : ce que Cruveilhier n'avait pas noté et ce que Trousseau ignorait.

Est-ce donc à dire que toutes les affections de l'estomac doivent être à jamais replongées dans le vague au point de vue pratique ? Faut-il renoncer à les reconnaître au lit du malade ?

L'observation d'un très-grand nombre de cas d'affections stomacales, recueillis dans les hôpitaux, nous a persuadé du contraire.

La physionomie symptomatique de l'ulcère simple et du cancer est, en général, toute différente.

Types de cancer de l'estomac.

Quand le cancer est limité à l'estomac, la plupart du temps on ne trouve pas même de douleur rachidienne, alors même que les malades vomissent depuis longtemps et souffrent vivement.

Voici, par exemple, deux faits types.

A l'hôpital Necker, dans le service de M. Potain, salle Sainte-Anne, n° 13, est couchée une femme de quarante-six ans, entrée le 9 juillet 1874, malade depuis six mois, et qui présente au plus haut degré la teinte jaune paille caractéristique. Cette femme, lors de son entrée, vomissait depuis plusieurs mois presque tous les jours, quelquefois deux fois dans le même jour; tantôt elle rejetait ainsi les aliments qu'elle avait pris, et tantôt seulement un liquide glaireux. Du reste, rien autre chose que la diathèse cancéreuse pour expliquer la teinte cachectique. L'amaigrissement et la faiblesse étaient déjà considérables. La malade, dégoûtée de tout, ne pouvait prendre aucun aliment qu'avec effort ; et ce qu'elle prenait lui produisait l'effet d'un poids sur l'estomac. La pression était douloureuse à la région épigastrique. Mais on ne trouvait aucun point douloureux ni dans les gouttières vertébrales, ni dans les espaces intercostaux; et la malade, interrogée à plusieurs reprises avec grand soin, a toujours déclaré n'avoir jamais ressenti la moindre douleur en aucune partie de la colonne vertébrale ou du dos.

Un autre malade, également cachectique, également maigre, est couché depuis le 7 avril dans le service de M. Bernutz, actuellement suppléé par M. Rigal, salle Saint-Ferdinand, n° 8, à la Charité.

Cet homme, âgé de soixante-sept ans, mécanicien, malade depuis sept mois, porte une tumeur assez considérable dans la région épigastrique, à droite. Depuis que cette tumeur a paru, il a commencé à vomir. Auparavant, il éprouvait déjà des crampes d'estomac très-pénibles ; et, depuis qu'il vomit, ces crampes sont devenues presque continuelles : il souffre de l'estomac presque jour et nuit. Parfois les douleurs sont si violentes qu'il les compare à un déchirement. Sous l'influence du régime, réduit à du laitage, un peu de vin de Bordeaux et un potage le soir, les vomissements ont diminué ; ils avaient presque disparu dans ces derniers temps, durant deux mois ; mais les douleurs n'en persistaient pas moins, aussi violentes, dans la région épigastrique.

Cependant jamais ce malade n'a éprouvé aucune douleur de dos. On ne trouve aucun point sensible à la pression dans les gouttières vertébrales. Ce malade ne varie pas dans ses réponses à ce sujet.

Types d'ulcères simples de l'estomac.

En regard de ces faits de cancer non douteux, notons-en d'autres, d'ulcère simple.

Dans le service de M. Woilley, à la Charité, salle Saint-Vincent, n° 13, se trouve une femme de trente-six ans, entrée le 5 avril, malade depuis le 10 janvier. Jusqu'à cette année, cette femme avait toujours joui de la santé la plus parfaite. Elle n'avait jamais eu, dit-elle, une heure de malaise, jamais la moindre névralgie, le moindre trouble digestif, la moindre tendance à se trouver mal. Le 10 janvier, elle venait de déjeuner de bon appétit, comme à son ordinaire, et elle s'était remise à coudre à la mécanique dans une maison de confection qui l'employait depuis plusieurs mois, lorsque tout à coup elle tomba sans connaissance. Son évanouissement dura une demi-heure ; et, en revenant à elle, elle vomit un plein bol de sang noir. Depuis lors elle vomit toujours plus ou moins, quelquefois du sang. Ces vomissements sont précédés de douleurs vives, qui durent, en général, une heure environ, et qui s'étendent de la région épigastrique vers un point du rachis situé exactement au même niveau. La malade compare ces douleurs à des *tiraillements qui déchireraient la chair*.

La pression est très-douloureuse à l'épigastre ; mais elle ne l'est en aucune manière sur le point de rachis où viennent aboutir les accès de douleur.

Il faut remarquer que, sous l'influence des hématémèses et d'une nutrition incomplète, la malade qui, jusqu'alors n'était pas même impressionnable, à ce qu'elle raconte, a été prise d'accidents nerveux assez accentués. Sur à peu près toute la surface du corps, il existe un certain degré d'anesthésie. Quatre accès d'hystérie bien caractérisés ont eu lieu dans ces derniers temps. La malade se plaint de maux de tête habituels. Enfin un foyer hyperesthésique siége au côté droit du thorax, vers l'extrémité des fausses côtes.

Une autre femme, couchée dans le service de M. Brouardel, salle Sainte-Madeleine, n° 16, à la Charité, n'ayant jamais eu d'hématémèses, n'est pas devenue hystérique ; mais, sauf ces deux points, son histoire est très-comparable à la précédente.

Cette femme, âgée de quarante-trois ans, couturière, est tombée malade il y a dix-sept mois. Jusqu'alors, elle avait toujours joui de la meilleure santé. Demeurant chez ses parents, au milieu d'une certains aisance relative, elle n'avait jamais souffert de privations. Son caractère est froid et posé. Peu impressionnable, elle ne pleure pas facilement et ne rit jamais avec éclat. Elle a toujours été bien réglée; n'a eu aucune des névralgies qui accompagnent le nervosisme. Un beau jour, ayant déjeuné comme de coutume, de bon appétit, elle ressentit tout à coup une douleur vive dans l'estomac et dans le dos; puis elle vomit les aliments qu'elle avait ingérés.

A partir de ce jour, elle ne peut plus rien avaler de nutritif sans être prise, chaque fois, au bout d'un temps plus ou moins long, de vomissements, le plus souvent alimentaires et quelquefois bilieux. Les douleurs sont d'autant plus vives que le vomissement se fait plus longtemps attendre. Souvent elles durent toute la nuit : la malade les compare à des *tiraillements*, à des *déchirements* ou même à des *coups de couteau*. Elles s'étendent d'avant en arrière, depuis la région épigastrique, un peu au-dessous de l'appendice xyphoïde, jusqu'à la région rachidienne, vers les trois premières lombaires. Aucun autre point douloureux n'existe le long du rachis, ni plus haut ni plus bas.

A l'hôpital Necker, salle Saint-Ferdinand, n° 11, dans le service de M. Delpech, nous trouvons un cas assez analogue chez un malade entré le 28 juillet.

Cet homme, âgé de trente-huit ans, ciseleur, est malade depuis sept mois. Il s'était toujours bien porté, lorsqu'un soir, après son dîner, il eut un premier vomissement alimentaire. Les jours suivants il rendit de même son repas du soir. Il croit se rappeler qu'alors il ne souffrait encore nulle part. Mais, au bout d'un mois environ, il vomit un jour une pleine cuvette de sang; et il éprouva une douleur vive, qui s'étendait d'un point situé à la région épigastrique, à deux travers de doigt environ au-dessous de l'appendice xyphoïde, jusque vers un point correspondant du rachis, vers les première et seconde vertèbres lombaires. Cette douleur était comparable à celle *d'un étau broyant les tissus*. Entré d'abord à l'hôpital Saint-Antoine, où

il fut soigné pour un ulcère simple de l'estomac, par M. Cadet de Gassicourt, cet homme y resta un mois et demi. Il y vomit encore du sang à plusieurs reprises. Mais, sous l'influence du régime lacté, son état s'améliora au point qu'il se croyait guéri d'une manière définitive et voulut reprendre son travail. Quelques jours après les vomissements reparurent : mais sans contenir de sang. C'est alors que le malade entra dans le service de M. Delpech, où il fut remis au régime et où les vomissements cessèrent dès le second jour. Il est à noter que chez lui, quand les vomissements étaient faciles il se produisait bien un peu de douleur à la région épigastrique, mais cette douleur ne s'étendait pas jusqu'au rachis, tandis qu'au contraire, elle s'y étendait toujours immanquablement, quand elle acquérait une certaine intensité.

Ulcère de l'estomac simulant un cancer.

Voilà donc deux types bien tranchés de malades vomissants.

Les uns n'ont aucune douleur de dos ; ils se plaignent de l'estomac, mais de l'estomac seul ; ils en souffrent parfois très-violemment, mais sans aucun retentissement vers le rachis : ceux-là sont atteints de cancer.

Les autres ont une douleur rachidienne, tout aussi vive que la douleur épigastrique et située au même niveau, ou, pour mieux dire, ces deux douleurs n'en font qu'une, que les malades comparent à *un tiraillement*, à *un déchirement*, à *un broyement :* ils sont atteints d'ulcère de l'estomac.

Malheureusement tous les cas ne sont pas de cette extrême simplicité : le diagnostic différentiel serait trop facile.

Quelquefois, au contraire, on se trouve en présence de complications qui sont bien faites pour induire en erreur. Mais peut-être est-ce alors surtout qu'il est important d'avoir présents à la mémoire les traits fondamentaux. Quand ils se trouvent associés à des signes contradictoires, ils peuvent du moins inspirer des doutes, que l'événement confirme quelquefois.

En voici un exemple qui m'a beaucoup frappé.

Le 12 janvier 1874, une femme de soixante-trois ans entrait dans le service de M. Brouardel, salle Sainte-Madeleine, n° 22, à la Charité.

Cette femme vomissait des matières noires depuis quelque temps ; et un peu en dessus de l'ombilic on trouvait une tumeur dure, inégale, de la grosseur d'un œuf de poule, peu douloureuse à la pression. L'estomac était dilaté, la teinte de la peau, cachectique à un haut degré, comparable au jaune paille des cancéreux. La malade racontait qu'environ quatre mois auparavant elle avait éprouvé des douleurs violentes dans l'estomac. Peu de temps après avaient commencé des vomissements, d'abord alimentaires, qui avaient bientôt changé de nature et étaient devenus couleur de suie ou de marc de café. Les douleurs d'estomac, partant de l'épigastre et aboutissant vers le rachis au même niveau, avaient continué en s'accentuant. Plusieurs fois j'ai interrogé cette malade, qui me paraissait une exception remarquable à la loi commune : et toujours elle m'a dit souffrir exactement au même niveau vers l'épigastre et vers le rachis. Les hématémèses continuèrent ; les aliments étaient rejetés aussitôt après leur ingestion, le lait seul était toléré ; mais l'amaigrissement se prononçait de plus en plus, les vomissements couleur de suie devenaient de plus en plus fréquents, la constipation restait opiniâtre, l'inappétence à peu près complète, les forces se perdaient. Dès le commencement de juillet, la prostration était devenue extrême. Les douleurs épigastriques et rachidiennes étaient excessives. Les vomissements se reproduisaient plusieurs fois par jour. Le lait lui-même ne pouvait plus être supporté : il était rejeté aussitôt après son ingestion.

Le 21 juillet, le malade s'éteignit.

A l'autopsie, qui fut pratiquée avec l'aide de M. Cornil, on trouva que l'extrémité pylorique de l'estomac était dure et formait tumeur. Les parties voisines, épiploon, colon transverse, y avaient contracté des adhérences intimes et présentaient des indurations assez étendues. En ouvrant l'estomac, on trouve au pylore une ulcération, longue de 4 centimètres environ, dirigée suivant le sens du canal pylorique. Cette ulcération était régulièrement déprimée en godet. La muqueuse s'arrêtait à sa limite : le fond en était formé par les fibres transversales de l'estomac, qui, détruites elles-mêmes au niveau de la partie la plus profonde de l'ulcère, y laissaient voir les fibres musculaires longitudinales. Cette ulcération était unique. Autour d'elle, les parois de l'estomac, hypertrophiées, formaient une tumeur qui, à l'examen à l'œil nu et à l'examen microscopique, n'a présenté aucun des caractères du tissu cancéreux. A la coupe, cette tumeur était dure, résistante ; la surface de section en était lisse, brillante, et la pression n'en exprimait aucun liquide.

Ainsi voilà une malade chez laquelle il semblait qu'on ne pût hésiter à diagnostiques un cancer de l'estomac.

La tumeur, la teinte jaune paille, paraissaient caractéristiques.

Il est vrai que la cachexie hémorrhagique peut simuler à si méprendre une cachexie cancéreuse. Mais la tumeur ?

Il est encore vrai, que dans l'appendice de son mémoire, lu à l'Institut en 1856, Cruveilhier parle d'une malade dernièrement observée par lui *post mortem*, et chez laquelle un ulcère simple du pylore avait produit autour de lui un épaississement assez marqué pour simuler une tumeur à la percussion. Mais dans aucune des propositions qui résumaient ce mémoire, un cas semblable n'était prévu. Pour Cruveilhier comme pour Trousseau, qui disait tumeur disait cancer.

Cependant la femme en question n'était pas cancéreuse ; et loin que la douleur rachidienne existant chez elle fût une exception à la règle, c'en était la confirmation ; car elle seule pouvait permettre de supposer la vérité, c'est-à-dire qu'il s'agissait d'un ulcère simple et non pas d'un cancer de l'estomac.

Dr Victor Revillout.

DE LA LUXATION SOUS-COTYLOIDIENNE DU FÉMUR (1).

Par M. Chappelain, de Marseille.

Lenoir et Velpeau avaient affaire à deux luxations ischiatiques, dont ils cherchent la réduction ; pour cela, ils font exécuter un mouvement de rotation de la tête fémorale autour d'un centre visuel, placé vers le milieu de la longueur du col du fémur et ramenant la tête fémorale d'arrière en avant, de dehors en dedans, pendant que le grand trochanter exécute un mouvement inverse ; ils cherchent à présenter la tête fémorale à l'ouverture de la capsule par laquelle elle est sortie ; mais le mouvement imprimé porte cette tête trop bas, et elle vient se placer au-dessous de la cavité cotyloïde.

Telle est le mécanisme de la luxation secondaire. La luxation primitive se fait de la même façon, seulement le mouvement qui ramène la tête en dedans et le grand trochanter en arrière suit d'une manière continue les deux premiers temps de la luxation. Par un mouvement imprimé par la cause vulnérante, soit au fémur, soit au bassin, le membre est ramené de la position accidentelle (flexion, adduction et rotation en dedans) dans la position presque normale, et la tête ne

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 18 et 20 août.

rentrant pas dans la cavité, passe par-dessus la tubérosité de l'ischion, dans la gouttière de l'obturation, où elle va trouver un équilibre stable.

En l'absence d'autopsie, il paraît prématuré de s'occuper de l'anotomie pathologique, cependant les recherches antérieures peuvent nous éclairer relativement aux altérations de cette variété de luxations.

M. Tillaux a émis l'opinion que les variétés des luxations coxo-fémorales dépendaient du dégré de la déchirure de la capsule. Des expériences, que j'ai soumises à la Société de chirurgie, ne me permettent pas d'accepter ce principe d'une manière absolue, notamment dans les deux variétés de la luxation de la cuisse en arrière, mais il n'en est pas de même pour la luxation sous-cotyloïdienne. Je crois que l'arrêt de la tête fémorale sur le rebord cotyloïdien inférieur dépend surtout du degré de déchirure de la capsule. Que la luxation soit ischiatique ou sous-cotyloïdienne, les altérations pathologiques, quant à ce qui concerne la déchirure de la capsule, me paraissent absolument semblables. Les différences qui existent dans les rapports relatifs du fémur et du bassin dépendent de l'impulsion qui a été donnée à la tête fémorale quand elle est sortie de la cavité. Il peut y avoir transformation consécutive des deux variétés. Les faits de Malgaigne et de Lenoir nous le démontrent pour la luxation ischiatique. Les exemples de luxation sous-cotyloïdienne sont trop peu nombreux pour que cette éventualité ait pu se produire dans cette variété. Quant aux deux variétés, si rapprochées l'une de l'autre et qui ne sont différenciées que par la position de la tête dans deux points très-voisins, je crois que le degré de déchirure de la capsule est la seule circonstance qui empêche la tête fémorale d'aller se fixer dans la fosse ovale, dans la variété de luxation qui fait l'objet de ce mémoire.

Quels sont les symptômes de la luxation sous-cotyloïdienne?

La demi-flexion de la cuisse sur le bassin est un fait constant; elle est plus ou moins forte. Dans le fait de J. Roux, la demi-flexion paraît peu marquée, car l'auteur se contente de dire que le membre ne peut reposer sur un plan horizontal, mais il faut se souvenir que chez ce malade la luxation remontait à trente-cinq jours.

La demi-flexion s'accompagne d'une abduction légère de la cuisse. Ce mouvement d'abduction peut être augmenté sans beaucoup de douleur, mais le membre ne peut pas être ramené dans sa direction normale.

La position de la jambe et du pied sont, pour la jambe, la flexion sur la cuisse; pour le pied, une légère rotation en dehors dans le fait de Bouisson; dans le mien, le pied n'est dévié ni dans un sens ni dans l'autre.

La position indiquée par Ollivier d'Angers me paraît peu compréhensible. La cuisse est dans une légère rotation en dedans, et le pied se trouve placé dans la rotation forcée en dehors. C'est là un double mouvement qu'on s'explique peu, car ordinairement le pied suit la direction de la cuisse, soit dans la rotation en dedans ou en dehors; ici la pièce est déviée dans un sens et le pied dans l'autre. Cette contradiction justifie le dire de Haugier, que l'obscurité de cette observation tient à quelque vice de rédaction, et celui de Vidal constatant l'existence de détails qui n'ont trouvé crédit chez aucun des écrivains qui l'ont examinée. Seulement ces deux auteurs n'ayant pas d'autre exemple de luxation sous-cotyloïdienne semblent en induire que cette luxation n'existe pas. Tandis que, dans la plupart de ses détails, cette observation se rapproche des autres faits et doit, par conséquent, avoir une valeur réelle, tout en signalant des particularités que l'on s'explique peu.

Le grand trochanter est déprimé et occupe une sorte d'enfoncement au-dessous d'une saillie formée par le muscle tenseur de l'aponévrose.

Le pli de l'aine est plus profond, quoique il ne le soit pas autant au toucher et à la vue qu'il devrait l'être, alors que l'on constate la disparition de la tête fémorale de la cotyloïde.

Les muscles adducteurs, chez mon malade comme chez celui d'Ollivier, étaient dans le relâchement et formaient, à la partie interne de la cuisse, une sorte de saillie, qui n'était point dure, mais qui paraissait résulter d'une exubérance de la masse musculaire interne.

Le pli de la fesse est effacé. Pour Ollivier, la fesse est légèrement déprimée en haut et en dehors, et saillante en dehors et en bas.

La sensation de la tête est très-obscure. Ollivier ne fait que présumer le lieu où elle repose. Pour J. Roux, dans la flexion de la cuisse, la tête du fémur est sentie d'une manière obscure en dessus et un peu en dedans de l'ischion.

Bouisson dit qu'en arrière et en bas, au niveau de la tubérosité de l'ischion, existait une saillie arrondie, appréciable à travers les parties molles, subissant un déplacement pendant les mouvements artificiels imprimés au membre et évidemment formée par la tête du fémur.

Chez mon malade, la perception de la tête fémorale était très-obscure; en suivant la tubérosité de l'ischion et remontant vers la partie supérieure du bassin, on sentait à travers la couche considérable de tissus une tumeur perceptible, surtout quand on imprimait des mouvements à la cuisse, et qui occupait la partie supérieure et un peu interne de la tubérosité de l'ischion.

La question la plus controversée est celle de l'allongement ou du raccourcissement du membre.

Ollivier constate qu'il n'y a pas d'allongement sensible.

J. Roux donne un allongement de 6 centimètres.

Bouisson fait placer les deux membres dans une attitude analogue et trouve un allongement de 5 centimètres.

Cette question de l'allongement me paraît avoir été mal posée. Dans les observations d'Ollivier et de J. Roux, on n'indique pas comment la mensuration a été faite; on ne dit même pas qu'il y ait eu mensuration; l'appréciation semble avoir été faite à la vue d'une manière approximative. Quant au fait de Bouisson, il place, pour les mesurer, les membres dans la même position, mais il n'indique pas les points de repère de cette mensuration.

L'étude de la coxalgie a dû démontrer au chirurgien combien il doit apporter d'attention dans l'appréciation de l'allongement et du raccourcissement quand il s'agit de l'articulation de la hanche.

A mon sens, il y a eu en même temps raccourcissement et allongement du membre blessé, suivant comment on le considère.

Par le fait de la luxation sous-cotyloïdienne, l'angle formé par le plan intérieur du bassin et l'axe du fémur est devenu plus aigu qu'il ne l'est dans l'état normal, par suite de l'abaissement de la tête fémorale au-dessous de la cavité cotyloïde. Pour la mensuration, cet angle ne peut être effacé parce que l'on ne peut pas déterminer l'allongement du membre blessé, par conséquent, même en ramenant le membre sain à une flexion à peu près semblable à celle du côté blessé, on n'aura que le troisième côté d'un triangle, dont les deux autres côtés seront formés par le plan antérieur du bassin et le fémur.

Prenons donc, comme cela est ordinairement fait, l'épine iliaque antérieure et supérieure et le condyle externe du fémur, alors même que le membre est allongé, on n'aura pas sa mesure, mais celle de l'angle; or le plus petit côté étant opposé au plus petit angle et le plus grand côté au plus grand angle, on devra trouver un raccourcissement du côté blessé, fait que j'ai parfaitement constaté.

Mais n'y aurait-il pas un moyen de mensuration qui donnerait d'une manière plus réelle l'appréciation de l'allongement réel du membre? Je crois qu'on l'obtiendrait en faisant suivre au lien mensurateur la partie postérieure de la fesse et de la cuisse, en prenant comme point de départ la crête iliaque en arrière, et venant aboutir, en suivant les sinuosités de la fesse, au creux du jarret. Considéré à ce point de vue, le membre m'a paru avoir plus de longueur.

La mensuration de la distance qui sépare le grand trochanter de l'épine iliaque antérieure et supérieure n'est pas moins difficile, car une abduction un peu plus ou un peu moins forte en rapprochant le grand trochanter de la partie supérieure du bassin, va donner non pas une mesure absolue de ce qui doit exister dans le déplacement sous-cotyloïdien, mais bien la mesure d'un fait particulier.

Dans plusieurs observations, on a noté que le grand trochanter s'était éloigné de l'apophyse iliaque, tandis que dans le fait qui m'est propre, j'ai trouvé que le grand trochanter s'était rapproché de 1 centimètre.

Il faut, pour affirmer l'existence de la luxation sous-cotyloïdienne, donner non-seulement les symptômes qui la caractérisent, mais la distinguer des variétés les plus voisines.

Les luxations iliaques et pubéiennes sont trop distinctes de la luxation sous-cotyloïdienne pour qu'il soit utile d'établir les signes qui les distinguent; mais il n'en est pas de même pour la luxation ischiatique et la luxation ischio-pubienne ou ovalaire.

Cette luxation est d'autant plus nécessaire que nos auteurs les plus sérieux ne la font pas. C'est ainsi que M. Duplay dit que la position de la tête n'a rien de fixe, tantôt paraissant reposer sur le bord inférieur de la cavité, au niveau de la gouttière de l'obturateur externe; tantôt plus en arrière, se rapprochant de la luxation ischio-pubienne.

Cette assertion me paraît résulter du mélange des diverses observations qui se rapprochent aux diverses variétés de luxations du fémur en bas.

Quand le fémur est placé normalement dans sa cavité, il n'est en rapport avec l'os iliaque que par la partie articulaire de sa tête. Faites-le sortir de la cavité cotyloïde, et il se reposera sur ce même os iliaque par la face postérieure de son col.

Les luxations de la hanche, considérées à ce point de vue, se diviseront en deux classes: d'une part, les luxations postérieures présentent les variétés iliaques et eschiatiques dans lesquelles le col fémoral est appliqué sur l'os iliaque par sa face antérieure, ce qui entraîne la saillie du grand trochanter en avant et la rotation de la cuisse en dedans.

D'autre part, les luxations dans lesquelles le col repose sur l'os iliaque par sa face postérieure sont les luxations en avant, sur le pubis ou dans la fosse ovale (pubienne ou ischio-pubienne). La luxation sous-cotyloïdienne se range dans cette variété. La tête du fémur dans ces divers cas se trouve portée en dedans; le grand trochanter est en dedans et la cuisse se trouve dans une rotation en dehors plus ou moins marquée, plus ou moins forcée. Cette distinction me permet d'établir qu'il n'est point possible de confondre la luxation sous-cotyloïdienne avec la luxation ischiatique, car la position relative de la tête et de l'os iliaque dans les deux cas est absolument différente. Tous les faits qui portent dans les auteurs le nom de luxation en bas, tels que ceux de A. Cooper, de Robert, etc., sont ainsi dénommés, non pas pour établir un rapprochement avec la luxation que j'étudie, mais bien pour donner l'idée que se font ces auteurs de la variété du déplacement. Ce sont là évidemment des luxations ischiatiques ou sciatiques suivant la désignation que chaque auteur a adoptée.

Le diagnostic est plus difficile à établir quand il s'agit de comparer la luxation sous-cotyloïdienne à la luxation ischio-pubienne ou dans la fosse ovale.

Pour faciliter ce diagnostic, je vais vous soumettre une observation de cette dernière variété de luxation, que nous pourrons ensuite comparer au fait qui fait l'objet de mon mémoire.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 juin 1874 (1). — Présidence de M. Perrin.

M. Verneuil termine la lecture de son rapport :

Le travail de M. Blain, malgré sa modeste apparence, me semble avoir une portée considérable, étant de nature à éclairer les causes et le mode de production du tétanos.

Dans une telle maladie, imprévue presque toujours et incurable le plus souvent, nos recherches devraient être dirigées sans relâche vers l'étiologie et la pathogénie; ne pouvant que bien rarement guérir, nous devrions au moins prévoir et prévenir. Malheureusement, dans l'état présent de la pratique, nous nous laissons d'ordinaire surprendre par l'ennemi. Nous vivons dans la quiétude ou nous guettons d'autres dangers, lorsqu'un beau matin nous constatons l'apparition du trismus et les signes d'une excitation médullaire excessive. Alors, préoccupés surtout du pronostic, nous nous enquérons à peine des causes occasionnelles ou déterminantes, et nous instituons à la hâte un traitement plus ou moins énergique, dans lequel nous associons un peu à l'aventure, et suivant l'inspiration du moment, des agents parfois antagonistes.

Nous nous attendons d'avance à un revers, et la mort nous paraît si naturelle que nous ne prenons pas même les observations des insuccès. De temps en temps néanmoins, nous guérissons, ou, si l'on veut, le malade se sauve sans que nous sachions exactement ni pourquoi ni comment, sans que nous puissions nous en attribuer légitimement le mérite plutôt qu'aux forces de la nature.

Le cas terminé, nous retombons dans l'indifférence, nous promettant à la première occasion d'employer les mêmes moyens, si par hasard ils semblent nous avoir réussi, ou d'essayer d'autres médicaments si nous avons échoué.

Sceptiques, indécis et résignés, voilà, si je ne me trompe, où en sont les praticiens pour la plupart. Quelques-uns cependant, et je me range de leur côté, n'acceptent qu'avec peine ce fatalisme. Ils cherchent, sinon avec succès, du moins avec ardeur, une voie moins stérile. Au lieu de parcourir empiriquement et exclusivement la gamme des agents pharmaceutiques et chirurgicaux, ils s'efforcent de pénétrer la vraie nature du mal, d'en tracer la physiologie pathologique, et d'arriver par là à une thérapeutique rationnelle. Plus humbles surtout que les classiques qui croient, bien à tort, l'histoire du tétanos faite, ils signalent les nombreuses obscurités qui règnent encore sur ce sujet difficile.

En ce qui touche la nature du mal, ils ont, de concert avec les physiologistes, promulgué une très-importante vérité en assimilant le tétanos aux névroses d'ordre réflexe telles que l'hystérie, l'épilepsie, l'éclampsie, etc., dans lesquelles, d'un point d'irritation primitive caché ou découvert, mais plus ou moins circonscrit, partent des irradiations centripètes parvenant jusqu'à la moelle épinière et l'excitant de telle manière qu'elle envoie à son tour, dans la direction centrifuge, des ordres violents et tumultueux aux muscles les plus divers.

De cette donnée découlent des indications nombreuses et utiles. Chercher le point irrité en question — découvrir la lésion matérielle qu'il présente — étudier cette lésion dans ses causes, son origine, sa durée, sa curabilité possible, difficile ou impossible — savoir pourquoi et dans quels cas l'irritation locale excite si spécialement la moelle épinière — quelles modifications temporaires ou durables elle amène dans la constitution histologique de ce centre nerveux — par quels motifs les décharges périphériques ont des siéges d'élection, tantôt limités à certains districts musculaires, et tantôt se généralisant à la musculature tout entière, ne respectant guère plus la fibre lisse que la fibre striée. De telles notions éclairciraient vivement le pronostic et la thérapeutique. En effet, la terminaison du tétanos dépend: 1° de la lésion initiale fournissant, si je puis ainsi m'exprimer, une dose plus ou moins considérable d'irritation réflexogène; 2° des modifications plus ou moins profondes, mais toujours sérieuses du centre médullaire; 3° enfin, des troubles immédiats apportés dans l'exercice de la respiration, de la circulation et de la nutrition par la contracture opiniâtre et intense de certains muscles.

Irritation locale, lésions médullaires et *contractures*, telles sont les trois sources de danger qu'il faudra toujours surveiller, et que la thérapeutique a la triple mission de combattre.

L'irritation locale sera prévue et prévenue autant que possible dès son apparition; elle sera supprimée ou poursuivie sans relâche pendant toute sa durée, laquelle est en moyenne de vingt jours pour le moins.

A défaut de traitement local, chirurgical ou topique, ou conjointement avec ce traitement, on visera spécialement l'excitabilité exagérée de la moelle en calmant la douleur, en modérant les spasmes, en diminuant l'hypérémie nerveuse, en augmentant le plus possible la tolérance du centre réflecteur. On se rappellera que l'excitabilité médullaire peut être à son début et pendant un temps parfois assez long, fort bénigne en apparence, ne provoquant que des contractions faibles ou limitées à quelques muscles seulement; — que, sous l'influence de la médication, elle peut être apaisée, endormie, sans être anéantie en réalité; — qu'elle peut en un instant prendre ou reprendre une grande intensité, se diffuser et se propager à ce point que la plus grande partie du système musculaire se convulse ou se téta-

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 août 1874.

nise ; — que ces variations ou cette évolution sont imminentes tant que dure l'irritation réflexogène, et que, suivant toute vraisemblance, elles peuvent même survivre à cette dernière.

La contracture n'étant qu'une conséquence de l'irritabilité médullaire, et cédant de coutume aux agents qui en triomphent, n'exigerait pas de moyens spéciaux si elle n'était pas capable à elle seule de compromettre immédiatement la vie. Mais, comme elle peut amener le dénoûment fatal en empêchant la nutrition et en suspendant l'hématose, il est parfois indispensable de la combattre directement par des agents appropriés, tels que les courants continus, et même par des opérations chirurgicales, comme la trachéotomie.

Tel est, brièvement résumé, le programme à suivre dans l'étude théorique et pratique du tétanos. Or je ne crois pas être injuste en affirmant que ce programme est loin d'être rempli dans l'état actuel de la science, et en avançant que la somme des inconnues l'emporte sur celle des notions certaines. La seule étiologie est composée d'une foule d'assertions banales ou contradictoires plus ou moins vraies sans doute, mais trop générales et qui ne servent guère dans un cas donné. On nous dit bien que le tétanos succède le plus souvent aux plaies contuses, que son apparition est favorisée par le froid ou le refroidissement, que certaines races y sont particulièrement prédisposées, etc.

Mais que penser de ces généralités quand nous voyons la maladie ne respecter aucun âge, aucune constitution, aucune blessure ; — sévir depuis le premier jour jusqu'au moment où la plaie est presque fermée ; — apparaître même en l'absence de toute violence externe ; — se montrer avec une égale fréquence en Islande et sous l'équateur ; — décimer aussi bien les Espagnols du nouveau monde que les nègres Africains et les pâles naturels du Groenland, et même, car il n'est pas nécessaire de sortir de France pour trouver des faits inexpliqués, attaquer beaucoup plus souvent les habitants de nos campagnes que les blessés reçus dans les grands hôpitaux des villes.

Il faut l'avouer en toute humilité, lorsque nous avons un blessé sous les yeux, rien ne permet de dire s'il sera oui ou non atteint de la terrible complication. Cette incertitude, jointe à la rareté du mal dans notre milieu, a pour conséquence l'abandon presque complet de toute mesure prophylactique. Il ne saurait en être autrement, car dans la crainte d'un accident tout à fait exceptionnel, nous ne pouvons, en bonne conscience, instituer toujours un traitement préventif. Donc, nous sommes réduits à attendre l'événement ; mais rien ne nous empêche et tout nous commande, au contraire, de rechercher avec vigilance de quel côté le danger peut nous assaillir. Ceci me ramène, après une digression dont vous me pardonnerez la longueur, à l'examen des faits de M. Blain.

Ces faits nous montrent avec la dernière évidence que l'irritation artificielle d'une plaie en voie de réparation peut devenir la cause occasionnelle d'une attaque de tétanos, et que l'imminence est grande surtout, si cette irritation a été suivie immédiatement d'une douleur présentant certains caractères.

Quatre fois, en effet, nous trouvons réunies, avec une régularité remarquable, des circonstances presque identiques : quatre plaies de guerre, c'est-à-dire contuses par excellence, en état de détersion avancée, mais imparfaite, renfermant des parties mortifiées, sont soumises à des manœuvres chirurgicales sans importance, mais qui, portant sur des nerfs sensitifs, provoquent instantanément une douleur intense, inattendue, hors de proportions avec la violence exercée ; quatre fois cette petite cause est suivie d'un grand effet, à savoir du développement le jour suivant d'un tétanos à marche rapide, qui tue trois des blessés en deux jours, et qui aurait sans doute enlevé le quatrième de la même manière sans le secours d'une thérapeutique prudemment préventive instituée par le chirurgien.

Ces faits portent avec eux un enseignement et sont comme une révélation ; à tout moment, nous imposons sans scrupule à nos blessés des douleurs plus ou moins nécessaires ; dans le but de simplifier les plaies, nous exécutons dans leur foyer de petites manœuvres chirurgicales que nous croyons tout à fait innocentes ; nous n'hésitons pas enfin, par nos explorations ou dans nos pansements, à *blesser les blessures*. S'il survient, par la suite, quelque complication, nous invoquons le milieu, la constitution du blessé, une imprudence qu'il a commise, un écart de régime, une négligence quelconque, une variation météorologique, que sais-je enfin ? Mais nous ne songeons guère à nous accuser et à nous rendre responsables. Et pourtant combien de fois nous le sommes en réalité !

En aucun moment peut-être il n'est plus nécessaire de proclamer une vérité trop méconnue : c'est que, dans un grand nombre de cas, les complications traumatiques ont leur origine dans des manœuvres intempestives exercées à la surface des plaies.

Peut-être avez-vous conservé le souvenir d'une courte communication que j'ai eu l'honneur de vous faire l'an dernier. Je prenais à tâche de vous démontrer que maintes fois l'érysipèle et la lymphangite traumatiques succèdent à des blessures quasi microscopiques des plaies en suppuration. J'appelais *soudaine* cette variété d'érysipèle ou de lymphangite, à cause de sa brusque apparition, et je disais qu'il s'agissait là d'une véritable auto-inoculation.

J'ai depuis, par malheur, rassemblé des observations nouvelles et en grand nombre qui n'établissent que trop la fréquence de cette origine, et j'ai pu joindre à l'érysipèle et à la lymphangite la septicémie et aiguë et la pyohémie elle-même (1).

Le travail de M. Blain grossit ce martyrologe d'une unité nouvelle et nous montre qu'en tiraillant un nerf en voie de réparation, nous pouvons faire naître un tétanos à marche suraiguë. Je sais bien ce qu'on va m'objecter : Ce tiraillement intempestif des nerfs capable d'engendrer le tétanos, est, dira-t-on, si peu connu que personne encore ne l'a rencontré. Or, *rara non sunt artis*.

A quoi je répondrai qu'il pourrait ne pas s'agir ici d'une simple curiosité scientifique, mais bien d'un de ces faits qui ne paraissent insolites que parce qu'ils ont été méconnus. Il ne faut pas croire d'ailleurs que la cause invoquée par M. Blain soit si rare, puisqu'en un court laps de temps notre confrère a pu la retrouver quatre fois avec la dernière évidence. Au lieu d'opposer une fin de non-recevoir, ne vaut-il pas mieux y regarder à notre tour et charger l'observation ultérieure de savoir ce que vaut la théorie présente ?

Il est bien entendu que le tiraillement des nerfs ne peut expliquer qu'un certain nombre de faits, car outre que le tétanos naît spontanément, on sait bien qu'il se montre aussi à la suite de blessures ou insignifiantes ou en voie de guérison avancée, n'ayant été en tout cas exposées à aucune violence nouvelle. Mais en revanche, la circonstance de l'irritation accidentelle d'un nerf en voie de réparation ne pourrait-elle pas jeter quelque lumière sur la question si confuse encore des formes du tétanos ?

On admet généralement une forme aiguë et une forme chronique, ou, si l'on veut encore, une marche rapide ou une marche lente ; mais on ne sait guère pourquoi le tétanos prend plutôt une allure que l'autre. On en est sur ce point, comme sur tant d'autres, réduit aux conjectures. Les faits de M. Blain inspirent d'emblée une remarque qui ne vous a pas échappé : dans les quatre cas, le tiraillement a si vivement excité la moelle que le tétanos a surgi le lendemain, prenant tout aussitôt la marche la plus aiguë. Au contraire, une notable lenteur dans l'évolution se rencontre communément, non-seulement dans le tétanos spontané, où nulle violence n'a existé, mais aussi en cas de blessures petites, peu graves et soustraites à toute action chirurgicale. D'où résulterait l'indication formelle, de respecter le plus possible les plaies qui, à d'autres égards, se trouvent si bien du repos absolu.

Je ne voudrais pas toutefois aller trop loin et proscrire indistinctement toutes les opérations sur les plaies sous prétexte qu'elles ouvrent la porte aux graves complications chirurgicales. Je désire seulement qu'instruit par les désastres précités, on se montre aussi réservé que possible, ne faisant que l'indispensable et prenant d'ailleurs de sages précautions pour atténuer les conséquences des interventions nécessaires.

On a vu que M. Blain, ayant constaté chez son quatrième malade la douleur qu'il considère comme caractéristique, a prévu le tétanos et l'a préventivement traité par le chloral. Ses prévisions se sont pleinement réalisées. Le tétanos éclatait le lendemain, mais il prenait une forme bénigne, et peu s'en fallut qu'il ne guérît. M. Blain avait peut-être, à l'aide du chloral, tranché cette question si controversée

(1) Un de mes élèves, M. Dehenne, vient de publier dans le *Progrès médical* une série d'observations inédites sur ce sujet.

de la métamorphose des formes. Il avait probablement réussi à transformer un tétanos à marche rapide en tétanos à marche lente.

Messieurs, après vous avoir fait connaître les travaux de nos honorables confrères, il me reste à vous demander de leur voter de justes remercîments qui les encourageront sans doute à nous adresser de nouveaux documents.

J'ai essayé tout à l'heure de prouver que le tétanos n'était pas suffisamment étudié, et que plus d'un point de son histoire était à reprendre. Mais, pour faire cette révision, nous sommes dans des conditions défavorables, car nous manquons de faits, et ceux que nous rencontrons çà et là dans nos grands hôpitaux sont souvent modifiés par la coïncidence de la maladie convulsive avec d'autres complications nosocomiales. Les praticiens de province sont bien mieux placés à cet égard, car le tétanos se présente à leur observation plus fréquent et plus simple au point de vue nosologique. Ils pourraient donc, s'ils le voulaient, nous aider beaucoup à éclairer cet important sujet; il leur suffirait de nous adresser des observations bien prises et la série complète de leurs cas heureux ou malheureux.

Ils auraient d'ailleurs tout intérêt à la chose. On sait, en effet, ce qu'est la chirurgie à la campagne; c'est pour ainsi un triomphe continu aussi bien de la conservation que de la médecine opératoire, grâce à l'extrême salubrité du milieu et à la vigueur habituelle des constitutions rurales. Nos confrères ignorent pour ainsi dire l'érysipèle, la lymphangite et les différentes septicémies; en revanche, dans certaines contrées, le tétanos est la véritable épée de Damoclès, toujours menaçante, toujours prête à assombrir le pronostic et à détruire le légitime espoir de la guérison.

On voit donc quelle importance il y aurait pour les chirurgiens de nos campagnes à mieux connaître le seul ennemi sérieux qu'ils aient à combattre. Puisse cet argument si simple et si réel triompher de leur insouciance ou de leur inopportune modestie!

PRÉSENTATION DE MALADE

M. PANAS présente un malade à qui il a pratiqué la laryngo-trachéotomie avec excision du cricoïde. Ce malade était entré dans son service pour un phlegmon latéral du cou avec œdème de la glotte. L'asphyxie était imminente ; les difficultés de la trachéotomie chez l'adulte le firent opter pour la laryngo-trachéotomie. Le malade, après avoir gardé la canule six jours, est aujourd'hui parfaitement guéri.

La Société se forme en comité secret à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

Séance du 17 juin 1874. — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de médecine de la semaine.

2° Une lettre du docteur Fleury (de Clermont), membre correspondant, avec une observation d'*Atrésie du vagin consécutive à une gangrène de ses parois. Fistule vésico-vaginale sans incontinence d'urine.*

3° 7 volumes envoyés par le département de la guerre de Washington. *Statistical report on the sickness and mortality in the army of the United states.*— 1er volume de janvier 1839 à janvier 1855.— 2e volume de janvier 1855 à janvier 1860. — *Catalogue of the United states army. Medical Museum.* 1er volume : section de médecine; 2e volume : section de chirurgie. — *Army meteorological register* de 1843 à 1854. — *The medical and surgical history of the war of the rebellion.* 2 volumes.

4° Deux thèses déposées par M. Verneuil, intitulées : *De la ponction aspiratrice dans le traitement de la hernie étranglée*, par le docteur Bouisson, et *Essai sur le moment où s'établit la suppuration dans les plaies exposées*, par le docteur Lebel.

5° M. Paulet dépose un volume intitulé : *Traité théorique et pratique de l'avortement*, par le docteur Émile Garimond, professeur agrégé à Montpellier.

6° M. Tillaux dépose sur le bureau le dernier fascicule de 1873 des *Bulletins de la Société de chirurgie.*

LECTURE

M. FORGET lit un rapport : 1° sur un mémoire de M. Claudot, médecin major à l'hôpital militaire du Fort-National, ayant pour titre : *Essai sur les corps étrangers du conduit de Warthon et leurs rapports avec la grenouillette*; 2° sur une observation de M. Terrier, intitulée : *Calcul salivaire volumineux ayant donné lieu à l'ablation presque totale de la glande sous-maxillaire.*

M. LE FORT présente des calculs de la prostate : il compte, dans la prochaine séance, lire les observations relatives à cette présentation.

La société se forme en comité secret à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

260. Thouvenin. De quelques accidents de la lithiase biliaire.
261. Dubron. Du diagnostic de la fièvre typhoïde chez les enfants et de quelques-unes de ses complications.
262. Bosq. Des affections des voies lacrymales envisagées au point de vue de leur traitement et en particulier du cathétérisme.
263. Maisonnave. De la trachéotomie dans l'œdème de la glotte.
264. Bounaix. Contribution à l'étude de la sacro-coxalgie.
265. Duthoya. Étude sur la cheiloplastie.
266. Bénit. Étude sur les établissements thermaux militaires.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOTEL-DIEU. — M. ALPHONSE GUÉRIN

Leçons cliniques sur les affections de l'utérus (1)

TRAITEMENT DE LA MÉTRITE INTERNE (ENDOMÉTRITE) A SA PÉRIODE D'ACUITÉ

Quand l'inflammation de la membrane muqueuse de l'utérus ne débute pas d'une manière aussi violente, on peut espérer la guérison par un traitement plus doux.

La plupart des auteurs disent même que les femmes affectées d'une métrite aiguë peu intense peuvent guérir par de simples précautions hygiéniques, telles que le repos au lit ou sur une chaise longue, des bains tièdes, des lavements émollients, une alimentation peu excitante, etc. Pour que cela soit, il faut que l'inflammation soit bien légère et bien récente. Si les médecins qui ont avancé que la métrite peut guérir ainsi avaient revu leurs malades quelques mois après leur sortie de l'hôpital, il est probable qu'ils n'auraient pas continué à accorder autant de confiance à une médication aussi insuffisante.

Je crois bien que le repos au lit, que des bains tièdes et des lavements peuvent calmer une métrite peu intense, mais ce sont des moyens insuffisants pour la guérir définitivement et pour l'empêcher de passer à l'état chronique.

Quand la matrice a été le siége d'une inflammation, elle est, chaque mois, et, pendant un temps fort long, exposée à une récidive; il faut donc surveiller la guérison longtemps encore après que la malade se vante d'être complétement guérie. Si j'avais cru la femme dont je vous ai déjà parlé et qui est couchée au n° 5 de la salle Sainte-Marie, la nommée B..., qui, après avoir eu des sangsues sur la région hypogastrique, vit promptement cesser sa métrorrhagie et les douleurs, elle serait sortie de l'hôpital, et nous la croirions définitivement guérie. Elle ne l'est pourtant pas encore, et elle n'aura chance de l'être que lorsque ses règles se seront reproduites sans amener le cortége de l'inflammation utérine. Déjà elle se plaint de ressentir de petites douleurs à l'hypogastre, douleurs très-supportables sans doute, mais bien suffisantes pour éveiller des craintes dans l'esprit d'un médecin expérimenté.

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 août 1874.

Ces craintes sont bien plus fondées encore, lorsque l'inflammation n'ayant pas été vive, les moyens employés pour la combattre n'ont agi que lentement. Je ne crains pas de soutenir que la maladie a d'autant plus de chances de passer à l'état chronique que les signes qui l'ont caractérisée ont été plus bénins. Cette proposition qui paraît, tout d'abord, n'être qu'un paradoxe, n'est pourtant que l'expression d'une idée vraie. C'est qu'une malade qui ne ressent pas de vives douleurs, qui n'a pas de pertes abondantes de sang ou de mucopus, continue à vaquer à ses occupations et à ses plaisirs. Si elle consulte son médecin, elle n'exécute que les prescriptions qui ne lui causent pas une trop grande contrainte. Le médecin lui-même est, dans les cas de métrite légère, très-enclin à temporiser. Les petits moyens sont conseillés, et, peu à peu, l'inflammation passe à l'état chronique, dont nous aurons bientôt à nous occuper, et qui, si souvent, fait le désespoir des malades et des médecins.

Je suis donc très-disposé à tenter une médication active toutes les fois que j'ai reconnu une métrite interne d'une certaine acuité.

C'est pour ces cas que doivent être réservées les applications de sangsues sur le col de l'utérus.

Quelques-uns d'entre nous ont pu s'étonner que je n'en aie pas parlé à l'occasion du traitement de la période la plus aiguë de la métrite. Voici pourquoi : je vous ai déjà dit que je considère comme très-nuisible l'emploi du spéculum dans cette phase de la maladie. Or il faut y avoir recours pour appliquer des sangsues sur le col. Je n'exagère rien, quand je rejette l'emploi du spéculum comme dangereux dans les cas graves. Lisez les auteurs qui s'en servent; vous trouverez des phrases comme celle-ci : « L'introduction du spéculum est douloureuse, *elle arrache des cris à la malade* » (*De la dysménorrhée membraneuse*, par Huchard et Labadie-Lagrave.)

Dans ces cas-là, c'est sur l'hypogastre qu'il faut mettre les sangsues.

Quand la métrite s'accompagne de métrorrhagie, il serait d'ailleurs à peu près impossible d'appliquer des sangsues sur le col. Si l'on y parvenait, on s'exposerait à provoquer une hémorrhagie inquiétante; mises sur l'hypogastre, au contraire, elles arrêtent la métrorrhagie en même temps qu'elles éteignent l'inflammation.

Quand, par le toucher vaginal, vous avez reconnu que le spéculum peut être employé, il y a un grand avantage à mettre les sangsues sur le col de l'utérus. Il en faut appliquer un moins grand nombre qu'à l'hypogastre, parce que l'émission de sang, se faisant directement sur la partie malade, a une bien plus grande efficacité que si on la pratique sur la peau de

la région hypogastrique, dont les relations vasculaires avec l'utérus sont assez éloignées. Il y a donc grand profit pour les malades, qui ont presque toutes une grande disposition à l'anémie, quand on les débarrasse par là promptement de leurs souffrances et de leurs pertes sanguinolentes ou muqueuses.

Comme je regarde les applications de sangsues sur le col, quand on peut les faire sans que l'introduction du spéculum soit douloureuse, comme le traitement le plus efficace de la métrite interne, je veux vous dire les précautions qu'il faut prendre.

Avant d'introduire le spéculum, vous devez pratiquer le toucher doucement, et reconnaître la direction de la matrice et de son col. S'il y a de l'antiversion, vous savez que le spéculum doit être introduit d'avant en arrière et du pubis vers la partie inférieure du rectum. De cette manière, vous ne vous exposez pas à heurter l'utérus et vous pouvez facilement, en abaissant le manche du spéculum, introduire le col dans l'extrémité interne de l'instrument ; voilà la manœuvre pour le spéculum cylindrique. On prendra les mêmes précautions pour le spéculum à valves, car si l'on ne savait plus où est le museau de tanche, on s'exposerait, pour le trouver, à écarter les valves démesurément et à causer une vive douleur à la malade. Il faut bien se garder de croire, comme certains praticiens, qu'il suffit d'introduire le spéculum dans le vagin et de l'ouvrir pour emboîter facilement le museau de tanche. C'est une opération facile, sans doute, mais qui n'est bien faite que lorsqu'on a, par le toucher préalable, reconnu la situation du col et de la direction de l'utérus. Quand on doit la pratiquer, il faut commencer par supposer une déviation, pour ne pas avoir à regretter d'avoir été imprudent.

Une fois le spéculum introduit, le chirurgien le soutient doucement de la main gauche, sans exercer la moindre pression sur le fond des culs-de-sac qui environnent le col; puis, prenant de la main gauche six ou huit sangsues qu'on lui présente dans un linge, il les pousse dans le spéculum et le linge par-dessus, à l'aide d'un bâtonnet ou d'un pinceau de charpie, il les pousse jusque sur le col, où il les retient à l'aide du linge qu'il presse légèrement sur elles, de manière à ne leur laisser que l'espace qui leur est nécessaire.

Il faut alors qu'une main exercée soutienne le spéculum et le presse doucement pour que les sangsues ne puissent pas se glisser entre son bord et le fond du cul-de-sac du vagin. Il faut une certaine pression pour cela, mais elle doit être assez douce, pour ne pas être douloureuse. Aussi suis-je d'avis que cette petite opération ne peut être confiée qu'à un aide très-expérimenté, si le chirurgien ne peut pas lui-même la pratiquer.

Les sangsues doivent prendre vite, sous peine de ne pas prendre, car dès que le spéculum contient un peu de sang, elles le sucent et ne piquent plus. Pour les exciter à piquer, il faut essuyer le col avec un pinceau de charpie et enlever le mucus qui le recouvre, et quand les sangsues sont dans le spéculum, il est indispensable que le linge, qui les empêche de sortir, soit poussé sur elles, assez loin pour qu'elles ne puissent se mouvoir que dans un espace fort restreint.

Au bout de dix minutes, le plus souvent, du sang s'est écoulé. Dès ce moment, il faut renoncer à l'espoir d'utiliser les sangsues qui n'ont pas piqué.

Comme le spéculum, distendant les parties que ses parois repoussent, cause une grande gêne à la malade, on doit alors cesser de le presser; il sort en partie, et sa portion la plus étroite, restant seule dans le vagin, suffit pour que l'on surveille les sangsues. En opérant ainsi, on procure un grand soulagement à la femme, qui attend avec impatience la fin de cette opération. (*A suivre.*)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

De l'aspiration dans les hernies

Par M. le docteur A. Roger, de Hédé (Ille-et-Vilaine).

Depuis plusieurs années on a beaucoup parlé de l'aspiration dans les hernies, pour faciliter la réduction de ces tumeurs étranglées. Les uns y voient de grands avantages sans aucune espèce d'inconvénients; d'autres, craignant le danger d'une piqûre de l'intestin, n'ont pas, à mon avis, su tirer tout le parti qu'on pouvait attendre de ce procédé. En effet, à quoi bon la ponction de cet organe, si l'on n'ose après cette opération, risquer la réduction. Mieux vaudrait alors s'abstenir. Je comprends que, dans le cas où l'on pense trouver un intestin gangréné, ou trop malade, on s'abstienne de tenter l'aspiration, et qu'on préfère, par une opération sanglante, mettre l'intestin à nu pour savoir à quoi s'en tenir; mais si, étant appelé à temps, on a lieu de supposer que l'intestin est sain, doit-on, lorsque l'on a fait sur cet organe une piqûre avec une aiguille fine, craindre de rentrer la hernie dans l'abdomen. Pour ma part, je ne partage pas cette crainte, au moins exagérée, et voici une observation qui prouve le peu de danger de cette manière d'opérer.

J'avais depuis longtemps le désir d'essayer quel résultat j'obtiendrais de l'aspiration dans le traitement d'une hernie étranglée, et j'avais résolu de l'employer aussitôt qu'un cas se présenterait dans ma pratique. Quelque succès que j'eusse obtenu jusqu'ici dans l'opération classique (cinq guérisons sur six opérations), je trouvais bien plus inoffensif et surtout plus commode à la campagne, où l'on n'a pas tout sous la main, et où la plupart du temps on est seul, de pouvoir obtenir un bon résultat au moyen d'une simple piqûre.

Lundi 13 juin dernier, on vint me chercher de bon matin pour voir Mlle B..., âgée de quarante-quatre ans, atteinte depuis trois jours de coliques violentes, avec vomissements. A mon arrivée, sur les huit heures du matin, je trouvai cette demoiselle au lit. Elle m'apprit que, depuis le vendredi dans le courant de la journée, elle avait été prise de coliques très-fortes avec vomissements, et qu'elle avait ainsi rendu des matières par la bouche ; qu'elle n'était pas allée à la garde-robe, et que très-souvent elle était prise de coliques; que quelquefois ces crises duraient deux jours, mais finissaient par se passer. J'examinai immédiatement le ventre, et je trouvai à droite, dans la région de l'anneau crural, une tumeur grosse comme une bonne pomme, dure, mate à la percussion et tout à fait irréductible. La malade me raconta que depuis longtemps elle avait cette grosseur, qui quelquefois disparaissait. Elle était loin de se douter que c'était là la cause de ses souffrances.

Évidemment j'avais affaire à une hernie crurale étranglée. Je cherchai vainement à réduire, je ne pus y parvenir. Que faire ? le temps pressait. Il y avait déjà trois jours que duraient les accidents, l'état de la malade était cependant satisfaisant, le pouls était calme. 76 pulsations. Les coliques et les vomissements avaient cessé depuis quelques heures, les traits n'étaient pas contractés.

Je prescrivis des applications d'eau aussi froide que possible, et j'annonçai mon retour pour l'après-midi. Je revins à une heure, la position de la malade était la même. Il n'y avait pas eu de nouveaux vomissements, cependant elle avait bu quelques gorgées d'eau, et mangé un peu de jaune d'œuf. J'essayai encore de réduire, mais, malgré mes efforts et mon insistance, je n'obtins aucun résultat. J'avais résolu d'essayer l'aspiration, je n'avais pas d'appareil Dieulafoy sous la main, mais je comptais me servir d'une seringue de Pravaz, armée de son aiguille à injection sous-cutanée. Ne trouvant

aucun point sonore dans la tumeur, et craignant de ne pas pénétrer dans la cavité intestinale, je ne mis pas mon dessein à exécution, et après convaincu la malade du danger qu'elle courait, je me décidai pour l'opération. J'envoyai chercher mon confrère Grallan, médecin à Dingé, avec lequel j'avais fait mes autres opérations et qui a l'habitude de voir beaucoup de ces tumeurs.

A son arrivée à sept heures du soir, nous examinâmes de nouveau la malade. Plusieurs tentatives de taxis furent encore essayées par mon confrère, et n'ayant rien obtenu, nous endormîmes Mlle B... Lorsque l'anesthésie fut complète, nous essayâmes encore la réduction avec toute l'énergie que nous permit la prudence; tout fut inutile. Avant d'en arriver à l'opération, je voulus voir quel résultat la ponction avec la seringue de Pravaz pourrait nous donner. J'enfonçai aussi profondément que possible une aiguille creuse dans la tumeur, à l'endroit où il me parut y avoir moins de matité. Je sentis que j'étais dans une cavité libre, et immédiatement il sortit une goutte de liquide clair comme de l'eau et n'ayant qu'une odeur fade, j'aspirai ce liquide, et je pus remplir le corps de la seringue une quarantaine de fois. J'évalue à 35 grammes la quantité de liquide que je pus ainsi obtenir à la longue. La malade était toujours endormie quoiqu'on n'administrât plus de chloroforme, la tumeur avait diminué et s'était beaucoup ramollie.

Je n'hésitai pas un instant, ne pouvant penser qu'une piqûre aussi fine pût présenter de danger. Je fis immédiatement une nouvelle tentative de taxis, et, après un peu d'efforts, je sentis la tumeur rentrer tout entière. La malade, qui venait de se réveiller et qui ne voyait aucune trace d'opération sanglante, croyait que rien n'était encore fait. Je la rassurai très-agréablement et la fit remettre dans son lit. Je partis, lui ordonnant un lavement salé. Le lendemain matin je trouvai Mlle B... très-bien. Elle n'avait pas souffert; elle eût bien voulu se lever; le lavement avait procuré deux garde-robes, et deux autres selles étaient survenues le matin. Il y avait eu du sommeil, et l'appétit se faisait sentir. En un mot elle était dans l'état d'une personne à laquelle on eût fait rentrer une hernie d'une manière ordinaire; la tumeur s'était reproduite, je la réduisis de nouveau. Je prescrivis cependant le repos, et le lendemain je revins avec un bandage que j'appliquai. Tout allait de mieux en mieux. Je permis à la malade de se lever. Depuis, je l'ai revue plusieurs fois, et elle ne s'est pas trouvée gênée.

Il est certain que dans ce cas la ponction a rendu un grand service, en empêchant une opération toujours dangereuse. Il ne peut en être toujours ainsi; mais aussi je crois qu'il n'y a aucun danger à essayer un moyen aussi simple. Tel a été l'avis de mon confrère, qui s'est bien promis d'agir ainsi en pareil cas. Si plusieurs médecins n'ont pas réussi, c'est qu'ils n'ont pas osé tenter la réduction après la ponction : tel est le cas de M. Richet, relaté dans le numéro du 27 juillet 1872 de la *Gazette*, et celui de M. Follet, du 17 décembre de la même année. Que serait-il arrivé si ces messieurs avaient tenté la réduction?

Un phénomène assez singulier, signalé aussi dans le cas de M. Richet, c'est le caractère du liquide extrait par la seringue. Sa couleur était transparente, semblable à de l'eau pure, son odeur fade, il ne ressemblait en rien au liquide stercoral que je m'attendais à trouver Il n'avait point non plus l'aspect de la sérosité qui aurait pu se trouver dans le sac, sa consistance n'était pas sirupeuse, comme chez le malade de M. Richet. Je penserai cependant, comme le célèbre professeur de clinique, que nous avons eu affaire à un liquide sécrété par l'anse intestinale vide, à la suite de sa constriction. Ce qui me ferait croire cette hypothèse, c'est qu'il sortit aussi quelques bulles de gaz au milieu de ce liquide.

Mon opinion est donc qu'en pareil cas, lorsque l'on a affaire à un intestin que l'on peut supposer sain, et que l'on n'hésiterait pas à réduire simplement, il n'y a pas de danger à s'aider d'une ponction avec une aiguille fine. On voit même qu'il n'est pas besoin d'avoir un appareil spécial. Plusieurs fois je me suis servi de la canule de la seringue de Pravaz pour éclairer le diagnostic d'une tumeur fluctuante. Son diamètre plus petit que celui de l'appareil Dieulafoy est par là même encore plus inoffensif. A la campagne, c'est une grande chose que de savoir simplifier ses appareils.

DE LA LUXATION SOUS-COTYLOIDIENNE DU FÉMUR (1).

Par M. Chappelain, de Marseille.

Luxation ischio-pubienne du fémur ou dans la fosse ovale.
(Albenois, interne du service.)

G... Louis, quarante et un ans, ouvrier terrassier, travaillant dans les chantiers du Lazareth, entre à l'Hôtel-Dieu le 11 mai 1872.

Cet homme était occupé à miner à coups de pioche la base d'une butte de sable de 2 mètres de hauteur environ, quand, tout à coup, le terrain qu'il creusait s'ébranle et menace de s'écrouler. Cherchant à éviter le danger qui le menace, G... se retourne pour s'enfuir, mais l'éboulement le surprend par derrière. Il fléchit sur ses genoux; immédiatement il est précipité sur le sol et demeure enseveli sous une énorme masse de terre.

Le malade raconte, en outre, qu'au moment où il est tombé sur ses genoux, sa cuisse droite était très-écartée du corps; c'est dans cette position qu'il a été aplatie sur le sol. Dégagé aussitôt, il est transporté à l'hôpital, une heure environ après l'accident.

Au moment où je l'examine, cet homme accuse une douleur très-vive au niveau de l'articulation coxo-fémorale droite. Il existe en ce point du gonflement et une ecchymose qui, gagnant la partie supérieure et interne de la cuisse, se prolonge en arrière jusqu'à 5 centimètres environ au-dessous du pli de la fesse.

La cuisse droite est dans l'abduction et la rotation en dehors, elle est légèrement fléchie sur le bassin; le pied est renversé en dehors.

La mensuration comparative des deux membres inférieurs, prise des épines iliaques antérieures et supérieures à l'extrémité inférieure des malléoles externes, donne, pour le côté droit, un allongement de 1 centimètre.

En explorant à l'aide des doigts l'articulation coxo-fémorale droite, on constate à la partie externe un aplatissement de la fesse et une dépression considérable, remplaçant la saillie du grand trochanter; à la partie postérieure, l'effacement du pli fessier; antérieurement, au-dessous de l'arcade crurale, on perçoit un enfoncement plus grand qu'à l'état normal. Enfin, à la partie interne, immédiatement derrière les muscles adducteurs, on sent la tête du fémur située au-dessus de l'ischion, au-dessous du bourrelet cotyloïdien, entre celui-là et la symphise pubienne, par conséquent au niveau du trou obturateur.

Il est dès lors évident, d'après les signes qui viennent d'être énumérés, que nous avons affaire à un déplacement de la tête fémorale en avant, en bas et en dedans, soit à une luxation ischio-pubienne ou dans le trou ovale.

Le mécanisme d'après lequel cette luxation s'est produite se comprend parfaitement, d'après la position qu'avait cet ouvrier au moment de l'éboulement. La cuisse était dans l'abduction, la rotation en dehors.

Au moment de l'éboulement, la cuisse représentait un levier du troisième genre, dont le point d'appui se trouvait au genou, aux condyles du fémur, la puissance sur la longueur du fémur et la résistance à l'articulation et surtout dans la partie interne. La tête du fémur, sollicitée brusquement par le poids de la masse de terre, a abandonné le bord antérieur et inférieur de la cavité cotyloïde et s'est échappée d'arriver en avant pour venir se loger sur le trou ovulaire.

12 mai. — Le gonflement est considérable, les douleurs musculaires très-fortes; je prescris l'application des résolutifs et l'immobilisation du membre et renvoie au lendemain les tentatives de réduction.

13 mai. — Dès le premier jour, le chef interne avait fait des tentatives de réduction, qui avaient été infructueuses.

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 18, 20 et 22 août.

Je les renouvelle par la flexion, puis par des tractions par les aides, le malade étant préalablement chloroformisé. La réduction n'est pas obtenue. Je ne porte pas les essais de réduction bien loin, eu égard au gonflement considérable de la région de la hanche.

Le malade est maintenu au repos les 14, 15, 16 et 17 mai. Des compresses résolutives sont tenues constamment appliquées sur la cuisse.

18 mai. — Chlorofomisation. Le malade est couché sur le dos. Des moufles sont adaptés au-dessus des condyles du fémur et confiés à deux aides, qui exercent des tractions continues suivant l'axe du membre, tractions limitées suivant les indications d'un dynanomètre. La contre-extension est faite au moyen d'un drap plié en cravate embrassant la fesse gauche et fixé à un barreau de fer à la tête du lit, un second drap fixé au lit et placé en travers, maintenant l'immobilité du bassin. En même temps, à l'aide de la jambe comme levier, la cuisse est portée dans l'abduction et la rotation en dedans, tandis qu'on cherche à refouler la tête en dehors et en haut.

La tension étant ainsi maintenue pendant quelques instants, puis abandonnée subitement, on perçoit alors un claquement produit par la rentrée de la tête dans sa cavité.

Le malade est remis au repos, des résolutifs sont appliqués sur le membre.

27 mai. — La douleur persiste. Le malade éprouve de la roideur articulaire, les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin sont douloureux.

Tous ces phénomènes s'amendent, et le malade quitte l'hôpital guéri.

Établissons encore entre ces deux luxations les phénomènes qui les rapprochent, nous verrons ensuite les divers points par lesquels elles diffèrent.

Ces deux déplacements se ressemblent au point de vue des rapports qui existent entre le col fémoral et la surface antérieure du bassin. Le col fémoral, dans les deux cas, est appliqué sur le bassin par sa face postérieure. Dans les deux cas, le membre est dans l'abduction et la rotation en dehors.

Les particularités par lesquelles ces luxations diffèrent sont plutôt des nuances que des signes radicaux, car les rapports nouveaux contractés par la tête du fémur, dans l'un et l'autre cas, ne diffèrent que par un peu plus d'élévation et une plus grande progression en dedans dans la luxation ischio-pubienne. Dans cette dernière variété la perception du lieu où repose la tête fémorale est beaucoup plus sensible. L'abduction de la cuisse, sa rotation en dehors, le renversement du pied dans le même sens sont beaucoup plus considérables.

Ces deux dernières circonstances me paraissent dépendre de la tension plus considérable du tendon des muscles psoas-iliaques.

Par cette étude du diagnostic différentiel entre ces deux variétés de luxation du fémur, nous paraissons démontrer la presque identité des luxations sous-cotyloïdiennes et ischio-pubienne, et cependant nous pensons que ces deux variétés doivent être conservées.

En effet, dans les deux cas, les altérations pathologiques doivent être différentes, bien que l'autopsie ne soit pas encore venue démontrer la réalité de cette opinion.

Cependant, dans les deux cas de Malgaigne et de Lenoir, dans lesquels on a transformé la luxation ischiatique en luxation sous-cotyloïdienne, il est évident que la rupture de la capsule s'était faite par la partie postérieure et inférieure de l'articulation. La même altération a paru exister dans le cas que j'ai eu à examiner, et dès lors n'y a-t-il pas intérêt à distinguer deux luxations qui se rapprochent par leurs symptômes, mais s'éloignent par le mécanisme d'après lequel elles se sont produites.

Le traitement ou tout au moins le procédé de réduction qui m'a le mieux réussi est celui de Després.

Je place le creux du jarret sur mon épaule; la jambe pendante sur mon dos est maintenue par un aide ; mes mains sont placées sur le bassin sur lequel elles prennent un point d'appui, qui produit une partie de la contre-extension, qui est maintenue d'une manière plus complète par un aide, appuyant ses deux mains, l'une sur la symphise pubienne, l'autre sur la crête iliaque. J'exagère alors le mouvement de flexion et élève, en me redressant, le membre au-dessus du bassin.

Je prescris en même temps, à l'aide qui tient la jambe, de produire, à l'aide du pied comme levier, un mouvement de rotation en dedans, par conséquent de manière à ramener la tête fémorale en dehors. Ces mouvements combinés me réussissent, et la tête fémorale rentre immédiatement dans sa cavité.

Tels sont les faits que j'ai constatés et les particularités qu'ils présentent, qui me paraissent mériter en faveur de la conservation dans les divisions nosologiques, de la variété de luxation du fémur connue sous le nom de luxation sous-cotyloïdienne.

Luxations du poignet.

Les luxations du poignet ont été le sujet de nombreux travaux depuis l'époque où Dupuytren vint déranger l'harmonie de la description de Boyer, en niant d'une manière absolue la réalité de ces sortes de déplacements.

Déjà la Société de chirurgie s'est occupée plusieurs fois de la luxatoin du poignet, mais les faits publiés sont encore trop peu nombreux pour que l'histoire de ces luxations puisse être complète.

Je viens actuellement vous présenter deux nouvelles observations de luxations de la main sur l'avant-bras, qui ont chacune leurs caractères particuliers et viennent ajouter quelques particularités nouvelles à l'étude de la luxation du poignet.

La première observation se rapporte à la variété la plus ordinaire des luxations radio-carpiennes, à la luxation en arrière, mais le mécanisme d'après lequel le déplacement s'est produit s'éloigne de tous les faits connus jusqu'à ce jour.

Le second fait est beaucoup plus important, car il vient ajouter une variété nouvelle à celles qui ont été décrites, c'est un exemple de luxation du poignet en dehors.

1° *Luxation du poignet en arrière.*

Il y a quelques années déjà qu'en arrivant le matin dans notre service de chirurgie, nous trouvâmes couché au n° 14 de la salle Ducros, un homme dans la force de l'âge, ayant quarante et un ans, employé au chemin de fer, qui nous présentait une altération du poignet droit qu'il nous fut facile de reconnaître immédiatement pour une luxation du poignet en arrière.

Cet homme nous raconte que l'avant-bras et la main droite ont été saisis entre deux tampons et que l'altération que nous constatons est le résultat de cette pression, qui dès lors s'est produite horizontalement et perpendiculairement à l'axe de l'avant-bras.

Au moment de notre examen, le membre est placé sur un coussin, appuyé sur la face palmaire et dans la demi-flexion.

L'examen des parties a été fait sans les déplacer, si ce n'est pour examiner la face palmaire. Nous allons donner la description de la lésion telle que nous l'avons dictée, le malade étant placé sous nos yeux.

1° *Région dorsale.* — A l'union des trois cinquièmes supérieurs et des deux cinquièmes inférieurs, il existe une raie transversale légèrement oblique d'arrière en avant, indiquant la limite de la compression subie par l'avant-bras.

A la partie inférieure de l'avant-bras, on voit une saillie qui se forme d'une manière régulière et graduelle de la face postérieure de l'avant-bras à la face dorsale de la main. Cette saillie est plus marquée à la région interne qu'à la région externe. La partie qui forme saillie est légèrement oblique de haut en bas et de dedans en dehors, soit du bord cubital au bord radial. On reconnaît facilement à la vue et surtout au toucher qu'elle est produite par la première rangée du carpe dont on sent parfaitement le relief.

2° *Bord cubital.* — Le bord cubital de l'avant-bras forme avec le bord correspondant de la main un angle de 160 degrés, par conséquent le bord interne de la main est fortement infléchi en dedans. Au sommet de l'angle, l'épaisseur des parties comprises entre la face palmaire de l'avant-bras et le dos de la main est de 5 centimètres, et l'on sent parfaitement que cette épaisseur est constituée par le chevauchement des os du carpe sur les os de l'avant-bras.

3° *Bord radial.* — Le bord radial de l'avant-bras et le bord externe du métacarpien du pouce forment une ligne droite qui se trouve brisée au niveau de l'apophyse styloïde par une saillie de cette

apophyse. Entre cette apophyse et le bord externe de la main, on voit un petit enfoncement en forme de crochet. En sorte que le bord de la main et le bord de l'avant-bras forment deux lignes parallèles et non pas continues.

L'épaisseur des tissus formée par le chevauchement des deux extrémités articulaires est de 4, 5 millimètres.

4° *Face palmaire.* — L'apophyse styloïde du cubitus forme une saillie considérable et se sent immédiatement au-dessous de la peau. La distance de cette saillie du cubitus au pli palmaire transversal, est de 2 centimètres. En se dirigeant vers la partie externe au niveau du radius, on voit que les parties molles ont suivi plus intimement la main dans sa progression vers la région dorsale de l'avant-bras. Là le pli palmaire est enfoncé vers la surface articulaire du radius, en sorte que le bord inférieur de l'avant-bras et le pli palmaire du poignet forment un triangle dont la base est au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus et a une étendue de 2 centimètres, tandis que le sommet correspond à l'apophyse styloïde du radius. Entre ces deux apophyses, on sent le rebord inférieur des os de l'avant-bras, et, en enfonçant un peu plus les doigts on perçoit leur face articulaire carpienne.

La mensuration comparative du côté sain et du côté malade donne les résultats suivants : de l'articulation radio-humérale à l'extrémité du pouce, côté sain, 37 centimètres et demi; côté malade, 36 centimètres; de l'olécrane à l'extrémité du petit doigt, ramené autant que possible dans la position rectiligne, côté sain, 39 centimètres, côté malade, 36 centimètres et demi.

Les doigts sont fléchis sur la main, l'extension en est douloureuse et impossible.

L'examen de deux apophyses styloïdes nous a fait percevoir que leur saillie était très-considérable, et leur forme, sans inégalité, nous a démontré, autant que cela peut se faire en dehors de l'autopsie, leur parfaite intégrité.

Les douleurs du malade sont très-violentes, si bien que nous sommes obligés immédiatement de procéder à la réduction. Notre pensée avait été d'abord de prendre le moule du déplacement, mais il nous fallait un certain temps pour nous procurer tout ce qui nous était nécessaire, et le malade réclame à grands cris d'être débarrassé de ses douleurs.

La réduction fut très-facile, il nous suffit de faire exécuter quelques tractions sur la main et l'avant-bras en sens inverse pour que le condyle de la main rentrât dans la cupule radiale, et cela sans que le malade fût anesthésié.

Quelques jours après, le blessé sortait parfaitement guéri; nous avons dû lui recommander de garder sa main au repos pendant quelque temps.

Si nous résumons actuellement les divers symptômes que nous avons énumérés, nous trouvons : 1° une saillie du carpe sur la région dorsale de l'avant-bras; 2° une saillie dans la région palmaire, produite par le bord inférieur de la surface articulaire du radius et du cubitus; 3° au-dessous de cette saillie un enfoncement dans lequel pénètrent les téguments, surtout à l'extrémité externe; 4° au fond de cet enfoncement on reconnaît parfaitement la surface articulaire des os de l'avant-bras et la saillie des deux apophyses styloïdes qui ne paraissent pas avoir été écornées; 5° la main est portée dans l'adduction, et, par conséquent, le chevauchement est plus considérable dans la région interne de l'avant-bras; 6° les doigts sont fléchis et en peuvent être ramenés dans l'extension; 7° les distances comprises entre les divers points de repère pris sur l'articulation du coude et l'extrémité de la main sont moindres du côté de la luxation.

Tous ces symptômes sont les signes classiques de la luxation de la main en arrière, ils avaient été pour ainsi dire prévus d'avance et entraient dans la description de Boyer.

Le fait en lui-même aurait son importance, eu égard au petit nombre d'observations connues, mais il présente quelques particularités qui lui donnent une importance propre.

Le mécanisme d'après lequel cette luxation s'est opérée paraît être le suivant : l'avant-bras a été pris entre deux tampons; c'est sur la région dorsale que paraît avoir existé la puissance, car c'est dans ce point que nous avons constaté des traces de l'action du corps vulnérant. L'avant-bras a donc été comprimé dans ses deux cinquièmes inférieurs, mais la compression ne s'est pas continuée à la main, qui s'est trouvée en dehors de l'action du tampon, dès lors la main est demeurée au même point, alors que l'avant-bras a été comprimé, ou bien elle a trouvé un point d'appui dans la courbe du tampon, d'ailleurs la force ayant été suffisante pour rompre les ligaments, la contraction musculaire a dû faire le reste.

On avait considéré aussi la rupture des apophyses comme une circonstance obligée de la luxation du poignet.

J'ai dit qu'à travers la peau on sentait ces éminences, de telle façon qu'on pouvait presque affirmer leur intégrité. Le mécanisme d'après lequel s'est effectué le déplacement; l'action vulnérante agissant sur les ligaments suivant leur épaisseur, ne pourrait-elle pas expliquer cette intégrité des apophyses styloïdes?

La seconde observation peut être considérée sous un assez grand nombre de points de vue.

1° C'est un exemple unique de luxation du poignet en dehors, et quand je dis unique, je m'en rapporte complétement au témoignage des auteurs les plus récents tels que Malgaigne, Follin, Duplay, n'ayant pu moi-même faire des recherches à ce point de vue. Nélaton, Péan, vont plus loin, car ils déclarent que les déplacements latéraux sont impossibles par l'étendue transversale des deux rangées articulaires et la saillie des apophyses styloïdes;

2° L'observation que j'ai l'honneur de vous soumettre est importante comme plaie articulaire. Après un déplacement complet des surfaces articulaires, leur issue au dehors, leur exposition à l'air, la guérison a pu survenir, avec la conservation du membre et l'ankylose du poignet.

Luxation du poignet gauche en dehors, avec plaie. — Pansement à la ouate après réduction. — Guérison.

B... André, âgé de quarante-sept ans, tailleur de pierres, est entré à l'hôpital de la Conception, le 15 mai 1872, à une heure de l'après-midi.

Cet homme s'est laissé tomber d'une étagère élevée de 4 mètres environ au-dessus du plancher d'une maison en construction. Le poids du corps a surtout porté sur la main gauche, qui présente les altérations suivantes :

Elle est fortement déjetée en dehors, et par une plaie occupant la partie interne de l'articulation du poignet, les os de l'avant-bras font issue au dehors et présentent toute leur surface articulaire.

La plaie des téguments occupe la partie interne du poignet et s'étend surtout à la face antérieure, dont elle occupe plus de la moitié, elle est limitée en arrière au point où commence la face postérieure de l'avant-bras.

L'apophyse styloïde du radius a été rompue, a conservé ses rapports avec le carpe et a été entraînée avec lui. Le pisiforme est presque complétement détaché et écrasé.

Le semi-lunaire a eu ses ligaments rompus et est demeuré en rapport avec les extrémités des os et de l'avant-bras.

Il n'y a pas d'hémorrhagie, bien que la disposition de la plaie doive faire admettre que l'artère cubitale a été rompue.

Outres ces accidents du côté du poignet, il y a encore une luxation du coude en arrière, et, afin de n'en plus parler, disons qu'elle fut immédiatement réduite.

Il n'y a eu au moment de l'accident ni syncope, ni accidents cérébraux d'aucune sorte.

Les fragments du pisiforme, le semi-lunaire et les fragments de l'apophyse styloïde du radius sont enlevés. La luxation du poignet est alors réduite sans la moindre difficulté. Un point de suture est appliqué à la partie moyenne de la plaie; puis la main, l'avant-bras sont placés dans un appareil ouaté, suivant les indications de M. A. Guérin.

Le bras est placé sur un plan incliné et le malade maintenu au repos absolu, privé d'aliments : on lui donne des boissons acides (limonade).

Le 16 mai, à la visite du matin, on ne constate aucune réaction. La nuit a été excellente. Le malade a reposé. Le pouls est à 86. La température à 38°4.

Jusqu'au 24 mai, les phénomènes morbides ne présentent presque

aucun changement. Le malade n'accuse aucune douleur, les nuits sont bonnes. La température est montée un moment à 39°2, mais elle est descendue progressivement à 37°8. Le pouls, qui est monté à 96 pulsations, n'en présente plus que 68.

Pendant ce laps de temps il a fallut favoriser la liberté du ventre par de l'huile de ricin à la dose de 25 grammes. J'ai donné comme alimentation, des bouillons et des potages. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 février 1874 (1). — Présidence de M. PETER.

M. DUBUC termine la lecture de son observation :

En suivant l'ordre chronologique, nous voyons que le malade éprouvait, dès son enfance, de fréquents besoins d'uriner, qui avaient attiré l'attention des personnes de son entourage; plus tard, il avait contracté un léger écoulement uréthral, et c'est très-longtemps après qu'à l'occasion d'une rétention complète d'urine dont il avait été atteint, on avait procédé à l'exploration de l'urèthre et constaté l'existence d'un rétrécissement. Ce rétrécissement avait été dilaté par Phillips, qui avait conseillé au malade de faire usage de sondes en gomme, afin de vider sa vessie, laquelle autrement retenait une certaine quantité d'urine. Suivant moi, cette stagnation de l'urine dans la vessie n'était pas due seulement au rétrécissement, elle avait surtout pour cause l'existence au col vésical de l'altération que M. Mercier a décrite sous le nom de valvule musculaire. Ce qui me fait émettre cette assertion, c'est que le rétrécissement une fois franchi, on était arrêté au col par un obstacle contre lequel venait butter l'extrémité des sondes droites, obstacle qu'on franchissait au contraire sans trop de difficulté en se servant d'instruments courbes. D'ailleurs, si le rétrécissement eût été le seul empêchement, l'urine aurait dû s'écouler en totalité après sa disparition, et il était loin d'en être ainsi, alors même qu'après la section de la stricture, le canal laissait passer sans difficulté une sonde de 5 millimètres de diamètre.

Quoi qu'il en soit, c'était en pratiquant le cathétérisme évacuateur avec une sonde dont il se servait depuis fort longtemps, et dont le tissu, par cela même altéré, était devenu friable, que le malade, ayant été obligé de presser plus fort qu'à l'ordinaire pour franchir l'obstacle du col, s'était aperçu en retirant la sonde, qu'il en manquait un bout de 12 à 13 centimètres. La rupture avait-elle eu lieu au niveau du col, ou bien dans un point de l'urèthre? C'est ce qu'il m'a été impossible de savoir. Ce que je puis dire, c'est que lorsque M. D... s'adressa à moi, le fragment de sonde était tout entier contenu dans la vessie. Il n'y avait pas à songer alors à une extraction immédiate que, dans une autre circonstance, le petit volume du corps étranger (3 millimètres de diamètre) aurait rendu possible, puisque le rétrécissement s'opposait à l'introduction dans la vessie de tout instrument un peu gros. La première préoccupation du chirurgien devait donc être de rendre au canal un calibre se rapprochant du calibre normal. Peut-être eût-on obtenu ce résultat de la dilatation faite avec des bougies introduites temporairement ou avec des sondes laissées à demeure; mais, en agissant ainsi, on eût été exposé à perdre un temps considérable, outre que le succès fût demeuré incertain; or il y avait un intérêt évident de se presser afin d'éviter la cystite qui aurait été la conséquence du séjour prolongé de la sonde dans la vessie et l'incrustation de cette sonde elle-même. Ces considérations me semblent justifier suffisamment le choix qne j'ai alors fait de l'uréthrotomie interne.

De l'opération elle-même, je ne dirai rien; la seule difficulté que j'aie rencontrée a consisté dans l'introduction de la bougie conductrice armée, difficulté que j'ai pu surmonter en imprimant à cette bougie, à l'aide du collodion, une courbure fixe analogue à celle de la sonde de trousse.

L'uréthrotomie une fois pratiquée, mon intention était de laisser à la plaie de l'urèthre le temps de se cicatriser et d'attendre au moins dix jours avant de faire les tentatives d'extraction. J'aurais alors introduit dans la vessie un petit brise-pierre avec lequel j'aurais pu, je pense, ramener le fragment de sonde sans difficulté soit que, l'ayant saisi par une extrémité, son grand axe eût pris la même direction que celui du canal, ou bien que je l'eusse fait sortir ployé en deux. Contre mon attente, les choses se sont passées différemment; la vessie s'est débarrassée elle-même et, après avoir fragmenté la sonde en deux morceaux, l'a rejetée au dehors, résultat qui n'a été possible que parce que j'avais au préalade rendu à l'urèthre un calibre suffisant.

Désireux de savoir si pareil cas d'expulsion spontané de sondes ou bougies en gomme élastique s'était déjà produit fréquemment chez l'homme, j'ai consulté l'important mémoire de M. Denucé *sur les corps étrangers introduits dans la vessie* (Bordeaux, 1856, chez Gounouilhau). Ce travail, que je n'ai pu me procurer ni à la Bibliothèque nationale, ni à celle de la Faculté, ni à celle de l'Académie de médecine, ni chez les libraires auxquels je me suis adressé, m'a été obligeamment prêté par M. le professeur Verneuil. Voici les renseignements que j'y ai rencontrés :

Sur 420 cas de corps étrangers introduits ou rencontrés dans la vessie (347 se rapportant à des corps étrangers proprement dits introduits, 46 à des poils ou débris de fœtus rencontrés dans la vessie; 27 à des vers ou productions vermiformes provenant de la vessie), dont il a fait le relevé, M. Denucé a noté 37 fois l'expulsion spontanée; dans ces 37 cas, le sexe est désigné 31 fois; l'expulsion spontanée a eu lieu 17 fois chez des femmes et 14 fois chez des hommes, ce qui, comme il était facile de le prévoir, constitue un avantage en faveur des femmes, avantage qui s'accroît encore si l'on songe que les corps étrangers ont été rencontrés plus fréquemment dans la vessie des hommes que dans celle des femmes (rapport de 119 à 96). Or, dans les 37 cas en question, deux fragments de sonde seulement, l'une en gutta-percha, l'autre en gomme, ont été expulsés spontanément tous deux par des hommes; les fragments de sonde figurent cependant dans l'ensemble du relevé pour les chiffres de 75 cas, savoir : 15 sondes métalliques, 9 sondes en gomme élastique, 7 sondes en gutta-percha, 28 sondes sans désignation, 16 bougies; plus 3 branches de brise pierre; d'où je suis autorisé à conclure que l'expulsion spontanée des sondes, même de celles qui sont flexibles, est un fait relativement très-rare.

Chez mon malade, j'explique cette expulsion en première ligne par le petit volume de la sonde, et puis surtout par le soin que je prenais de vider entièrement sa vessie à l'aide du cathétérisme répété deux ou trois fois chaque jour. Mon but, en agissant de la sorte, était d'empêcher la stagnation de l'urine, qui aurait fini par s'altérer et amener des accidents de cystite et même de résorption putride, et non de provoquer l'expulsion du corps étranger.

Il n'en est pas moins vrai que les cathétérismes évacuateurs avaient pour effet, en déterminant le contact direct du fragment de sonde avec les parois vésicales, d'exciter celles-ci à se contracter avec plus ou moins de force; le 23 mars, jour où les fragments furent expulsés, j'avais remarqué dès le matin une contraction douloureuse de la vessie au moment où les dernières gouttes d'urine sortaient par la sonde que j'avais introduite, ce sont les contractions qui ont déterminé la fragmentation du corps étranger, fragmentation facile à comprendre, en raison de l'altération du tissu, dont il était formé, et finalement l'expulsion des fragments.

La sortie du premier fragment s'est faite sans aucune souffrance, parce qu'il s'est présenté au col en long, et qu'il a pu franchir facilement l'urèthre, son grand axe ayant la même direction que celle du canal; il n'en a pas été de même du second, qui s'étant présenté au col en travers, n'a pu pénétrer dans l'urèthre qu'après s'être replié en deux comme une aiguille à cheveux double ayant sa partie convexe dirigée en avant. Ainsi disposé, ils forment un corps volumineux qui n'a pu sortir qu'en distendant le canal et la plaie encore récente de l'uréthrotomie, il en est résulté une vive douleur, l'écoulement d'une certaine quantité de sang et surtout un accès de fièvre d'une violence extrême, qui aurait pu faire craindre une terminaison funeste à des personnes peu familiarisées avec la pratique de la chirurgie des voies urinaires. Cette crainte, je dois dire que je ne la ressentis pas, pensant bien que, la cause définitivement enlevée, l'accès serait unique et se jugerait par une abondante transpiration, ce qui eut lieu en effet.

(1) Fin. — Voir les numéros des 11 et 18 août 1874.

Peut-être eût-il mieux valu, à cause de la date récente de l'uréthrotomie, que l'expulsion spontanée ne se fît pas. Je n'aurais procédé aux tentatives d'extraction qu'après la cicatrisation complète de l'incision du point rétréci; comme la sonde n'était pas volumineuse, je l'aurais sans doute ramenée sans provoquer ni douleur vive, ni écoulement de sang, ni frisson violent; à côté de ces avantages, il y aurait eu pour le malade l'inconvénient de garder plus longtemps son fragment de sonde dans la vessie et de recouvrer plus tard sa tranquillité d'esprit et la liberté de ses mouvements, de sorte qu'on peut estimer que tout s'est passé, en somme, de la façon la plus favorable.

DISCUSSION

M. MERCIER. Il y a longtemps que j'ai attiré l'attention sur les inflammations chroniques de l'urèthre chez les enfants en bas âge, et j'expliquais ainsi la présence des valvules de la vessie remontant à la plus tendre enfance; mais les inflammations chroniques ne produisent jamais de rétrécissements.

M. DUBUC. Chez mon malade il y avait les deux choses; d'une part, des valvules tenant à une difficulté d'uriner remontant à l'enfance; d'autre part, un rétrécissement tenant à une chaude-pisse.

M. RELIQUET. Au sujet des enfants qui urinent mal, je citerai deux faits qui m'ont beaucoup frappé. Il s'agit de deux jeunes gens, tous les deux hypospades à haut degré, et ayant eu dans leur enfance des difficultés pour uriner; ils ne pouvaient garder leurs urines, et à la pension ils avaient la permission d'uriner quand ils voulaient. Chez tous les deux je constatai, à un âge plus avancé, un rétrécissement de la partie moyenne de l'urèthre. Le premier malade, âgé de quinze ans, n'avait jamais vu de femme et n'avait, par conséquent, jamais eu de maladies vénériennes. Le second, étudiant en médecine, dut partir au moment de la guerre comme mobile, et contracta un écoulement qui détermina des accidents du côté de la vessie. Pendant longtemps, il fut traité pour une cystite du col. Je le vis un an après qu'il eût contracté la chaude-pisse; il avait encore à ce moment de la douleur au col de la vessie, et il urinait du sang. En l'examinant à l'aide de bougies coniques et à boule, je reconnus l'existence d'un rétrécissement de la partie moyenne de l'urèthre. La dilatation n'ayant pas été possible, je fis à mes deux malades l'uréthrotomie, et tous les deux guérirent sans accidents.

En réunissant ces deux faits à d'autres j'ai pu remarquer que les hypospades avaient très-fréquemment de la contracture du col vésical, provoquant plus tard la disposition valvulaire, d'où les difficultés de la miction. Je suis convaincu aussi que, dans bon nombre de cas, les rétrécissements, au lieu de se produire accidentellement, existent congénitalement, et j'ai cherché à expliquer ce fait en admettant que dans ces cas-là, l'urèthre se développe mal, c'est-à-dire que, au moment de la puberté, alors que la vessie et tout l'appareil génito-urinaire se développe, le calibre du canal de l'urèthre n'a pas pris un développement en rapport avec la cavité vésicale, et cet arrêt de développement portant principalement sur un point de la région pénienne, il s'y forme une bride occasionnant le rétrécissement.

M. GILLETTE. Les rétrécissements congénitaux en rapport avec l'hypospadias sont d'une nature spéciale. Le canal est étroit dans toute sa longueur, mais jamais les rétrécissements congénitaux ne se manifestent par une bride sur un point du canal.

M. LUNIER. Je comprends l'arrêt de développement d'une bride cicatricielle; je ne me l'explique plus quand il s'agit d'un rétrécissement congénital.

M. RELIQUET. Chez certains individus, l'urèthre présente une disposition valvulaire très-prononcée. En temps ordinaire, la présence de ces valvules ne détermine aucun accident. Mais qu'une chaude-pisse survienne, l'inflammation se prolongeant dans le cul-de-sac valvulaire peut devenir le point de départ d'un rétrécissement. On peut admettre que les choses se sont passées ainsi chez mon malade qui a eu la chaude-pisse; mais chez le premier, n'ayant trouvé aucune cause accidentelle de son rétrécissement, ni blennorrhagie, ni blessures, ni corps étranger, ni quoi que ce soit, j'ai pensé à l'expliquer par un arrêt de développement.

M. MERCIER. Je ne crois guère à l'existence de ces rétrécissements spontanés. Je pense aussi que l'on admet beaucoup trop facilement la présence d'un rétrécissement. A l'appui de cette opinion, M. Mercier cite deux cas où des malades furent traités et même uréthrotomisés pour des rétrécissements, alors qu'il n'y avait qu'une contraction spasmodique de la région membraneuse.

M. GILLETTE. Je ne suis pas aussi absolu que M. Mercier; les rétrécissements congénitaux peuvent exister; mais il faut, pour les constater, un examen à la fois clinique et physiologique, et tenir grand compte du développement des organes génitaux.

M. RELIQUET. Dans les deux faits que j'ai cités, il y avait bien réellement rétrécissement, car je n'ai pu obtenir de dilatation, et l'examen avait été fait avec le plus grand soin à l'aide de bougies coniques à boule. Je partage d'ailleurs l'opinion de M. Mercier.

M. MERCIER. Je ne nie pas les rétrécissements congénitaux, seulement ils sont très-rares.

Je rapprocherai du fait que nous a communiqués M. Dubuc l'exemple d'un malade qui, ayant depuis longtemps l'habitude de se sonder lui-même, fut tout étonné un jour de ne retirer que les trois quarts de sa sonde : l'autre quart était resté dans la vessie et fut rendu spontanément, peu de temps après, dans un effort pour uriner. La sonde employée par ce malade était toute neuve, il s'en servait pour la première fois; mais elle était de mauvaise qualité et très-friable. Il y a donc dans le commerce des sondes fort mal construites. Autrefois, le moule de la sonde était en soie, aujourd'hui il est de coton: c'est une mauvaise condition de solidité.

M. RELIQUET. Les mauvaises sondes ne sont pas rares, même dans les maisons de bonne fabrication; très-souvent les yeux en sont rugueux. Les malades ont aussi le tort, quand une fois ils ont adopté une sonde, de ne plus l'abandonner. Il est bon de leur apprendre à reconnaître quand une sonde est hors de service et à distinguer les bonnes des mauvaises.

M. LUNIER. Il y a là un fait très-grave, c'est la fréquence relative des brisures de sonde dans la vessie par suite de la fabrication défectueuse. Il y a lieu de s'en préoccuper, et je me demande si la responsabilité des fabricants ne devrait pas être engagée au même titre que celle des pharmaciens qui livrent de mauvais produits.

M. PETER. Malgré toute la gravité de la question, la société ne saurait prendre à cet égard aucune initiative. On peut espérer d'ailleurs que, grâce à la publicité donnée aux faits de cette nature, les fabricants s'entoureront dans l'avenir de toutes les précautions capables d'éviter le retour de semblables accidents.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr LOLLIOT.

École de médecine de Clermont-Ferrand. — M. G. E. Fredet, suppléant de clinique et de pathologie externes, est maintenu suppléant des mêmes chaires pour une période de cinq années.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Eléments de pathologie chirurgicale générale, par TH. BILLROTH, professeur de pathologie à l'université de Vienne. Traduction de l'allemand. Précédés d'une introduction par le professeur VERNEUIL. Avec 100 figures intercalées dans le texte. — 1874, 2e tirage, 1 vol. in-8° jésus de 680 pages. — Prix : 14 francs. — Germer-Baillière.

Histoire de la peste bubonique, par le docteur THOLOZAN. En Perse (1er mémoire). In-8°. Prix : 1 fr. 25. — En Mésopotamie (2e mémoire). In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1874. — Georges Masson.

Du diagnostic de la généralisation des tumeurs mélaniques par l'examen microscopique du sang, des urines et des crachats, par le docteur CLAUZEL. — In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

— Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 99. — JEUDI 27 AOUT 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 27 AOUT 1874. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Deux rapports et une lecture semi-philosophique et semi-littéraire ont occupé cette séance. Un très-petit nombre d'académiciens étaient présents. Nous sommes au temps des voyages pour les médecins de Paris. Les services des hôpitaux sont confiés à des suppléants, dont le zèle ne s'effraye pas des plus lourds cumuls; les Sociétés *de chirurgie*, *médicale des hôpitaux*, etc., ont suspendu leurs réunions, et si l'Académie, imitant l'Institut, n'a pas voulu reconnaître en principe l'incontestable utilité d'une période de repos, en fait les bancs sont dégarnis et chacun sent que l'on se trouve en pleines vacances.

Aussi remet-on à la rentrée la discussion des questions graves, questions parmi lesquelles figure cette année celle de l'organisation et, par suite, de l'avenir de l'Académie de médecine.

On médite une révolution, mais non dans un sens libéral.

On veut écarter de l'Académie ceux que l'on pourrait appeler le *tiers état* du corps médical; les praticiens qui ne font pas partie de l'enseignement officiel, qui s'attachent à la clinique, à l'observation des malades, à l'anatomie pathologique traditionnelle plus qu'aux théories de cabinet et aux nouveautés allemandes, qui souvent, avec une éloquence inattendue et une logique impitoyable, ont fait prévaloir dans les discussions la voix du bon sens.

L'aristocratie des chercheurs et des savants tout imbus des systèmes les plus récents, les médecins du livre et du laboratoire, ont un grand dédain, bien entendu, pour cette bonne bourgeoisie d'esprits terre à terre.

Ils ne se sentent pas convaincus de la nécessité d'un contrepoids semblable.

Ils ne perçoivent pas l'avantage d'une représentation sérieuse de la masse des praticiens par un certain nombre des plus notables.

Formant une caste isolée, pour ainsi dire, ils se sont comptés; et ils se sont dit qu'ils seraient toujours en minorité si l'Académie comprenait cent membres. Si elle est réduite à soixante, au contraire, il n'est plus à craindre qu'on se présente en dehors d'eux, et que l'un d'eux, frappant pour la première fois à la porte de l'Académie, voie passer avant lui quelque autre, candidat patient, dont les mérites puissent être surtout appréciés par ceux qui, le connaissant de longue date, l'auront vu au lit du malade.

Repousser les candidatures qui ne seraient point agréées par cette haute aristocratie, telle est en effet l'utilité principale de la réforme, ainsi que l'ont comprise la plupart des membres de la commission.

On veut être une société plus *scientifique* dans le sens actuel de ce mot. On rougit presque d'être considéré comme résumant supérieurement en soi un corps d'état essentiellement professionnel. On voudrait pouvoir écarter, comme des scories, tout ce qui touche aux nécessités de la pratique.

Est-ce un bon moyen d'augmenter l'autorité de l'Académie? Je suis convaincu du contraire, malgré les nombreux arguments que l'on invoque, et que nous aurons à examiner un autre jour.

Dr Victor REVILLOUT.

HOTEL-DIEU. — M. ALPHONSE GUÉRIN

Leçons cliniques sur les affections de l'utérus (1)

TRAITEMENT DE LA MÉTRITE INTERNE (ENDOMÉTRITE) A SA PÉRIODE D'ACUITÉ

A la suite de l'application des sangsues sur le col de l'utérus, j'ai observé un accident qui n'a été signalé par personne, et qui a pourtant une réelle importance. J'avais déjà remarqué plusieurs fois que les sangsues semblaient avoir déplacé la douleur. Les malades qui se plaignaient de souffrir dans les reins et dans le bassin, avant l'application des sangsues, disaient, après, qu'elles souffraient dans le ventre, beaucoup au-dessus de la matrice. Ayant recherché quelle pouvait être la cause de ce changement, je reconnus que des ganglions lymphatiques s'étaient enflammés au niveau des vaisseaux iliaques. Je les sentais distinctement, et quand je les pressais avec la main, j'augmentais la douleur.

Depuis cette époque, je me suis assuré que cet accident n'est pas rare. Je crois qu'il se produit quand les sangsues piquent autour du col.

Dans les cas où j'ai observé l'inflammation des ganglions iliaques, il y avait des piqûres enflammées sur la membrane muqueuse du vagin.

Je n'ai jamais rien observé de semblable depuis que je m'efforce d'empêcher les sangsues de prendre ailleurs que sur

(1) Suite. — Voir les numéros des 18 et 25 août 1874.

le col de l'utérus. Des catasplasmes, appliqués sur le ventre, dissipent bientôt les douleurs qui pourraient faire craindre de ne pas avoir atteint le but que l'on s'était proposé; en général, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, l'amélioration est très-nette. Cet accident est toujours éphémère. Il ne doit pas empêcher de recourir à un moyen efficace, puisqu'il ne se produit que dans les cas où l'application de sangsues n'a pas été faite avec assez de soin.

Lisfranc faisait bien un autre reproche aux sangsues; il les accusait d'avoir été le point de départ d'ulcérations cancéreuses du col; il pensait que les piqûres causaient de petits ulcères, qui se transformaient en cancer. Maintenant que nous savons que cette transformation n'est pas possible, nous sommes portés à penser que si des ulcères cancéreux se sont produits sur le col de l'utérus après une application de sangsues, c'est qu'il y avait eu erreur de diagnostic : on avait pris un cancer pour une métrite. C'est la seule explication que nos connaissances en anatomie pathologique nous permettent d'admettre.

Nous ne pouvons donc être de l'avis de Lisfranc à ce sujet; mais nous admettons avec lui qu'il faut bien se garder d'appliquer les sangsues à la vulve, où elles auraient l'inconvénient de congestionner les vaisseaux du bassin, et de donner souvent lieu à des adénites inguinales.

J'ai rejeté, pour la métrite de la forme la plus aiguë, les injections vaginales, dans la crainte que la violence du jet, ou le contact de la canule ne devînt une cause de douleur, et partant, une cause d'aggravation de l'inflammation. Dans le second degré de la métrite aiguë, il n'en est plus de même, et les irrigations continues, ou faites fréquemment dans le vagin, agissent utilement en débarrassant les parties génitales des produits plus ou moins irritants des sécrétions utérine et vaginale. L'eau tiède convient mieux que l'eau froide pour ces irrigations; elles sont particulièrement utiles quand la métrite coexiste avec une vaginite.

Quand l'inflammation de la membrane muqueuse de l'utérus est due à la propagation de la blennorrhagie, dès que le spéculum peut être introduit sans causer une douleur vive, il y a avantage réel à pratiquer une injection astringente ou légèrement caustique dans la cavité utérine. J'ai rejeté ce moyen pour la métrite simple. Je le crois, au contraire, d'une grande utilité pour le traitement de la métrite blennorrhagique.

Dans ce cas, c'est à une solution faible de nitrate d'argent que je donne la préférence; je me contente ordinairement d'une solution de 5 centigrammes de nitrate d'argent cristallisé dans 30 grammes d'eau.

Pour pratiquer l'injection, j'introduis le bout d'une petite sonde ajustée à la canule de la seringue, dans la cavité du col, et m'étant assuré que l'instrument n'est pas pressé par les parois, je presse sur le piston, de manière à produire un seul jet, et je retire aussitôt la seringue et la sonde. En opérant ainsi, je suis sûr de ne pas avoir injecté une grande quantité de liquide, et j'ai la certitude qu'il peut sortir entre les parois du col et la sonde, dès qu'il rencontre la moindre résistance de la part des parois de l'utérus.

A l'occasion de la métrite chronique, je traiterai plus longuement de ce moyen, qui n'expose plus aux dangers qu'on lui a prêtés pendant longtemps.

Quand la métrite paraît guérie, il faut encore que les femmes qui en ont été atteintes se résignent pendant longtemps à rester allongées pendant toute la durée de leurs règles. Ce n'est qu'à ce prix qu'une guérison est durable et assurée.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Hystérotomie dans l'agonie par méningite tuberculeuse. Retour de l'intelligence.

Par le docteur Pirotais, de Fougères.

La loi de Numa, reproduire par l'Église romaine, défendait, comme on le sait, d'inhumer une femme morte, en état de grossesse, sans hystérotomie. Si le médecin est appelé pour la faire, la femme étant certainement à l'agonie, il peut agir immédiatement; mais il faut une insensibilité complète et la volonté bien exprimée de la famille.

C'est, selon ce principe que, assisté des confrères Deroyer et Denis, nous procédâmes à cette opération le 5 de ce mois.

H. A..., trente ans, mauvaise constitution, était atteinte de phthisie depuis longtemps. Depuis le 1er, elle a été prise d'une méningite granuleuse ayant parcouru les périodes classiques.

Le 5, à onze heures, je fus demandé et par le prêtre et par la famille pour l'opération césarienne. La femme était, en effet, à l'agonie depuis six heures du matin. Nous attendîmes l'insensibilité complète et la perte du pouls pour agir.

Il était trois heures. La femme perdit 400 grammes de sang et ne témoigna pas la plus légère souffrance. L'enfant ne put être rappelé à la vie. Deux heures après l'opération, la femme reprit connaissance, la sensibilité reparut quelques minutes après l'action chirurgicale. Quatre heures après, elle me reconnut et m'appela par mon nom. Elle alla ainsi de mieux en mieux pendant vingt heures. Le lendemain, à deux heures, le pouls était à 140, température normale, mais délire incessant et douleurs hydrencéphaliques violentes. Cet état ne tarda pas à s'aggraver et la malade succomba, si l'on peut dire, de nouveau dans le coma, à deux heures du matin, le 7.

Dans la granulie des méninges, alors qu'il y a un travail hyperplasique véhément et un appel congestif intense et rétentif, si l'on fait une opération grave enlevant une certaine masse sanguine, l'intelligence peut donc renaître.

Encore faut-il en être bien prévenu et considérer toute la portée légale et thérapeutique qui en dérive. L'opération césarienne dans les cas congestifs, comme toujours d'ailleurs, doit être pratiquée, dans la période ultime, par le médecin seul et selon toutes les règles opératoires.

TÉTANOS. — CHLOROFORME (1)

Par M. le Dr Liégard (de Caen).

Pour démontrer que la *période d'excitation* peut être généralement et facilement évitée, et que, par conséquent, les inhalations de *chloroforme* dans le *tétanos* sont, sous ce rapport, exemptes de dangers, il est nécessaire que je rappelle quelques-uns des principes que j'avais formulés en 1861 dans la *Revue médico-chirurgicale*, pour prouver *l'innocuité absolue du chloroforme en chirurgie;* règles qui sont également applicables à son emploi dans le *tétanos :* 1° n'employer jamais que du chloroforme parfaitement pur; 2° ne l'employer jamais dans les cas de lésion organique grave des poumons ou du cœur; 3° choisir, autant que possible, l'état de vacuité de l'estomac, car alors quelques gouttes suffisent souvent pour déterminer, sans aucune excitation, l'anesthésie la plus calme et la plus parfaite, etc. Ces règles posées et admises, examinons comment on doit administrer le chloroforme. Il ne suffit

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 août.

pas, pour donner une entière sécurité dans son emploi, de s'être assuré de sa pureté et que les organes de la circulation et de la respiration du patient soient sains, il est encore de la plus grande importance de connaître exactement l'*impressionnabilité propre* du malade à l'action de cet anesthésique. Tel est plongé dans l'insensibilité par quelques gouttes et en quelques secondes; tel résiste longtemps à des doses considérables; or, si vous procédez également sur tous par de grandes doses, vous pouvez, chez quelques-uns, outre-passer la limite de leur *tolérance* possible, et, comme l'a dit dans son langage énergique M. Legrand du Saulle, « entrer en aveugle, dans un ordre de phénomènes qui ne s'appellent plus *ivresse* et *anesthésie*, mais *intoxication* et asphyxie » ... Maintenant, si l'on considère que la rapidité et l'intensité des phénomènes anesthésiques sont généralement en raison directe du degré de concentration des vapeurs inhalées, on comprendra la nécessité de les diluer sans cesse dans une proportion assez considérable d'air atmosphérique.

Tout cela bien compris et toutes ces règles suivies de point en point, voici la manière que nous avons adoptée et que nous recommandons, avons-nous dit, avec une pleine confiance.

Le malade, couché horizontalement, une serviette est roulée en forme d'entonnoir ou plutôt en *verre à patte*, dont l'ouverture peut embrasser à la fois le nez et le menton, et dont le fond ou sommet évasé est presque aussi large que la base; sur ce fond et dans cette excavation, on verse quatre à six gouttes de chloroforme, et l'on approche cet appareil, à 1 ou 2 centimètres de la face du patient, en l'engageant à respirer lentement et largement : quand l'expiration se fait, on éloigne l'entonnoir; au moment de l'inspiration, au contraire, on le rapproche. Ce mouvement alternatif d'éloignement et de rapprochement permet à l'air atmosphérique de se mêler librement chaque fois avec la vapeur du chloroforme, et il ne permet pas à *l'air expiré* d'y entrer en même temps. Ce mouvement alternatif auquel j'attache une certaine importance, demande une attention assez soutenue, mais, avec un peu d'habitude, il s'exécute avec une grande facilité. A ces premières gouttes, on ne tarde pas à en ajouter six à huit autres; et, tout en éloignant et rapprochant, comme je l'ai dit, le petit appareil, on étudie soigneusement l'impression du malade et l'influence qu'exerce le chloroforme sur tout son organisme, et spécialement sur le pouls et la respiration, mais surtout cette dernière fonction, car, comme l'ont démontré plusieurs observations et de nombreuses expériences faites au Val-de-Grâce, la *respiration* s'arrête ou du moins s'embarrasse presque constamment avant la *circulation.*

Si donc la respiration continue d'être large, égale et facile, si le pouls est calme, fort et régulier, et que la connaissance persiste, on continue les inhalations en augmentant les doses dans une proportion graduelle et modérée et en laissant toujours, par le procédé ci-dessus indiqué, un libre accès à l'air atmosphérique. Bientôt et peu à peu une sensation d'engourdissement général, qui n'a rien de pénible (comme j'en ai fait plusieurs fois l'expérience sur moi-même) est ressentie par le malade; ses idées deviennent de plus en plus confuses, et *dix-neuf fois au moins sur vingt, la tolérance anesthésique* s'établit, sans aucune *excitation* préalable : l'insensibilité est complète, le sommeil est calme et paisible, et l'on peut le continuer en l'entretenant, par de nouvelles doses, toujours très-faibles, pendant une longue opération, tout un long travail de parturition, ou tout le temps nésessaire à la guérison complète d'un tétanos grave, comme nous l'avons vu dans l'observation du jeune malade de Marylebone... Je pourrais ici invoquer le témoignage de M. Chassaignac qui m'a vu, il y a quelques années, endormir par ce procédé une dame qu'il opéra, avec un succès complet, par son *écraseur*, d'une double fistule à l'anus. Nous avions mis dix minutes environ à produire le sommeil qui s'était établi, sans nulle trace de la *période d'excitation*, et qui se dissipa avec le même calme deux minutes après l'opération. Cet éminent chirurgien, dans une leçon à laquelle j'assistais le lendemain, voulut bien exposer avec éloge, à ses élèves, cette *méthode particulière* qu'il m'avait vu employer sur cette malade; il fit remarquer que, quoique différant essentiellement de celle qu'il suivait dans son hôpital, elle offrait néanmoins des avantages sous beaucoup de rapports, et particulièrement l'absence de la *période d'excitation*, etc...

Ainsi, pour tout tétanos grave, établir, avec tous les soins et les précautions que nous venons de rappeler, ce que M. Chassaignac a nommé la *tolérance anesthésique*, pour continuer l'anesthésie, avec des doses toujours faibles, mais proportionnées à la violence des accès, et l'entretenir aussi longtemps que les contractions tétaniques ne seront pas absolument et radicalement vaincues.

M. Le Fort a dit encore (*Gazette des Hôpitaux,* 23 juillet 1874): « Le chloral ne guérit pas plus le tétanos que le chloroforme ne guérit la hernie étranglée en calmant les vomissements, mais ne détruisant pas pour cela l'étranglement intestinal, etc... ». Non, certes, le chloroforme, pas plus que le chloral, ne guérit le désordre du système nerveux, central, réel ou supposé dans le tétanos; mais ce qui est bien certain, c'est que, comme dans l'éclampsie puerpérale et celle des enfants, chaque nouvelle convulsion peut augmenter cette lésion nerveuse centrale; et de même, par la même raison, il est extrêmement important d'arrêter et de suspendre au plus tôt dans le tétanos, par le chloroforme, toutes ces douloureuses et pernicieuses contractions.

DE LA LUXATION SOUS-COTYLOIDIENNE DU FÉMUR (1)

Par M. Chappelain, de Marseille.

25 mai (premier pansement). — La plaie présente un très-bon aspect, les bourgeons charnus sont d'excellente nature, les bords n'en sont ni douloureux, ni décollés. Le pus, en très-faible quantité, est épais et crémeux ; j'enlève le point de suture.

Les parties ayant été soigneusement lavées avec de l'eau phéniquée, je réapplique à nouveau l'appareil ouaté.

Du 26 au 31 mai, l'état local et général se maintient dans d'excellentes conditions. Les digestions se font bien, les nuits sont très-bonnes. Il y a bien quelques légères douleurs dans le membre au niveau de la plaie, mais pas de frisson, pas d'altération importante. La température se maintient entre 38 et 39 degrés. La circulation entre 75 et 80 pulsations.

Le 1er juin étant appelé à l'Hôtel-Dieu pour y prendre le service de la clinique chirurgicale, j'y fais transporter mon malade, qui y arrive le 3 juin et est placé au n° 20 du service de la clinique.

Au moment de son arrivée, on constate que l'état général est satisfaisant, le facies est pâle et amaigri, l'appétit très-petit, la langue légèrement saburrale, le mouvement fébrile est modéré, 80 à 85 pulsations. La température de 37°5 à 38°5. Le malade ressent de temps en temps dans le membre blessé des douleurs lancinantes qui sont d'ailleurs légères, et dont il ne se plaint que si l'on appelle son attention sur ce point.

L'alimentation est légère et composée de bouillons, de potages, de volaille et autres aliments légers.

Le traitement interne se réduit à 120 gouttes de vin de quinquina. deux prises de lait, de la limonade vineuse.

---

(1) Fin. — Voir les numéros des 18, 20, 22 et 25 août.

5 juin (vingt-deuxième jour de la blessure). — Le malade est dépansé pour la seconde fois. On le transporte dans la salle d'opération. L'ouate étant enlevée, le membre blessé nous présente l'état suivant : La plaie produite par l'issue des os sur le côté interne du poignet est en voie de cicatrisation. Le dos de la main et de l'avant bras sont très-développés. La peau, enflammée, présenta une teinte rouge violacée. La fluctuation existe dans toute l'étendue du gonflement. Nous avons affaire à un phlegmon diffus, limité à la région dorsale de la main et de l'avant-bras.

Trois incisions sont immédiatement pratiquées et donnent issue à une grande quantité de pus. Ces trois incisions sont faites, la première au niveau du poignet, la seconde sur la partie moyenne du bord radial de l'avant-bras, la dernière au même niveau sur le bord cubital.

Après l'écoulement complet du pus, le membre est lavé et détergé avec une éponge imbibée d'eau phéniquée; puis, par les incisions pratiquées à la peau, des injections sont faites à diverses reprises avec le même liquide, de manière à laver complétement toutes les parties décollées. Le pansement ouaté est de nouveau appliqué sur les parties malades, et une certaine compression est employée pour favoriser la résolution de l'inflammation.

Du 5 au 11 juin. L'état du malade ne présente rien de particulier. Le 7 on lui a donné un lavement pour combattre la constipation qui durait depuis son entrée à l'Hôtel-Dieu, soit depuis le 3.

Le 8 on ajoute de nouveaux tours de bande au pansement, de manière à ramener la compression, qui a beaucoup diminué depuis l'application du pansement.

11 juin (troisième pansement). — La tuméfaction de la main et de l'avant-bras est moins considérable, mais la suppuration est très-abondante.

Sur le dos de la main, je trouve encore un nouveau point fluctuant qui se vide mal, j'y pratique une nouvelle incision. Après cela lavage et injections de tous les points avec de l'eau phéniquée, puis nouvelle application du bandage ouaté.

Du 11 au 22 juin. — Les phénomènes demeurent à peu près les mêmes. Un moment la température et les pulsations du pouls semblent s'élever, mais ces phénomènes rentrent presque immédiatement dans le type normal. Dans cette période, l'appétit paraît se relever. La constipation a cessé.

22 juin (quatrième pansement). — La quantité de pus n'a pas diminué. Deux nouvelles incisions sont pratiquées, l'une au coude sur le bord cubital, l'autre sur la région dorsale très-voisine de l'autre.

Le poignet va mieux, présente moins de gonflement. Les premières incisions commencent à bourgeonner.

Le pansement est réappliqué avec les diverses précautions indiquées plus haut.

Du 22 juin au 1er juillet. — On peut remarquer une amélioration dans l'état général du malade, sa figure reprend ses couleurs, l'amaigrissement diminue, l'appétit revient ainsi que les forces.

1er juillet (cinquième pansement). — Amélioration très-marquée. La suppuration a beaucoup diminué, surtout à la main et au poignet. L'avant-bras et la main ont à peu près repris leur forme première. La rougeur inflammatoire de la peau a disparu. Tout fait présager une prompte guérison de toutes les complications inflammatoires.

Une petite incision est pratiquée à la partie interne du poignet, au niveau de la plaie primitive; il en sort une petite quantité de pus.

Le reste du pansement ne présente rien de particulier.

A partir du 2 juillet, le sommeil est devenu meilleur. Le malade dort très-paisiblement pendant une bonne partie de la nuit.

Le 4, on administre 30 grammes d'huile de ricin pour dissiper la constipation, qui tend à se reproduire. Le malade avait d'ailleurs éprouvé d'assez fortes coliques.

9 juillet (sixième pansement). — La suppuration est toujours de moins en moins abondante. La plaie articulaire est complétement cicatrisée. Celle produite par l'incision du dos de la main bourgeonne et ne donne plus de suppuration. Lavage, injections, pansement comme précédemment.

Du 9 au 15 juillet, amélioration très-marquée dans l'état général. L'appétit devient de jour en jour meilleur, les fonctions digestives s'accomplissent sans embarras.

16 juillet (septième pansement). — La suppuration est à peu près la même qu'au dernier pansement. Les plaies de la région dorsale de l'avant-bras guérissent avec lenteur. La peau intermédiaire est décollée, amincie, si bien qu'on peut faire passer un stylet de l'une à l'autre de ces plaies.

La persistance de ces altérations, unies à la guérison des lésions principales surtout des lésions articulaires, me fait suspendre le pansement ouaté. Un pansement simple lui succède. On a soin d'établir une compression sur les trajets fistuleux pour favoriser la réunion de la peau avec les parties profondes.

Le 22 juillet, on place le membre dans une gouttière en carton, de manière à permettre au malade de se lever plusieurs heures dans la journée.

Le malade est, à ce moment, parvenu au soixante-dixième jour après sa blessure. La suppuration devient de moins en moins abondante. Les plaies se couvrent de bourgeons exubérants, que l'on réprime à l'aide du nitrate d'argent.

L'état général est revenu à l'état normal. La respiration et la température ont repris leur caractère ordinaire; aussi, à dater du 23, a-t-on cessé les observations qui avaient été suivies matin et soir depuis l'entrée du malade, soit à la Conception, soit à l'Hôtel-Dieu.

Dans la période comprise entre le 30 juillet et le 15 août, les deux dernières plaies se sont entièrement cicatrisées. On constate que l'apophyse styloïde du cubitus apparaît sous la peau, qui est considérablement amincie sur ce point, et il est à craindre que la saillie osseuse ne finisse par être à découvert. (Cette crainte ne s'est heureusement pas justifiée.) Il existe de l'œdème dans toute la longueur du membre, surtout sur le dos de la main, la peau est tendue et luisante.

On comprime méthodiquement à l'aide d'un bandage roulé, et je prescris de faire exécuter des mouvements aux doigts, dans le but de rendre quelque jeu aux articulations des phalanges.

La rougeur tend à disparaître sur tous les points qui ont été le siége de l'inflammation.

Le malade demande à quitter l'hôpital le 17 septembre.

Nous avons revu le malade le 25 octobre. La guérison s'est maintenue. Il existe un peu d'œdème du dos de la main. Les articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes ont recouvré presque tous leurs mouvements.

L'ankylose du poignet est complète. Le coude ne jouit que d'une mobilité très-limitée dans le sens de la flexion. (Le membre, pendant tout le temps du traitement, a été maintenu dans la demi-flexion.) Je conseille au malade l'usage des douches et la compression, tout en s'exerçant à faire des mouvements.

Si nous récapitulons les diverses particularités que présente cette observation, nous trouvons, comme étiologie, une chute sur la paume de la main, dans sa partie la plus rapprochée du poignet, ce qui a entraîné une extension exagérée au niveau de l'article et la perforation des ligaments de la partie interne et antérieure. Il faut aussi, pour expliquer la perforation dans cette région, que la chute sur la main se soit effectuée sur la région hypothénar.

Les symptômes sont tels qu'ils excluent toute idée de diagnostic, tous les déplacements sont considérables. D'une part, nous trouvons l'extrémité inférieure de l'avant-bras, faisant saillie à travers la peau et présentant la cupule radiale, ayant entraîné avec elle un des os du carpe. D'autre part, le condyle de la main est déjeté en dehors sur le bord radial de l'avant-bras. Les indications du traitement étaient plus difficiles à poser. Fallait-il chercher à obtenir la conservation du membre? Fallait-il amputer?

Je crois que j'étais, avec un pareil délabrement, parfaitement en droit d'amputer; je crois même qu'en opérant, je me trouvais bien plus dans les saines indications chirurgicales. J'avais à craindre une inflammation suraiguë qui pourrait, dans quelques jours, menacer la vie du malade, sans me laisser la ressource de l'opération. Je compromettrai donc la vie de mon malade pour lui conserver la main!

Je me décidai cependant à conserver le membre. Ce qui me détermina à en agir ainsi, ce fut bien certainement un peu le désir de conserver la main à un homme encore jeune, obligé de travailler pour

vivre; mais ces considérations, qui rendent si souvent pénibles les devoirs du chirurgien, et auxquelles il doit souvent fermer l'accès de son cœur, ne furent pas les principales raisons qui dictèrent ma conduite.

J'avais dans le même moment, dans mon service, un jeune homme auquel j'avais ouvert largement l'articulation du genou, pour donner issue à une vaste collection purulente. J'avais ensuite entouré de ouate ce genou, d'après les préceptes de M. A. Guérin, et ce malade ne m'avait présenté aucun des symptômes que l'on redoute tant à la suite d'une semblable opération.

J'avais donc confiance dans la soustraction de l'air à l'aide du bandage ouaté, et ce fut ainsi que je me décidai à la conservation de la main.

Plaies des articulations.

La Société de chirurgie a ouvert une sorte d'enquête sur la gravité des plaies articulaires. Quelques faits qui se sont présentés soit dans ma clientèle, soit dans mon service de chirurgie, me paraissent répondre à ses préoccupations, et je crois de mon devoir de les lui soumettre.

Le premier fait a un double intérêt, car c'est lui qui m'a engagé à conserver le membre supérieur à un malheureux ouvrier dans un cas de luxation du poignet en dehors, dont je viens de lui donner connaissance.

Arthrite suppurée du genou gauche. Ouverture de l'articulation. Bandage ouaté. Guérison.

Charles D..., vingt et un ans, marin, grand, vigoureux, paraissant jouir d'une excellente constitution, entre, le 10 mars 1872, dans le service de chirurgie de l'hôpital de la Conception. Ce jeune homme contracta, dans les derniers jours de janvier, une blennorrhagie qui, dit-il, disparut complétement vers les derniers jours de février.

Le 3 mars, après être longtemps demeuré au froid, pour satisfaire aux exigences de sa profession, il ressentit une douleur vive dans le genou gauche.

Huit jours plus tard, après avoir inutilement essayé de quelques remèdes locaux, il ressentit de nouvelles douleurs dans l'autre genou et dans l'articulation coxo-fémorale droite : il se fit conduire à l'hôpital de la Conception.

Je l'examinai le lendemain 11 mars, à la visite, et constatai les phénomènes suivants :

État local. — Le genou gauche est le siége d'une tuméfaction très-considérable, il est arrondi et n'offre plus aucune des dépressions normales. Le moindre attouchement y développe des douleurs extrémement vives. La fluctuation y est manifeste et démontre l'existence d'une collection très-considérable de liquide. La peau y présente une rougeur assez intense, elle est le siége d'un empâtement très-marqué. Le membre est dans la demi-flexion.

Le genou droit et l'articulation coxo-fémorale du même côté, présentent une grande sensibilité à la pression et aux mouvements.

État général — Le visage est pâle, terreux, les yeux cernés, le pouls est fréquent, mais plein et régulier. Les organes de la respiration et de la circulation ne présentent rien d'anormal à l'observation la plus attentive. L'appétit est presque nul, mais la petite quantité d'aliments que prend le malade est bien digérée, la langue est bonne, les selles manquent depuis cinq jours. Pas de vomissements. Les urines sont d'une couleur foncée et paraissent un peu diminuées, par contre, la sueur est abondante, et le malade se trouve dans un état de moiteur constant qui le fatigue. Les organes des sens fonctionnent très-bien; il n'y a d'autres troubles nerveux qu'une insomnie presque complète depuis plusieurs nuits.

Depuis quelques jours, le malade éprouve des frissons, qui, unis à l'empâtement, à la rougeur de l'articulation, doivent faire craindre la formation du pus dans l'articulation.

Le diagnostic n'était point difficile à porter quant aux altérations que j'avais sous les yeux, mais il n'en était pas de même quand il fallait déterminer la nature de la maladie. Nous avions évidemment affaire à un état rhumatismal, mais cet état était-il simple et pouvait-on le séparer de la blennorrhagie; dont le malade nous assurait la guérison radicale quelques jours avant l'apparition de l'atteinte du genou gauche.

Bien que l'arthrite blennorrhagique soit souvent mono-articulaire, cependant un grand nombre de faits ont été cités de rhumatismes blennorrhagiques poly-articulaires.

Un symptôme plus important me ramenait à rapprocher l'inflammation articulaire à la blennorrhagie : c'était la tendance évidente de l'inflammation à se terminer par suppuration.

Le membre fut placé dans une gouttière pour maintenir son immobilité autant que possible. Un vésicatoire avait été placé deux jours auparavant sur le genou, il fut pansé avec du cérat, puis des cataplasmes furent appliqués sur le genou et la hanche droites.

A l'intérieur, on lui ordonna une alimentation légère et 5 centigrammes d'extrait thébaïque à prendre le soir.

Le malade reposa quelques heures la nuit suivante, et le lendemain, déjà reposé des fatigues du transport, il reprenait courage lorsque, dans la journée, il fut pris d'un frisson de longue durée, qui se reproduisit les jours suivants, à peu près à la même heure, et qui céda à l'emploi du sulfate de quinine.

Trois jours après la cessation de ces accès, l'état général paraissait s'améliorer un peu, mais la quantité de pus contenue dans l'articulation augmentait de telle façon qu'il fallait songer à l'évacuer. Deux ponctions furent faites à deux jours de distance, avec le trocart de Dieulafoy, et l'aspiration pratiquée à l'aide de la seringue. Chaque ponction donna issue à 400 grammes environ de pus épais et bien lié.

On fit ensuite, après l'évacuation, un badigeonnage avec la teinture d'iode et une sorte de compression.

Il fallut cependant, sous peu de jours, revenir encore à une nouvelle ponction, qui fut faite avec un trocart un peu plus gros; mais je ne pouvais plus compter sur la ponction seule, et je pratiquai, à la suite de l'évacuation du pus, une injection iodée, dans la proportion d'un tiers de teinture d'iode pour deux tiers d'eau.

Ce nouveau traitement n'amena pas de résultat, le pus se reproduisit avec une très-grande rapidité, et je dus songer à un mode de traitement plus direct, plus dangereux peut-être, mais me permettant d'espérer la guérison alors que l'état général paraissait encore suffisamment bon, et que les autres articulations malades ne participaient pas au développement qu'avait pris le genou gauche.

Le 27 mars, par conséquent dix-sept jours après son entrée (dans la salle des malades payants), je chloroformise le malade et pratique deux larges incisions, ayant chacune 7 à 8 centimètres, sur l'articulation du genou gauche, l'une en dedans, l'autre en dehors. Il s'écoule aussitôt une grande quantité de pus, qui a conservé les caractères que j'ai déjà indiqués. Malgré les diverses opérations qui ont été pratiquées, il est blanc, épais et présente le produit d'une inflammation franche et de bonne nature. Je lave ensuite l'articulation à plusieurs reprises avec de l'eau tiède alcoolisée et phéniquée, que je fais pénétrer dans tous les sens à l'aide d'un irrigateur. Puis, trempant un pinceau dans la teinture d'iode allongée d'eau par moitié, je badigeonne toutes les parties articulaires sur lesquelles je puis arriver.

Cette petite opération n'est entravée par aucun accident, si ce n'est une petite hémorrhagie, qui m'oblige à placer deux ligatures.

Le membre étant à son tour nettoyé et lavé avec de l'eau contenant de l'acide phénique, je procède à l'application du bandage ouaté, qui occupe la totalité du membre inférieur et remonte jusqu'au-dessus de l'aine.

Le jour même, à la visite du soir, on ne constate aucune modification dans l'état antérieur du malade. Il n'y a aucune réaction. On a pu lui donner une alimentation légère avec 8 centigrammes extrait thébaïque.

28 mars. — La nuit a été bonne, le malade a dormi. Le facies est meilleur, 84 pulsations. Le malade réclame de l'alimentation (demi-quart d'aliments, eau vineuse pour boisson).

29 et 30 mars. — L'amélioration se maintient, le malade trouve son régime insuffisant. Je lui ordonne la demi-portion le matin et le quart le soir.

Le mieux se continue et s'accentue de plus en plus jusqu'au 4 avril.

4 avril. — Ce jour-là des douleurs vagues apparaissent dans le membre gauche demeuré indolore depuis l'ouverture de l'articula-

tion. Le malade se plaint d'une céphalalgie intense. Le pouls s'est élevé entre 104 et 108 pulsations. L'insomnie est revenue.

Ces symptômes fâcheux se dissipent promptement, et, le 7 avril, le malade est revenu à cet état de bien-être qui a suivi immédiatement l'opération. D'autre part, les douleurs du membre n'ont pas paru réclamer le changement de pansement.

11 avril. — Des douleurs vives se sont manifestées dans la hanche droite, qui est le siége d'un empâtement très-manifeste. (On badigeonne l'articulation avec la teinture d'iode.) Teinture de semence de colchique. Demi-portion matin et soir.

12 avril (premier pansement). — Le gonflement du genou a complétement disparu. Le pus est demeuré très-épais, un peu verdâtre et très-peu abondant. Les deux incisions, surtout l'externe, sont déjà à moitié cicatrisées. Les bords n'en sont ni irréguliers, ni décollés, leur aspect est celui des plaies tendant à la cicatrisation.

On lave à l'eau phéniquée, et l'on applique de nouveau l'appareil ouaté. Le malade n'a témoigné aucune douleur pendant qne je lui ai appliqué ce nouveau pansement, bien qu'il ait fallu faire exécuter au membre quelques mouvements qui, antérieurement à l'opération, entraînaient de vives douleurs. A la suite de ce pansement, l'état demeure toujours satisfaisant. Le pouls oscille entre 80 et 100 pulsations, suivant les heures du jour où on l'examine, l'état général demeure très-bon, et l'on pourrait le considérer comme guéri, si ce n'étaient les douleurs vives qu'il ressent dans la hanche et le genou droits et qui témoignent de la persistance de la maladie primitive.

2 mai. — L'appareil ouaté est enlevé et comme les plaies sont presque cicatrisées et ne laissent plus communiquer l'articulation avec le dehors, la ouate est remplacée par un pansement simple.

L'état rhumatismal persistant, je soumets la malade à l'usage d'une potion avec la propylamine.

L'appétit est très-bon, il mange les trois quarts de portion et prend chaque nuit 5 centigrammes d'extrait thébaïque sans lequel le sommeil est impossible.

Je pourrais arrêter là l'observation, car elle contient tout ce que je voulais démontrer, soit la possibilité de l'ouverture d'une des grandes articulations et la guérison survenant sans aucune de ces complications terribles qui, dans quelques jours, entraînent la mort des malades.

Bien que j'aie dû, par mon changement de service, ne pas suivre le malade jusqu'au terme de sa maladie, j'ai pu me procurer la fin de l'observation, qui offre encore un assez grand intérêt.

A dater du 12 mai, l'état général devient moins bon. La compression de la gouttière dans laquelle le membre gauche est contenu, entraîne, au niveau de la partie supérieure du genou, une ulcération qui met à nu la tubérosité externe du tibia.

Le 25 mai, on est obligé d'ouvrir un abcès de la cuisse droite, ayant la grosseur d'un œuf, placé à 10 centimètres au-dessus de l'articulation et ne communiquant pas avec elle.

Le genou droit est demeuré toujours douloureux, mais non tuméfié. La hanche droite, par contraire, présentait un foyer de suppuration qui assombrissait beaucoup le pronostic. Il fallut ouvrir le foyer à la partie supérieure et externe de la cuisse. Le malade devient alors en proie à une vraie diathèse purulente. Le genou gauche, qui avait paru guéri, se remplissait de nouveau de pus quand des escarres se présentèrent au sacrum. L'état général devint mauvais, et le malade succomba par l'abondance de la suppuration.

Malgré cette terminaison fatale, j'ai cru répondre à vos désirs en vous exposant les circonstances qui ont accompagné une large ouverture de l'articulation.

L'appareil ouaté me paraît présenter un avantage immense dans ces graves opérations, tant par la soustraction de l'action de l'air que par la facilité avec laquelle on l'applique. Ce fut l'absence de toute complication inflammatoire à la suite de l'ouverture de l'articulation du genou qui m'engagea à conserver la main chez l'individu dont j'ai eu l'honneur de vous raconter l'histoire.

Il y a quelques mois qu'un fait à peu près semblable à celui que je viens de rapporter s'est présenté dans mon service de clinique.

Je reçus d'un service de médecine un homme de soixante ans environ, qui était entré à l'hôpital pour une pneumonie à droite. Cet homme guérit de son inflammation de poitrine, et, quand il fut en convalescence, on vit survenir chez lui une arthrite des genoux, et après avoir tenté divers traitements, on fit passer le malade dans mes salles.

Cet homme portait une double arthrite, celle du genou gauche était caractérisée par un peu d'épanchement, mais celle du côté droit présentait un énorme développement de l'articulation. Le cul-de-sac supérieur avait été rompu, et l'abcès articulaire s'étendait dans la cuisse.

Cette arthrite consécutive à une phlegmasie pulmonaire, se terminant par suppuration, ne me laissait en perspective qu'un pronostic désastreux; cependant il fallait laisser au malade toutes les chances qui se présentaient en sa faveur, quelque minimes qu'elles fussent. J'ouvris l'articulation du genou, par une double incision, l'une en dehors, l'autre en dedans. Un flot de pus s'écoula par la double incision, je fis un lavage complet de l'articulation, un badigeonnage à la teinture d'iode; mais voulant prolonger le lavage et l'injection dans la cuisse, je trouvai qu'une sonde en gomme s'enfonçait tout entière dans la plaie sans en atteindre le fond. Le pus avait disséqué tous les muscles de la cuisse jusqu'à l'oschéon.

J'appliquai cependant un bandage ouaté, embrassant tout le membre inférieur et le laissai en place pendant quelques jours.

Mon malade éprouva du bien-être pendant tout ce temps, et quand je l'enlevai après quelques jours, je trouvai que l'articulation du genou était affaissée, qu'elle paraissait avoir perdu la communication avec l'abcès crural. Par conséquent, cette grande articulation avait été ouverte, et le malade ne s'est ressenti de cette opération qu'en bien.

L'abcès crural persistait, et quand, il y a quelques jours, je remis le service à mon collègue M. le professeur Coste, le pus était devenu séreux, de mauvaise nature, l'état général était devenu mauvais, et le malade a dû succomber quelques jours après. Ces deux faits sont les seuls dans lesquels j'ai agi ainsi; par conséquent, ils représentent, tant en bien qu'en mal, ce que j'ai à dire sur les larges ouvertures pratiquées aux grandes articulations transformées en collections purulentes.

Plaie de l'articulation du genou par arme à feu, extraction du corps étranger, guérison sans ankylose.

M... âgé de dix-neuf ans, artiste peintre, est une des victimes de l'insurrection du 4 avril 1871.

Dans la matinée de ce jour, ce jeune homme voulut monter sur la terrasse de la maison où se trouvait son atelier, afin de mettre à l'abri des balles quelques toiles auxquelles il tenait, quand au moment où il ouvrait la porte, une balle traversant le chambranle de cette porte vint le frapper à la partie externe du genou gauche et pénétra dans l'articulation.

Appelé auprès du blessé dans la matinée du 5 avril, je le trouve dans les conditions suivantes : plaie contuse circulaire occupant la partie externe de l'articulation du genou, évidemment produite par une balle. Les bords en sont mâchés et contus. Elle est située exactement dans cette région triangulaire, quand on ne considère que les parties osseuses, fermée par le bord externe de la rotule, les condyles du fémur et du tibia au niveau de l'interligne articulaire. Il n'y a pas dans le point opposé d'ouverture de sortie, ni dans aucune autre région. Un stylet introduit par cette ouverture, pénètre dans l'articulation du genou en passant au-dessous de la rotule, et, sans percevoir aucune dénudation osseuse, arrive sur la balle qui se trouve logée dans le point diamétralement opposé de l'articulation, c'est-à-dire dans la région interne.

Le stylet me fit percevoir que le corps étranger n'était pas libre dans l'articulation. Il avait dû intéresser une partie de la paroi interne, mais se trouvait placé beaucoup plus vers la surface articulaire que vers la peau, car on sentait entre la surface extérieure et le corps étranger une épaisseur assez considérable de tissus. Au moment où j'examinai le blessé, il n'y avait encore aucune apparence d'inflammation. Mes collègues Roberty et Seux voulurent bien m'assister auprès de ce malade, et ce fut en leur présence et avec leur assistance que je fis l'extraction de la balle.

Je fis une incision sur la face interne et inférieure du genou dans

un point assez éloigné de celui où se trouvait la balle, voulant éviter une communication trop directe entre l'air extérieur et la cavité articulaire. Le trajet était assez long; aussi eus-je bien quelques difficultés pour extraire le projectile, mais cependant il fut complétement enlevé; c'était une balle cylindro-conique de chassepot.

La plaie fut ensuite réunie. Le membre fut placé dans l'immobilité absolue à l'aide d'une attelle que je fixai à la partie postérieure du membre, car je n'avais pas de gouttière à ma disposition. Une vessie remplie de glace fut ensuite placée sur toute l'articulation qu'elle enveloppait en avant et sur les faces interne et externe. Tout se passa chez mon malade dans les meilleurs termes, l'inflammation articulaire fut très-légère.

La glace fut maintenue sur le genou pendant seize jours.

La plaie externe, par où la balle était entrée, se détergea, les parties mortifiées se séparèrent des parties vivantes, qui prirent un aspect rosé : à la fin du mois la plaie était cicatrisée.

La plaie par laquelle j'avais extrait la balle parut d'abord se fermer, mais elle se rouvrit de nouveau et donna passage à des morceaux d'étoffe qui avaient été entraînés par la balle. Ces morceaux d'étoffe ne sortirent que peu à peu et retardèrent pendant plus d'un mois la guérison complète de mon malade.

A dater du second mois, mon jeune homme put marcher avec des béquilles, puis sans béquilles un mois après.

La guérison complète et le malade examiné longtemps après sa guérison, je pus constater qu'il n'y avait pas d'ankylose du genou, mais seulement un peu de gêne dans la flexion du membre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 août 1874. — Présidence de M. GOSSELIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. Daille, pharmacien à Auxerre, relative à un cas d'extrophie vésicale avec absence à peu près complète de la verge. A cette lettre est joint un dessin représentant cette difformité congénitale.

RAPPORT

M. MOUTARD MARTIN, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bouvier, Baillarger et Hervé de Chégoin, lit un rapport officiel demandé par le préfet de la Seine sur le traitement du bégaiement par la méthode de M. Chervin.

Voici les conclusions de ce rapport :

« En présence des faits dont elle a été témoin, votre commission vous propose de répondre à M. le préfet :

« 1° Qu'au point de vue scientifique, la méthode de traitement des bègues de M. Chervin est rationnelle ;

« 2° Qu'elle produit des résultats très-remarquables et qu'elle peut rendre des services signalés ;

« 3° Qu'un de ses avantages importants est la promptitude des résultats, qui paraissent se maintenir, comme la commission l'a constaté sur un certain nombre de sujets ;

« 4° Qu'il y a lieu de l'encourager et de l'aider dans le bien qu'elle est appelée à produire. »

Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant dans la section de physique, chimie et pharmacie.

Sur 31 votants :

M. Roux obtient. . . . . 30 suffrages.
M. Glénard 1

En conséquence, M. Roux est proclamé membre correspondant de l'Académie.

RAPPORT

M. DEMARQUAY, au nom de M. Hervé de Chégoin, lit un rapport sur une observation adressée par M. Idrac, au sujet d'un polype volumineux de la matrice, extirpé à l'aide d'une ligature. Ce polype pesait 1,200 grammes. La malade mourut le vingt-quatrième jour après l'opération.

Les conclusions de ce rapport sont :

« 1° Que le travail soit déposé honorablement dans les archives de l'Académie ;

« 2° Que des remercîments soient adressés à l'auteur. »

Ces conclusions sont adoptées ;

LECTURE

M. JOLLY donne lecture d'un travail ayant pour titre : *L'imagination dans ses rapports avec la philosophie et la médecine.*

L'auteur commence par distinguer les deux conditions très-distinctes dans lesquelles l'imagination s'offre à l'observateur :

« Ou bien, dit-il, elle s'exerce instinctivement et spontanément, en dehors de toute participation des sens et de la volonté, sans autre guide que l'instinct de conservation, c'est l'imagination *instinctive*, que d'autres ont appelée *passive*. Ou bien elle s'éclaire tout à la fois de ses propres conceptions, du témoignage des sens, des impressions du moment, des souvenirs du passé, des éventualités de l'avenir. C'est l'imagination *intellective* ou *active*. »

Cette dernière est réservée à l'homme seul. Elle est en jeu dans le rêve, le somnambulisme ou la folie. C'est à elle que les médecins doivent s'adresser quand il s'agit d'apaiser des troubles mentaux dont elle est la source et l'origine.

M. Jolly rapporte à ce sujet deux observations dont il fut témoin, il y a une cinquantaine d'années, à l'hôpital Saint-Louis, et dans lesquelles MM. Biet et Choquet parvinrent à guérir des malades atteints de monomanie en paraissant prendre au sérieux leurs idées fixes et en leur faisant croire à une thérapeutique appropriée au mal imaginaire dont ils supposaient être atteints.

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à quatre heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

267. Ayme. Relation de l'épidémie de scorbut du transport *l'Orne* dans sa campagne en Nouvelle-Calédonie en 1873.
268. Jourdaa. Étude sur le chloral dans le tétanos.
269. Brun. Des accidents de la délivrance après l'avortement et après l'accouchement.
270. Girard. Contributions à l'étude des thrombus de la vulve et du vagin dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les constricteurs du vagin. — Le vaginisme supérieur et le vaginisme proprement dit.

Le fait qui est devenu l'occasion des recherches que je vais exposer dans cet article m'avait vivement frappé et surpris, car il paraissait inexplicable dans l'état actuel de la science.

Voici ce fait en peu de mots.

Il y a trois ans environ, une femme, jeune encore, primipare, très-bien musclée, était entrée à l'Hôtel-Dieu pour y faire ses couches.

Comme le travail se prolongeait, l'interne de service pensa qu'il y avait lieu de recourir au forceps. En conséquence, il introduisit les branches de l'instrument, et paraît-il, il n'éprouva aucune difficulté pour le faire. La tête était encore au détroit supérieur; les premières tractions furent inefficaces; et, n'osant insister, le jeune opérateur crut devoir recourir aux lumières d'un accoucheur de profession. Avant de le faire appeler, il eut soin de retirer les branches du forceps.

Cet accoucheur, homme très-distingué à tous égards et dont le nom fait autorité, arriva trois quarts d'heure plus tard environ. Il voulut, lui aussi, terminer l'accouchement par le moyen des fers; mais quand il essaya d'introduire, à son tour, une des branches de l'instrument, la chose lui fut impossible. Un peu en dessous de l'utérus, le vagin était divisé en deux parties, pour ainsi dire, par une sorte de double bride qui s'étendait de chaque côté d'avant en arrière, à peu près perpendiculairement à l'axe du corps.

Quelle pouvait être la nature de cette double bride?

L'accoucheur en renom jugea qu'elle devait être cicatricielle. Et malgré les affirmations réitérées du jeune interne, il se refusa à admettre que l'introduction du forceps eût été possible moins d'une heure plus tôt.

Du moment où l'obstacle était considéré comme le résultat de cicatrices, la conduite à suivre était toute tracée : on ne devait pas espérer de le voir céder de lui-même, car les tissus inodulaires ne se prêtent pas à une dilatation physiologique. Le mieux était donc de recourir à l'instrument tranchant, sans plus tarder.

On fit, de chaque côté du vagin, une longue incision parallèle à l'axe de ce canal et, par conséquent, à peu près perpendiculaire à la base des deux replis en question. L'enfant fut retiré alors sans difficulté.

Trois jours après la femme mourut. L'autopsie fut faite avec grand soin : j'y assistai. On trouva du pus dans les sinus de l'utérus, dans les veines du petit bassin, ce qui expliquait l'issue funeste. Mais quant à des brides, cicatricielles ou autres, on n'en rencontra pas la moindre trace; le vagin était sain et tout à fait normal : autour des plaies, aucune saillie, aucun relief n'expliquait la nécessité dans laquelle on s'était trouvé de pratiquer de larges débridements à droite et à gauche.

On ne pouvait pourtant pas admettre que l'accoucheur se fût trompé en croyant sentir un double obstacle, un double repli fortement tendu, fermant en partie le vagin, comme une cloison incomplète, vers la moitié de sa hauteur. Avant d'y porter le bistouri, il l'avait fait toucher par l'interne, qui, malgré son étonnement, avait dû se rendre à l'évidence.

Mais maintenant il était certain qu'il s'était agi d'un phénomène momentané, dont le mécanisme de production semblait nécessiter l'hypothèse d'une contracture ayant siégé dans quelque faisceau musculaire.

Mais quel pouvait être ce faisceau?

Appartenait-il au vagin lui-même, ou se trouvait-il extérieur à lui?

Il était peu probable que ce fût une partie de la tunique musculaire du vagin, car une contracture des fibres musculaires de cet organe aurait produit une constriction circulaire, et non bilatérale.

Or, en dehors du vagin, les auteurs ne décrivaient à ce niveau aucun muscle qui pût produire un étranglement.

Ainsi, pour le moment, le problème se posait, sans qu'on pût entrevoir encore une solution. Le fait paraissait exceptionnel, sans analogue; mais une fois que j'eus l'attention éveillée sur ce point, l'occasion se présenta vite de faire des rapprochements utiles.

Peu de temps après, je fus consulté pour une femme, qui, bien qu'ayant eu déjà des enfants, se plaignait d'une sorte de vaginisme intermittent pour ainsi dire. A certains jours, les rapprochements sexuels devenaient pénibles; le membre viril faisait l'effet d'un corps beaucoup trop volumineux, bien qu'en général le vagin fût d'une capacité pour le moins suffisante.

Cette sensation désagréable n'existait pas seulement à l'orifice vulvaire, élargi du reste par une ancienne déchirure du

périnée, mais encore, et principalement, beaucoup plus haut dans le vagin.

Pensant à une contracture analogue à celle qui s'était produite chez la malade de l'Hôtel-Dieu, et ne trouvant d'abord rien d'anormal, je dis à cette personne de faire effort pour serrer mon doigt, si elle le pouvait.

En effet, je sentis alors très-distinctement, à 5 centimètres environ de profondeur, un peu au-dessous du col de l'utérus et des culs-de-sac vaginaux, une double bride, assez saillante, se dessiner sur les côtés, en même temps que la partie inférieure du vagin se resserrait un peu.

Cette double bride était certainement due à la contraction de faisceaux musculaires, et même de faisceaux de muscles soumis à la volonté, car ce jour-là elle disparaissait et se reproduisait, selon que la malade, sur ma demande, faisait un effort ou cessait d'en faire.

Il était probable que les douleurs pendant le coït se rattachaient à des contractures par action réflexe de ces mêmes faisceaux.

C'était d'autant plus supposable qu'il s'agissait d'une femme hystérique, qui présentait des points variés de névralgie, et notamment de rachialgie surtout à la région sacrée, et de la névralgie lombo-abdominale : et qui était, du reste, impressionnable, tant au physique qu'au moral, à l'excès. Un écoulement leucorrhéique assez abondant, une sensibilité assez marquée de l'utérus, lorsqu'on voulait lui communiquer des mouvements par la pression du doigt, une sensibilité beaucoup plus grande encore lorsqu'on refoulait profondément le cul-de-sac vaginal du côté gauche, bien qu'on ne sentît aucune tumeur, aucune rénitence à ce niveau, enfin un point d'hypéresthésie, du même côté, vers l'orifice vulvaire, voilà ce que j'eus à noter en cherchant le point de départ des contractions spasmodiques et involontaires qui s'étaient produites durant les rapports conjugaux.

Les contractions provoquées elles-mêmes fatiguaient beaucoup la malade et lui laissaient une sorte de courbature intérieure *qui*, disait-elle, *portait au cœur*. Ceci m'empêcha de revenir autant que je l'aurais voulu à cette étude pratique de ce que pouvait être le *vaginisme supérieur* proprement dit.

Sous ce nom de *vaginisme supérieur*, M. le professeur Gosselin, dans ses *Leçons cliniques* publiées l'année dernière, a fait mention d'une hypéresthésie des culs-de-sac vaginaux sans contracture ni contraction d'aucune sorte.

Mais ceci se rattache à l'idée générale que le savant professeur se fait du vaginisme, simple névralgie, suivant lui.

Il est curieux de voir à quel point les auteurs modernes sont peu d'accord sur ce sujet.

Dans une récente édition de son *Anatomie chirurgicale*, parue à peu près en même temps que les *Leçons cliniques* de M. Gosselin, M. le professeur Richet, non-seulement admet une contraction spasmodique dans le vaginisme, mais il exprime son étonnement de ce qu'elle soit niée par personne. De son côté, dans un ouvrage actuellement sous presse, M. Guéneau de Mussy, reproduisant une leçon déjà publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* (1), ne semble pas même supposer que l'existence d'un vaginisme par contracture puisse être mise en doute.

Qui donc est dans l'erreur, de M. Gosselin ou de MM. Richet et Guéneau de Mussy?

La contradiction est des plus formelles entre ces auteurs, si distingués de part et d'autre. Elle ne peut être le résultat d'un vice d'observation, mais le pur effet du hasard.

M. Gosselin a rencontré des femmes chez lesquelles le vagin était béant, bien que la douleur provoquée par la moindre pression sur un point de la vulve rendît le coït impossible. L'hypéresthésie était vive; mais était simple; aucune action réflexe n'était mise en jeu chez ces femmes par la sensation névralgique.

M. Gosselin a généralisé ce qu'il avait vu; mais les choses ne se passent pas toujours ainsi.

En effet, le spasme réflexe, quel qu'en soit le siége, ne se produit pas fatalement chez tous les sujets avec une égale intensité et dans les mêmes circonstances.

S'il est vrai que la sensation ne soit pas la même chez tous sous l'action d'un même excitant, il n'est pas moins vrai que la sensation, supposée égale, n'a pas chez tous les mêmes retentissements sur le système musculaire.

Ce devait être le cas; c'est en effet le cas pour l'appareil génital de la femme.

Si, chez quelque malade, la douleur éprouvée vers l'entrée de la vulve n'excite aucune contraction, chez d'autres, au contraire, l'appareil constricteur de la partie inférieure du vagin entre en action avec énergie.

Je l'ai constaté maintes fois, soit dans des services hospitaliers, notamment chez une malade atteinte de vaginisme, et qui a été le sujet d'une leçon de M. Richet, soit dans ma pratique particulière et spécialement dans des cas aigus de vaginite.

En effet, il faut rapprocher du vagisnime proprement dit, les contractures, parfois si énergiques qui accompagnent le début de certaines phlegmasies aiguës du conduit vulvo-vaginal.

Quand on veut pratiquer le toucher en pareil cas, non-seulement on produit une douleur aiguë, mais le doigt, introduit avec peine, se sent énergiquement serré sur une hauteur de plusieurs centimètres.

Cette stricture est exactement limitée à la hauteur du vagin que la femme peut contracter volontairement à l'état normal. Seulement le jeu des actions réflexes la rend souvent beaucoup plus puissante que ne le ferait la volonté seule, parfois jusqu'au point de rendre impossible l'introduction du corps étranger le plus étroit.

Je viens de dire que dans le vaginisme, dans la vaginite, dans la contraction volontaire, le doigt se sent pressé sur une même étendue. Cette étendue, variable dans de certaines limites suivant les femmes, est en moyenne de 5 centimètres environ.

Or si l'on étudie sur le cadavre la disposition des organes génitaux chez la femme, on constate d'abord que toute cette portion du vagin se trouve située en dessous de l'aponévrose supérieure du périnée.

Le vagin croise très-obliquement cette aponévrose en se dirigeant de bas en haut et d'avant en arrière, tellement obliquement que chez une jeune fille d'une vingtaine d'années dont j'ai en ce moment les pièces sous les yeux, en traçant tout autour du vagin le plan que représente sa rencontre avec l'aponévrose, et en mesurant la longueur des diverses parois en dessous de ce plan, je trouve le double de longueur pour la paroi postérieure que pour l'intérieure; la première a 4 centimètres et la seconde 8 centimètres.

Or, précisément sur cette préparation, que j'ai montrée à mon cher ami et distingué confrère M. Damaschino, la disposition des faisceaux de la région périnéale offre un intérêt particulier, car elle explique les deux faits par le récit desquels

(1) Voir les numéros des 22 et 27 juin 1871.

j'ai commencé cette revue clinique, et elle permet également de comprendre les contractures vaginales.

On sait quelle est la disposition de cette aponévrose périnéale supérieure.

Bien plus fibreuse et résistante, chez la femme, dans ses insertions antérieures, au moins sur les sujets examinés par moi à ce point de vue, que M. Richet ne l'indique dans son *Anatomie chirurgicale*, elle s'étend du pubis et des bords supérieurs des trous obturateurs jusqu'au sacrum, où elle s'insère sur l'espèce de crête saillante que l'on sent au bord de l'échancrure ischio-coccygienne, vers la partie moyenne de l'os, au dessus des deux trous inférieurs. Elle divise donc le bassin en deux parties, l'une inférieure et l'autre supérieure; la partie inférieure est riche en fibres musculaires striées; la partie supérieure n'en contient à peu près aucune.

Le vagin, comme nous l'avons dit, croise obliquement cette aponévrose, et il la dépasse à peu près de toute sa moitié supérieure. Cette moitié supérieure se trouve donc isolée de tout muscle strié et volontaire.

Mais il est loin d'en être de même de sa moitié sous-aponévrotique.

En effet, dans la pièce que nous décrivons, des faisceaux musculaires antéro-postérieurs, ou obliques avec prédominance du sens antéro-postérieur, passant de chaque côté du vagin pour se diriger vers le rectum, l'embrassent ainsi sur une hauteur d'à peu près 7 centimètres, au point d'union de sa face postérieure avec la face antérieure du rectum; c'est-à-dire qu'il reste à peine un très-petit espace triangulaire, à base postérieure, de complétement libre sur la partie sous-aponévrotique des faces latérales du vagin.

Les premiers faisceaux, qui s'insèrent sur le bord antérieur du trou obturateur et sur la partie la plus médiane de l'aponévrose, sont beaucoup plus considérables qu'on ne le dit généralement dans les traités d'anatomie descriptive ou chirurgicale. Elles forment un ensemble trapézoïde, presque triangulaire, qui va s'étaler en éventail sur les côtés du rectum, et embrassent le vagin sur une hauteur d'environ 4 centimètres $\frac{1}{2}$ vers ses bords postérieurs. Les faisceaux inférieurs peuvent mériter le nom de releveurs de l'anus, car très-rapprochés du constricteur vulvaire, ils se dirigent obliquement de haut en bas et d'avant en arrière; mais c'est à peine si les faisceaux supérieurs sont obliques, et ils représentent certainement un muscle constricteur (ainsi que Cruveilhier l'avait remarqué du reste).

Nous aurons à revenir sur ce premier ensemble de fibres rouges; mais maintenant il nous faut parler d'autres faisceaux, qui s'écartent bien davantage des descriptions classiques.

Ces faisceaux, un peu plus externes et plus postérieurs à leur origine, représentent, sur le sujet que nous décrivons, un muscle nettement triangulaire. Nés sur la face inférieure de l'aponévrose supérieure, un peu en dehors de la ligne de jonction de cette aponévrose avec le vagin, ils se portent, en se renforçant, sur les côtés de cet organe et sur les côtés du rectum, où ils s'étalent en éventail très-allongé. La base de cet éventail est à peu près de 2 centimètres, mais ces faisceaux sont très-puissants, et ce sont bien des fibres striées, comme nous nous en sommes assurés par l'examen microscopique avec M. Damaschino.

Une partie de ces fibres se perdent sur le rectum; mais d'autres semblent avoir dû s'insérer plus loin; elles ont été coupées quand on a séparé du sacrum la pièce en rasant cet os.

Cette disposition curieuse n'a point encore été indiquée. A ce niveau, on ne trouve décrit dans les ouvrages d'anatomie aucun faisceau musculaire dont la direction soit à peu près antéro-postérieure au lieu d'être oblique dans le sens horizontal ou latéral.

Chez une femme ainsi constituée, la contraction de ces faisceaux puissants doit étrangler latéralement la partie moyenne du vagin : et c'est certainement là ce qui est survenu chez les deux malades dont j'ai raconté plus haut l'histoire.

Quant aux faisceaux moyens du muscle improprement nommé *releveur de l'anus*, ce sont évidemment de puissants constricteurs du vagin, non moins que (comme l'avait remarqué Cruveilhier), du rectum lui-même.

En se contractant, ils font l'effet de ces cordons passés dans les anciennes bourses et qui, tirés de chaque côté, les refermaient.

Ils attirent le bas du rectum obliquement en avant et en haut; ils le serrent contre le vagin, dont la direction, dans toute cette moitié inférieure, est perpendiculaire au sens du mouvement.

En même temps, ils pressent de chaque côté le vagin lui-même, de manière à diminuer notablement sa capacité.

C'est leur présence qui explique le vaginisme. C'est elle, bien plus qu'une élasticité purement passive des tissus (supposition de M. le professeur Richet, assez hypothétique, à ce qu'il semble), qui rend compte de la résistance opposée à l'introduction du membre viril, chez les vierges, ou chez certaines femmes jusqu'à une première parturition, et du degré de tonicité que récupèrent les multipares.

Il faut observer que la partie inférieure du vagin, celle qui possède chez toutes les femmes ce revêtement de fibres volontaires, est précisément celle qui a été destinée à jouer le principal rôle dans la copulation.

C'est là que, sur une étendue de quelques centimètres, on trouve, en avant et en arrière, ces rangées de papules saillantes, pressées les unes contre les autres, qui constituent les colonnes du vagin.

Plus haut, le vagin, très-dilatable, sans résistance, n'est plus à vrai dire que le vestibule de l'utérus.

Ulcères simples de l'estomac

(DEUXIÈME ARTICLE.)

Les types que nous avons décrits la semaine dernière sont tout à fait classiques, tant pour le cancer que pour l'ulcère de l'estomac.

Les exemples semblables sont tellement communs qu'ils pourraient être indéfiniment multipliés. Souvent plusieurs se présentent à la fois dans le même service.

C'est ainsi que dans le service de M. Damaschino à l'hôpital temporaire, deux femmes entrées le même jour, 10 août, offrent également deux types d'ulcère simple, l'un plus récent, l'autre plus ancien.

La première de ces femmes, couchée salle Saint-François, nº 24, est une domestique âgée de vingt-quatre ans, de très-bonne santé antérieure, qui fut prise, il y a environ deux mois, d'une toux sèche très-pénible, dont les quintes longues amenaient souvent des nausées le matin. Au bout d'une quinzaine de jours cette toux cessa; mais à ce moment apparurent les premières crises d'une douleur excessivement aiguë qui, de la région épigastrique, s'étendait jusque dans le dos, au même niveau exactement. « C'était comme si l'on m'embrochait, » dit la malade. Dans l'intervalle des crises elle souffrait toujours de l'estomac et du dos aux mêmes points; mais c'était alors plus supportable. Les hématémèses commencèrent au bout de trois semaines de cet état : la malade vomit

du sang en caillots à quatre reprises, le 1er août et les jours suivants. Entrée à l'hôpital, elle y fut soumise au régime lacté, et les crises douloureuses devinrent moins fréquentes et moins fortes. Il n'y eut plus dès lors de vomissements sanguins, mais encore un vomissement alimentaire.

La douleur n'a pas cessé d'occuper les mêmes points, c'est-à-dire en arrière les deux dernières vertèbres dorsales, et en avant, au même niveau, une partie de l'épigastre.

La seconde malade est couchée même salle, n° 10; elle est âgée de trente-huit ans. Ce n'est pas la première fois qu'elle est soignée pour la même maladie. Déjà, il y a quatre à cinq ans, elle a été traitée pour un ulcère simple à la Pitié, dans le service de M. Empis. A cette époque, elle attribuait le début de sa maladie au choléra, qu'elle avait eu en 1866, et qui lui avait laissé les digestions plus laborieuses. Depuis quelque temps, quand elle se fatiguait par trop, elle éprouvait une douleur entre les épaules. Cette première manifestation d'un ulcère simple se fit, du reste, subitement. La malade, très-intelligente, se rappelle avoir tout à coup éprouvé une douleur vive qui, de l'épigastre, s'étendait au même niveau vers la colonne vertébrale, et avoir à cet instant même vomi du sang pour la première fois.

Les hématémèses se continuèrent pendant six semaines, plusieurs fois par jour. Le sang était tantôt noir, tantôt rose, mais toujours très-liquide; il semble que c'était plutôt un liquide teint par le sang que du sang pur. Pendant ce temps, la malade vomissait aussi tout ce qu'elle prenait, bien que l'appétit fût conservé, et elle continua à vomir les aliments pendant quelques semaines après la cessation des hématémèses. Elle sortit guérie du service et n'éprouva plus rien de semblable pendant cinq ans. Dans cet intervalle, les seules douleurs de dos qu'elle éprouvât étaient des douleurs entre les épaules, c'est-à-dire situées à un niveau tout différent de celles qu'elle ressentit lors de ses premiers vomissements et qu'elle ressent aujourd'hui.

Cette fois elle est malade depuis le 4 juillet : les vomissements ont débuté pendant l'époque menstruelle, et ils n'ont pas cessé depuis lors. Ils renferment du sang depuis le commencement d'août. Lors de l'entrée à l'hôpital les hématémèses étaient très-fréquentes : elles ont cessé au bout de quelques jours de régime lacté. Les douleurs prennent de l'épigastre à trois travers de doigt environ de l'appendice xyphoïde, elles s'étendent jusqu'au niveau de cet appendice et, en arrière, elles répondent aux dernières vertèbres dorsales et aux premières lombaires. Les crises, encore assez fréquentes (de cinq à six par jour), durent une demi-heure en moyenne.

On le voit, dans les cas d'ulcère simple les moins douteux, on trouve toujours cette douleur horizontale, s'étendant transversalement d'avant en arrière.

C'est donc là un symptôme important à connaître, et dont il faut tenir un grand compte. Dr Victor Revillout.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Le Fort.

Calculs nombreux de la prostate, lithotritie uréthrale et extraction des calculs par l'urèthre. — Guérison (1).

Dans le courant du mois de juillet 1859, M. F..., âgé de soixante ans, éprouva dans la région périnéale de l'urèthre des douleurs vagues accompagnées de pertes séminales. Le médecin qu'il consulta lui conseilla les bains de mer; les accidents cessèrent jusqu'au mois de novembre 1864. A cette époque des douleurs vives se montrèrent à chaque émission de l'urine et bientôt se formèrent deux fistules périnéales par lesquelles l'urine passait en aussi grande quantité que par l'urèthre. En avril 1865, le malade vint à Paris et se confia aux soins de Michon. Le cathétérisme ne put être pratiqué, et ce ne fut qu'après un assez grand nombre de tentatives qu'on put faire pénétrer jusque dans la vessie une très-fine bougie. Cette bougie fut laissée à demeure, puis remplacée par des bougies d'un calibre de plus en plus considérable; mais ce ne fut qu'après plus d'un mois de traitement qu'on put remplacer les bougies par des sondes. En résumé, le rétrécissement fut traité par la dilatation, et l'on y joignit de larges incisions dans la région périnéo-scrotale. Lorsque des sondes métalliques purent être introduites, Michon constata la présence d'un calcul immobile qui lui parut être placé, soit dans la région prostatique, soit vers le col de la vessie. Le calcul paraissant enclavé et ne pouvant être saisi avec un instrument lithotriteur, Michon crut devoir s'abstenir de toute tentative d'extraction, d'autant plus qu'il n'empêchait pas le passage de l'urine. Lorsqu'après six mois de traitement le malade put quitter Paris, Michon lui conseilla l'introduction, une fois par semaine, d'une sonde de gomme élastique dans le but de prévenir le retour du rétrécissement. Pendant deux ans, le malade suivit cette recommandation, puis il cessa complétement l'usage des sondes.

Pendant sept ans, il n'y eut pas d'accidents de nature à inquiéter le malade; mais, en juillet 1873, il s'aperçut que l'urine, au moment de l'émission passait en partie par le rectum. La difficulté pour uriner qui peu à peu s'était montrée, devient considérable dans le courant d'octobre, et le malade sur le conseil de l'un de ses parents, M. le docteur Martin (de Nevers), vint à Paris et se confia à mes soins, en novembre 1873.

L'examen du malade me révéla les faits suivants. L'aspect de la région n'offre rien de particulier à noter. Par le toucher rectal on sent une prostate volumineuse, faisant saillie dans le rectum et remontant plus que dans les cas ordinaires d'hypertrophie prostatique. La partie comprise entre la prostate et l'anus est tendue, et légèrement saillante du côté du rectum. Au périnée, la palpation ne montre rien d'anormal. L'examen au spéculum, pas plus que le toucher, ne permet de constater à quel niveau existe dans le rectum l'ouverture de la fistule, qui, à chaque émission de l'urine, en laisse sortir par l'anus une certaine quantité. Une sonde métallique introduite dans l'urèthre révèle, sur les confins des régions membraneuse et prostatique, l'existence d'un calcul sur lequel la sonde frotte en passant, mais l'instrument est bientôt arrêté au niveau de la prostate, et partout il donne la sensation de la rencontre de calculs. Cependant, lorsqu'on abaisse fortement le pavillon de la sonde, il semble que l'instrument vient appuyer par son bec sur des parties molles et non sur des calculs. Le malade est obligé d'uriner très-fréquemment, l'urine ne sort que goutte à goutte au début de la miction et ensuite par un jet filiforme, mais qui ne présente pas les caractères de la projection, l'urine tombe dans le vase placé sous la verge. Connaissant les antécédents du malade, sachant que Michon avait constaté huit ans auparavant l'existence d'un calcul prostatique enchatonné, mais aussi d'un rétrécissement qu'il avait traité par la dilatation, et le malade avouant que depuis plusieurs années il avait cessé de passer des sondes, je me demandai si je n'avais pas affaire à un rétrécissement existant au niveau de l'orifice intérieur des anciennes fistules, et si je ne devais pas me contenter, à l'exemple de Michon, de chercher à rendre au canal son diamètre par la dilatation, sans me préoccuper de l'existence du calcul.

J'essayai tout d'abord l'introduction d'une fine bougie. Pendant deux ou trois jours, j'échouai, enfin je crus avoir réussi à pénétrer dans la vessie. Je fixai cette bougie à demeure, et le lendemain j'essayai de me guider sur elle pour introduire mon dilatateur. (Les bougies spéciales que j'ai fait fabriquer il y a quelques années renferment, du côté du talon, un fil de baleine qui leur donne une certaine rigidité. Elles sont légèrement coniques et portent à leur talon une armature métallique qui me permet de les visser solidement sur trois conducteurs métalliques de grosseur variable, ayant la courbure des sondes, mais formant, depuis leur pointe, un cône. Ces trois conducteurs introduits successivement me permettent de pratiquer sans

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 24 juin 1874.

violence, sans déchirure, la dilatation complète du canal, le plus ordinairement dans une seule séance. Depuis six ans, cette méthode, que je ferai connaître bientôt avec détail, m'a donné des succès constants).

Lorsque le dilatateur eut pénétré jusque dans la portion membraneuse, je fus fort étonné d'éprouver une certaine résistance pour le faire pénétrer plus loin. J'eus le soupçon que la bougie conductrice, au lieu d'être dans la vessie, pourrait bien s'être repliée dans un urèthre dilaté, et, en effet, je reconnus en retirant l'instrument que la bougie s'était repliée sur elle-même. J'essayai les jours suivants d'introduire de nouveau une bougie, j'échouai plusieurs fois, et lorsque je crus une fois encore avoir pénétré dans la vessie, je constatai les mêmes obstacles et les mêmes incidents que la première fois. Il semblait, par la sensation très-nette de frottement contre des calculs, que la bougie s'engageait *sous* un calcul et dans une poche plus ou moins large située entre le canal et le périné. La bougie semblait se contourner au milieu des calculs, et deux fois il m'arriva d'avoir quelque peine à la retirer, comme si elle entraînait avec elle les deux calculs entre lesquels elle était engagée, et qui la serraient alors comme dans un étau.

Convaincu que ces calculs se trouvaient sur la paroi périnéale du canal, et que la portion prostatique du canal était refoulée sous le pubis (ce que je pus constater après la guérison), j'eus l'idée de me servir comme conducteur d'une sonde percée à son extrémité mousse d'un trou assez large pour laisser passer une bougie garnie de son armature métallique, à laquelle était vissée une seconde bougie en baleine. J'échouai encore de cette façon. Je fis faire alors une sorte de sonde cannelée, très-longue, d'une courbure analogue à celle des sondes, et je glissai dans sa rainure une bougie en baleine, afin d'éviter de m'engager entre les calculs et de suivre ainsi la paroi supérieure du canal de l'urèthre. Je pus ainsi pénétrer dans la vessie; mais, quand je voulus répéter cette manœuvre sans l'aide de ce conducteur métallique afin d'employer des bougies dilatatrices, j'échouai de nouveau. Il devenait évident que les calculs formaient l'obstacle principal, peut-être même l'obstacle unique au passage de la sonde, car rien ne prouvait l'existence d'un rétrécissement, si rare, même lorsqu'il est dû à une rétraction cicatricielle, dans la région prostatique. Il fallait donc délivrer le malade de ses calculs et, pour cela, la première idée qui se présentait était de pratiquer une boutonnière dans la région périnéale et d'évacuer les calculs par l'ouverture faite au périnée. Mais le malade se refusait énergiquement à toute opération sanglante, et il s'en exagérait même beaucoup la gravité. J'étais donc amené à tenter l'extraction des calculs par l'urèthre.

Pour arriver jusqu'à eux, je ne pouvais me servir d'instrument droit, puisqu'ils se trouvaient au-delà de la courbure de l'urèthre, et chez mon malade on avait la plus grande peine à redresser le canal en abaissant le pavillon de la sonde, cette manœuvre occasionnant une vive douleur. Je fus obligé de renoncer à me servir des brise-pierres uréthraires de Leroy d'Étiolles, de Nélaton, et j'eus recours à une pince de Hunter, légèrement courbe sur le champ des mors. Pour pouvoir saisir les calculs, je dus, avec une sonde cannelée spéciale et avec les plus grands menagements, me faire en quelque sorte la voie, car les calculs étaient incrustés dans les parties molles. Je commençai mes tentatives le 6 janvier; mais ce jour-là, comme du reste pendant tout le traitement, je ne fis que de très-courtes séances. Dès la première tentative, je pus saisir par l'extrémité des mors une partie du calcul, que je brisai. Le 9, le malade rendit pour la première fois un petit calcul de la grosseur d'un pois. Les séances furent continuées de la même façon tous les deux jours; les 9, 10, 15 et 30, le malade rendit de nouveau les calculs dont l'un, de forme irrégulièrement cylindrique, avait 2 centimètres de longueur. Ces calculs méritaient, par leur aspect luisant et nacré, aussi bien que par leur dureté, l'épithète de calculs en porcelaine; ils semblaient comme vitrifiés sur une partie de leurs faces, mais ils étaient englobés dans une enveloppe calcaire de phosphate d'une couleur blanchâtre. Il était évident qu'il n'existait pas un calcul unique, mais des calculs multiples, retenus par une enveloppe, car les calculs présentaient assez ordinairement plusieurs facettes et parfois, en particulier, le 8 février, le malade rendait des fragments d'urine blanchâtre analogues à un coquillage. Le 13 février, le malade rendit cinq calculs; le 17, le 24, il en rendit quelques-uns; le 5 mars, il en expulsa de nouveau simultanément trois, dont un assez gros et deux petits.

Depuis le milieu de février, la pince d'Hunter ne me permettait plus d'arriver jusqu'aux calculs, sa courbure étant insuffisante pour me laisser arriver jusqu'aux calculs placés plus profondément, ceux qui se trouvaient en avant ayant été enlevés peu à peu. Je fis faire alors deux pinces courbées sur le plat dans la partie des mors dépassant la canule.

Les branches de ces pinces étaient de longueur inégales, afin de me faciliter l'engagement de la branche la plus longue, agissant comme une sorte de cuiller, soit au-dessus, soit au-dessous du calcul que je voulais saisir. C'est à l'aide de ces pinces, ainsi modifiées, que j'avais extrait, ou plutôt brisé la plupart des calculs expulsés. Malheureusement, le 10 mars, je saisis vraisemblablement, en même temps qu'un calcul, un fragment de muqueuse, peut-être même la branche la plus longue pénétra-t-elle dans le tissu de la prostate; quoi qu'il en soit, le malade éprouva une assez vive douleur, et il se fit un suintement léger de sang noir, suintement qui continua pendant trois jours. En même temps, par suite du gonflement des parties lésées, il survint une rétention d'urine, rétention malheureusement complète, la fistule rectale ayant cessé depuis quelque temps de laisser passer l'urine. Je prévins mon confrère et ami le docteur Martin de ce grave incident : il se rendit aussitôt à Paris, et nous nous concertâmes sur le parti à prendre.

Le cathétérisme forcé nous parut plus dangereux encore que d'ordinaire, en présence des changements de rapport survenus du côté de la région prostatique; la ponction capillaire de la vessie avec la seringue aspiratrice n'était qu'un palliatif, mais nous pouvions espérer que la diminution de l'inflammation permettrait au cours de l'urine de se rétablir.

C'était ici surtout le cas de recourir à la boutonnière, car nous pouvions profiter de l'ouverture pour terminer l'enlèvement des calculs ; mais j'ai déjà dit toute la répugnance qu'avait le malade pour une opération sanglante. Nous nous étions donc décidés à pratiquer la ponction capillaire de la vessie, lorsque la réouverture spontanée de la fistule rectale nous exempta de toute intervention active et permit l'évacuation de la vessie.

Peu à peu la fièvre et les accidents diminuèrent et, le 7 avril, le malade rendit spontanément un calcul volumineux.

Pendant le mois d'avril, je dus m'absenter de Paris, et le traitement fut interrompu. Dès le mois de mai, le traitement fut repris, et l'évacuation d'une quinzaine de calculs écrasés, extraits ou expulsés depuis le commencement du traitement, en laissant un peu plus de place à l'action des instruments, me permit d'employer le petit brise-pierre uréthral d'Amussat. Mais il me fallut cependant continuer, comme précédemment, à dégager, avec ma sonde cannelée spéciale. les calculs enchatonnés par une partie de leur surface, les uns sur la paroi antérieure, les autres sur la paroi postérieure de l'urèthre. Ce n'était qu'après les avoir dégagés et rendus libres que je pouvais les saisir, lorsqu'ils étaient tombés dans l'espèce de poche résultant de l'évacuation des premiers calculs. Les 5, 7, 11, 15, 16, 18 et 22 mai, je pus non-seulement briser, mais extraire de nouveaux calculs; enfin, le 25 mai, je parvins à en extraire trois, et, dans la journée, quelques petits fragments furent expulsés avec l'urine.

J'étais enfin arrivé au but si longtemps cherché ; le canal exploré avec soin et à plusieurs reprises ne contenait aucun calcul.

Le lendemain, j'essayai avec la sonde de pénétrer dans la vessie ; j'y arrivai facilement, mais en contournant de près la face postérieure du pubis. Pendant quelques jours je laissai reposer le malade; mais, pour éviter que l'urine, en s'engageant dans le cul-de-sac prostatique où étaient logés les calculs, retardât le retrait et la cicatrisation de la poche, j'engageai le malade à n'uriner qu'au moyen de la sonde, et je lui appris à se sonder. Malheureusement, dans une de ses tentatives, il fit probablement quelque fausse route, car, après une légère perte de sang, il se manifesta une cystite assez intense qui céda peu à peu au repos et à l'usage des capsules de térébenthine, mais qui n'était pas encore tout à fait guérie lorsque le malade, désireux de retourner chez lui, quitta Paris.

Les calculs que je vous présente formeraient par leur réunion un volume assez considérable ; ceux que vous voyez entiers présentent

cette particularité qu'une de leur face au moins, au lieu d'être lisse comme les autres, est grenue et comme parsemée de petits orifices. C'est par cette face qu'ils adhéraient aux parties molles, et ces dépressions sont l'empreinte des bourgeons charnus déterminant ses adhérences, aussi je crois que si, au lieu d'extraire progressivement et lentement ces calculs, j'avais, dans une même séance, grâce à une incision périnéale, procédé à leur enlèvement simultané, j'aurais déterminé, par la déchirure de ces bourgeons charnus, des accidents redoutables. Quelle qu'ait été la longueur du traitement, cette observation démontre la possibilité d'extraire par l'urèthre de volumineux calculs de la prostate : c'est à ce point de vue surtout qu'elle m'a paru digne d'intérêt.

HOPITAL DE CLERMONT-FERRAND. — M. Fleury.

Atrésie du vagin consécutive à une gangrène de ses parois Fistule vésico-vaginale sans incontinence d'urine (1).

La nommée Marguerite B..., âgée de vingt-neuf ans, vint à l'Hôtel-Dieu de Clermont, en 1868, pour y être traitée d'une fistule vésico-vaginale survenue à la suite d'un accouchement laborieux qui remontait à cinq semaines. Comme il existait en même temps une paraplégie, je me bornai à combattre celle-ci au moyen de bains sulfureux et de toniques à l'intérieur.

Lorsqu'elle fut rétablie, je la renvoyai dans son pays en lui recommandant de revenir lorsque ses forces seraient complétement revenues.

Six ans s'écoulèrent ; je n'entendis plus parler de cette malade, lorsque, le 11 mai de cette année, elle vint me trouver avec son mari, en me disant qu'elle était dans l'impossibilité d'avoir de nouveaux enfants.

Ses règles étaient restées trois ans sans se montrer ; mais, depuis 1871, elles avaient reparu et marché très-régulièrement. Les urines s'écoulaient volontairement, mais, pendant le jour, la miction était répétée, tandis qu'elle pouvait rester la nuit entière sans les rendre.

L'état général de sa santé était aussi satisfaisant que possible.

En pratiquant le toucher, je sentis à 3 centimètres de la vulve une cloison verticale, déprimée à sa partie centrale et froncée comme une bourse. Une ouverture très-petite occupait le sommet de cette espèce d'entonnoir. C'est par elle que s'échappait à chaque époque le sang menstruel.

L'urine, suivant toutes les probabilités, devait s'écouler par le canal de l'urèthre, puisque sa miction était volontaire.

Le vagin était-il simplement cloisonné par le fait des adhérences qu'avait dû provoquer une inflammation éliminatrice ? la vessie communiquait-elle avec lui ? c'est ce que l'on ne pouvait déterminer qu'en incisant ce diaphragme membraneux.

Le 13 mai, un bistouri boutonné, glissé dans l'ouverture, divisa assez largement cette membrane pour que l'index pût être introduit, mais à peine l'incision était-elle terminée qu'un flot d'urine s'échappa par l'ouverture, comme on l'observe lorsque, dans l'opération de la taille, le lithotome divise le col de la vessie.

Il me fut impossible de sentir le col utérin, mais une sonde introduite dans le canal de l'urèthre fut parfaitement sentie par le doigt.

Un tissu mou, velouté, comme fongueux, qui tapissait la paroi supérieure de la portion du conduit situé derrière ce diaphragme, ne laissait aucune espèce de doute sur la communication qui existait entre la vessie et le vagin.

Dans ces conditions, il n'y avait plus à songer à maintenir l'intégrité du conduit vulvo-utérin, car cette disposition était pour la malade bien préférable à une incontinence d'urine.

Toute la question était de savoir par où s'échappaient les urines.

J'ai laissé la plaie se cicatriser avant de recourir à un nouvel examen.

Le 2 juin, veille du jour où le malade a quitté l'hôpital, je lui ai recommandé de conserver ses urines jusqu'au moment de la visite. En la plaçant sur le bord de son lit, j'ai pu voir que, sous l'influence d'une contraction légère, elles s'échappaient par l'orifice anormal ; il ne s'en est pas écoulé une seule goutte par le canal de l'urèthre.

Nul doute que les fibres musculaires qui doublent la muqueuse vaginale ne soient, chez cette malade, susceptibles d'obéir à la volonté et de se contracter sous son influence comme celles qui forment le col de la vessie.

La conséquence pratique qui découle de ce fait est que, dans les pertes de substance considérables du canal vésico-vaginal, s'il était impossible de remédier à la perte de substance par un des procédés opératoires récemment imaginés, on pourrait obtenir, par une cautérisation au fer rouge, la destruction de la muqueuse du vagin et l'adhérence de ses parois, bien mieux qu'en pratiquant la suture du conduit.

Si l'oblitération est complète, les urines et le sang des règles s'écouleront par le méat urinaire. Dans le cas où il resterait une ouverture fistuleuse, elle pourrait donner issue à ces produits, l'intervention de la volonté pouvant soustraire ces malades à une incontinence d'urine.

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 24 juin 1874.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 juin 1874. — Présidence de M. Perrin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine ;

2° Une brochure sur les accidents consécutifs aux opérations sur les organes génito-urinaires, par le docteur J. Englisch, *docent* à l'université de Vienne.

M. Paulet fait hommage à la société de son livre intitulé : *Résumé d'anatomie appliquée.*

M. Verneuil dépose sur le bureau un mémoire intitulé : *Contribution à l'anesthésie chirurgicale*, par le docteur F. Forné, chirurgien de marine. — M. Lannelongue est chargé de faire un rapport verbal sur ce mémoire.

M. Le Fort présente, de la part du docteur Symvoulide, de Saint-Pétersbourg, deux observations de luxation : l'une du coude, l'autre du genou, et une observation de trachéotomie. Ces observations sont renvoyées au comité de publication.

LECTURE

Le secrétaire annuel donne lecture des deux communications suivantes de M. le docteur Fleury, membre correspondant de la Société de chirurgie :

Messieurs, notre savant collègue M. Gosselin a prétendu que l'adhérence des deux feuillets de la tunique vaginale après une opération d'hydrocèle double pouvait, en privant le testicule de ses mouvements, exercer une certaine influence sur la sécrétion du sperme et provoquer la stérilité.

Il est assez difficile de vérifier le fait en question.

L'hydrocèle s'observe rarement des deux côtes ; bien qu'elle existe à toutes les époques de la vie, elle est en général plus commune dans la seconde moitié que dans la première. Il faudrait donc trouver un double épanchement de la tunique vaginale chez un homme jeune encore, et établir par l'inspection microscopique, après l'opération, l'absence d'animalcules spermatiques dans les produits excrétés.

D'un autre côté, on a prétendu que l'épididymite blennorrhagique pouvait, lorsqu'elle se terminait par induration, amener l'oblitération des canaux seminifères et devenir également une cause de stérilité.

Chez les malades que l'on opère d'une hydrocèle, on observe presque constamment cette induration.

Est-elle la cause ou l'effet de l'épanchement ?

Une hydropisie n'a jamais déterminé l'engorgement de l'un des

organes contenus dans une cavité tapissée par une membrane séreuse, c'est le contraire qui se produit ordinairement.

On peut donc en conclure que, si la stérilité existe après l'opération de l'hydrocèle, ce n'est pas à l'adhérence des deux feuillets de la séreuse qu'il faut l'attribuer, mais à l'oblitération du canal creusé dans l'épaisseur de l'épididyme.

J'ai eu, il y a quelques jours, l'occasion de vérifier le fait en question.

Un vieillard, âgé de soixante-dix ans, a succombé dans mon service à un catarrhe de la vessie, suite d'une hypertrophie énorme de la prostate.

Il existait au côté gauche des bourses une hernie facilement réductible et une hydrocèle.

Examinant avec soin le testicule, j'ai trouvé l'épididyme induré et converti dans la plus grande partie de son étendue en un tissu fibreux.

Assurément le liquide spermatique n'aurait pas pu arriver aux vésicules séminales, et si la même affection eût existé des deux côtés, on aurait pu en conclure, d'après la théorie de M. Gosselin, que l'absence de zoospermes dans le sperme était l'effet de l'adhérence des deux feuillets de la tunique vaginale, si l'hydrocèle eût été opérée par le procédé le plus généralement suivi.

Il me semble donc bien plus rationnel d'admettre que, dans l'hydrocèle double, si l'opération détermine la stérilité, il faut l'attribuer à l'induration de l'épididyme antérieur à l'épanchement, et non à l'union des séreuses viscérale et pariétale.

Atrésie du vagin consécutive à une gangrène de ses parois. — Fistule vésico-vaginale sans incontinence d'urine. — Voir plus haut.

DISCUSSION

M. LARREY, à propos de la première communication de M. Fleury, signale la rareté des hydrocèles doubles, dont il n'a rencontré qu'un très-petit nombre de cas sur les sujets qu'il a examinés comme membre des conseils de révision et dans les hôpitaux.

M. BOINET rappelle qu'à la suite des injections iodées dans la tunique vaginale, les adhérences sont loin d'être constantes, ainsi que cela résulte des observations de Velpeau, de M. Hutin et de M. Boinet lui-même. Quant à l'influence des adhérences sur la sécrétion spermatique, M. Boinet cite le fait d'un étudiant, qui, atteint puis guéri d'une hydrocèle double, n'en eut pas moins des enfants après son mariage, et celui d'un autre malade, porteur de la même affection, mais non opéré, qui resta sans progéniture. Ces deux faits pourraient autoriser une conclusion inverse de celle de M. Gosselin; on sait, en effet, que les hydrocèles, en persistant un long temps, finissent par étaler et altérer l'épididyme.

M. LE FORT pense que la guérison par les injections peut s'opérer de deux manières : tantôt il se produit une simple modification dans la vitalité de la tunique vaginale, sans inflammation notable, et tantôt le liquide irritant détermine une inflammation vive, suivie d'adhérences. Les observations de Hutin ont été faites sur des malades qui n'avaient point été suivis par ce chirurgien.

M. PERRIN répond que Hutin a basé son travail sur un certain nombre de malades qu'il avait opérés lui-même. Il pense que l'hydrocèle des vieillards, qui se produit souvent en l'absence de toute induration de l'épididyme, offre un terrain propice pour la guérison sans adhérences.

M. PAULET admet, au contraire, que l'hydrocèle est très-souvent consécutive à une épididymite blennorrhagique, qui laisse à sa suite des indurations, parfois très-petites, mais produisant néanmoins une obturation des voies spermatiques. Il n'est donc pas besoin, dans ces cas, d'invoquer les adhérences pour expliquer la stérilité.

M. SÉE a constaté assez fréquemment l'hydrocèle double chez les enfants. A ce propos, il fait remarquer que les hydrocèles dites congéniales, ou se montrant à la naissance, paraissent plus rarement qu'on l'a dit communiquer avec la cavité péritonéale puisque, depuis qu'il est à l'hôpital Saint-Eugénie, dans un service d'enfants où les hydrocèles sont très-communes, il n'a pu constater une seule fois cette communication.

M. FORGET établit une distinction entre l'adhérence et l'oblitération de la tunique vaginale, par la fusion de ses deux feuillets. Cette fusion est rare, tandis que les adhérences plus ou moins étendues paraissent être fréquentes, si l'on en juge par ce fait qu'après l'opération le testicule est ordinairement moins libre qu'à l'état normal.

M. MARJOLIN pense que les hydrocèles des enfants sont fréquemment en communication avec la cavité péritonéale, bien que la pression ne puisse refouler le liquide dans cette cavité, circonstance qui tient, dit-il, à l'irrégularité du canal intermédiaire. Ce qui prouve que la communication existe, c'est que les parents assurent que la tumeur est moins volumineuse le matin, ou même a complétement disparu après un séjour prolongé au lit. Chez les enfants, d'ailleurs, les applications d'hydrochlorate d'ammoniaque suffisent ordinairement pour amener la guérison, tandis que, dans un cas où il traversa la tumeur par un séton filiforme, il survint une inflammation suppurative suivie de mort. M. Marjolin conseille donc de s'abstenir de toute opération chirurgicale.

M. TILLAUX s'est servi de la méthode de Monod sans résultat louable chez l'adulte; mais cette méthode paraît lui avoir donné un succès véritable chez un enfant, dont la guérison s'était maintenue quatre mois après l'opération.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Notre très-cher ami et rédacteur en chef M. le docteur Brochin, qui récemment faisait une perte cruelle, vient d'être frappé dans ses plus chères affections. Mme Brochin a été emportée par une mort aussi rapide qu'imprévue, alors que toute sa sollicitude se concentrait sur son fils le docteur Albert Brochin, retenu au lit par une douloureuse maladie.

Les médecins que la villégiature n'avait pas éloignés de Paris se sont empressés de témoigner de leur profonde sympathie pour notre excellent confrère, en venant se serrer autour de lui à Saint-Mandé, où les obsèques ont eu lieu hier jeudi, à une heure.

— *École de médecine d'Alger*. — M. Descampes, docteur ès sciences, pharmacien de 1re classe, suppléant, est nommé professeur d'histoire naturelle et matière médicale en remplacement de M. Marès, démissionnaire.

— *École de médecine de Dijon*.— M. Belin, docteur en médecine, est nommé suppléant, pour une période de six années (chaires de chirurgie et accouchements), en remplacement de M. Crouigneau.

— *École de médecine de Marseille*. — M. Seux, professeur de matière médicale et thérapeutique, est nommé directeur de l'école, en remplacement de M. Coste, décédé.

— A céder une clientèle médicale dans Seine-et-Marne, auprès d'une station de chemin de fer, à une heure et demie de Paris. — Revenu annuel : 7 à 8,000 francs. — Revenu fixe annuel : 650 francs. — S'adresser à M. Crabette, 1, rue Coquillière, Paris.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Dans une note intitulée : *Mémoire sur le protoplasma végétal*, M. Ganeau s'est appliqué à étudier la constitution des matières protéiques, qui sont comme la gangue dans laquelle s'élaborent les éléments organiques des végétaux. A un grossissement de 300 à 400 diamètres, M. Ganeau a constaté que les feuilles naissantes des bourgeons et la plantule dans la graine sont constituées par des granules transparents entourés d'une auréole semblable à une pellicule hyaline, dont ils constituent le noyau. Ces granules, d'abord libres avant le premier mouvement de la végétation printanière ou de la germination, se trouvent, à une époque plus avancée de la végétation, emprisonnés par la matière visqueuse amorphe du protoplasma mobile. Le protoplasma, constitué par les granules et par la matière plastique amorphe, effectue des mouvements analogues à ceux des amibes brachiées diffluentes, et M. Ganeau en attribue la cause à une propriété vitale élémentaire, à la *contractilité*.

Cette opinion, rapprochée de cette autre, que les matières protéiques dont il est question ici sont « de nature animale », a la prétention de faire tomber une des barrières que l'on a établies entre les végétaux et les animaux. Mais, en admettant que les botanistes fassent tomber un à un tous les caractères qui distinguent la vie animale de la vie végétale, il faudra bien qu'ils finissent par nous dire ce qui sépare ces deux formes de vie évidemment si différentes. Les anciens avaient formulé les principes de toutes les sciences. Les modernes, prenant le contre-pied, mettent la sape dans les fondements de l'édifice scientifique, sous le couvert d'une science de détails très-problématique. En science comme en politique, ce sont les procédés révolutionnaires qui dominent en ce moment. En va-t-on plus vite? En est-on plus savant et plus sage? La logique et le bon sens répondent formellement : Non.

Lorsque les botanistes auront défini ce qu'ils entendent par *sensibilité* et *contractibilité*, soit animale, soit végétale, nous pourrons examiner sérieusement leurs assertions; mais, en attendant, nous nous bornons à leur signaler le néant dans lequel ils s'agitent.

— M. Bouillaud présente, au nom de M. Oré, une nouvelle observation d'anesthésie produite par l'injection de chloral dans les veines. Il s'agissait d'enlever une tumeur cancéreuse du testicule gauche. Une solution de chloral au dixième fut injectée dans la saphène interne *sans dénudation préalable*, et avec un trois quart capillaire. L'insensibilité la plus absolue fut obtenue en sept minutes et se maintint depuis neuf heures du matin jusqu'à midi. Le lendemain, toute trace de l'injection avait disparu, et les phénomènes consécutifs à toute opération chirurgicale, ayant été annihilés par le sommeil chloralique, le malade se trouvait dans l'état le plus normal. Dix jours après l'opération, la plaie marche très-bien et le malade n'a fourni aucun symptôme de phlébite et d'hématurie.

M. Bouillaud ajoute que M. le professeur Deneffe, de Gand, lui écrit pour lui annoncer qu'il a obtenu de l'emploi du chloral en injection intraveineuse des résultats non moins heureux, et qu'il a pu, grâce à cet anesthésique, enlever un sein cancéreux dans les meilleures conditions possibles.

HOPITAL TEMPORAIRE. — M. DAMASCHINO.

Un cas de fièvre intermittente pneumonique.

(Conférence clinique recueillie par M. LETULLE, externe du service.)

Au n° 23 de notre salle Saint-Anne est entré, le 21 avril dernier, un homme de vingt-neuf ans, né sur les bords du lac Majeur, mais habitant Paris depuis plusieurs années, et atteint, deux jours auparavant, d'une affection aiguë assez intense pour l'affaiblir brusquement et nécessiter son admission d'urgence à l'hôpital.

Ce garçon, de robuste apparence, aux formes vraiment athlétiques et d'une santé toujours excellente, se présente à nous, le 22 au matin, dans un état d'abattement profond : il garde le décubitus dorsal et répond avec une certaine difficulté aux questions qu'on lui adresse; le visage rouge, les yeux brillants, les pommettes injectées, la peau chaude et brûlante indiquent un état fébrile, intense. Le pouls est, en effet, très-fréquent et fort (96 pulsations par minute) : la température axillaire est de 40°8, chiffre déjà constaté hier au soir à l'entrée du malade. En même temps, la respiration est accélérée, courte, et le mouvement inspiratoire semble comme enchaîné : la parole est lente et semble nécessiter un effort violent du malade.

Interrogé sur la nature de ses souffrances, cet homme accuse surtout une céphalalgie excessive occupant toute l'étendue du

crâne et ne lui laissant pas un seul moment de repos : il existe en outre, à gauche, un violent point de côté, dont l'intensité semble extrême et qui explique la gêne de respiration si évidente. Par moments, on entend quelques secousses de toux, elles-mêmes très-brèves et peu répétées, non suivies d'ailleurs d'une expectoration quelconque.

L'examen du thorax ne fournit aucun signe concordant avec de tels troubles fonctionnels : la sonorité est partout normale, et l'auscultation dénote à peine une certaine rudesse du murmure respiratoire à gauche, vers la partie moyenne de la fosse sous-épineuse. A ce niveau, l'on ne perçoit aucun ronchus, pas plus, du reste, que dans l'étendue des deux poumons : ni bronchophonie, ni exagération des vibrations thoraciques à la hauteur du point suspect.

En présence de ces signes fournis par l'examen du malade, il importait vivement d'être fixé sur l'évolution des symptômes morbides. Or voici ce que l'on apprenait à cet égard par ses réponses assez précises, plus précises même que l'on n'eût pu l'espérer en raison de l'abattement réel des forces.

La santé antérieure a toujours été parfaite, et le début des troubles actuels remonte à l'avant-veille seulement. Le soir, en rentrant du travail, cet homme s'est senti subitement indisposé, et tout aussitôt il s'est déclaré un violent frisson avec claquement des dents, brisement des membres et vive céphalalgie frontale : la chaleur fébrile est survenue bientôt avec une sensation de courbature intense, et simultanément il s'est développé dans le côté gauche un point douloureux, localisé d'emblée au-dessous et un peu en dehors du mamelon : à ce point de côté, se joignait une toux peu fréquente et sèche, pendant laquelle la douleur devenait très-intense; une courbature très-prononcée, avec tendance à l'assoupissement, puis une soif vive, avec dégoût complet pour toute espèce d'alimentation complétaient le tableau morbide.

Comment expliquer une telle symptomatologie et par quel lien peut-on rattacher les diverses manifestations de cette affection suraiguë? L'embarras est vraiment extrême : car s'il est vrai que le point de côté, la toux et la fièvre puissent fort bien s'expliquer par une affection pneumonique, il n'en est pas moins vrai qu'il manque un grand nombre de signes : et tout en admettant la possibilité d'une pneumonie centrale en voie d'évolution, on ne peut se dissimuler que la sécheresse absolue de la toux avec absence complète d'expectoration après quarante-huit heures de maladie s'accommode assez mal d'une semblable hypothèse.

S'agit-il donc d'une simple congestion pulmonaire symptomatique d'une pyrexie commençante? Mais il ne peut être aucunement question d'une fièvre éruptive : la soudaineté du début avec ascension thermique rapide, l'absence de tout catarrhe oculo-nasal excluent d'emblée la rougeole; la scarlatine n'est point admissible en raison de l'état normal du pharynx et du manque total de troubles gastro-intestinaux; on ne peut certes soupçonner une variole.

Doit-on songer à une fièvre continue, une dothiénentérie? Mais le début subit avec frisson intense, la chaleur excessive d'emblée, l'absence d'épistaxis, de douleur et de gargouillement dans la fosse iliaque droite, font encore rejeter ce diagnostic, et d'ailleurs ce n'est pas après deux jours, mais bien au commencement de la seconde semaine que l'on voit se développer les manifestations broncho-pulmonaires de la fièvre typhoïde.

Une dernière hypothèse reste alors : une fièvre gastrique avec un point de congestion pulmonaire. La très-haute température, il est vrai, ne s'accorde pas tout à fait avec ce diagnostic ; mais c'est néanmoins celui qui rend le meilleur compte de quelques-uns des phénomènes observés : état saburral de la langue, dégoût des aliments sans vomissements, soif vive; et aussi faible importance des signes stéthoscopiques. De plus, il existe un symptôme que nous n'avons pas encore signalé, c'est une éruption de taches bleues disséminées sur la paroi abdominale, sur la face antérieure des cuisses et la région dorso-lombaire, qui concorde bien avec ce diagnostic.

Tout en faisant des réserves sur la possibilité d'une pneumonie centrale, nous dûmes donc poser le diagnostic : fièvre gastrique avec congestion pulmonaire. En conséquence un vomitif (ipéca et tartre stibié) fut prescrit, et le malade fut soumis à une observation attentive.

Le soir même, une amélioration notable se produit : le pouls tombe à 80 pulsations, et la température s'abaisse rapidement à 38°5.

Le lendemain matin (23 avril), un changement complet s'est opéré : le faciès est souriant, l'état général satisfaisant (on trouve le malade assis sur son lit); la fièvre a totalement cessé : peau fraîche et humide, pouls ralenti à 64, et température axillaire ne dépassant pas 36°9. En même temps la céphalalgie est moins forte et la douleur thoracique notablement amendée. Toutefois on perçoit encore au même point une certaine rudesse du murmure vésiculaire, sans aucun râle et sans bronchophonie; absence complète d'expectoration.

En présence d'une évolution semblable, l'idée d'une pneumonie doit forcément être abandonnée, et l'on ne peut guère méconnaître une simple congestion pulmonaire liée très-probablement à la fièvre gastrique. Une faible dose de teinture de digitale constitue tout le traitement.

L'amélioration persiste toute la journée, et le soir même le thermomètre s'arrête encore à 37 degrés. Mais le lendemain (24 avril), on est tout surpris de voir se reproduire des symptômes identiques avec ceux de l'avant-veille. La fièvre a reparu dans la nuit, et, avec elle, l'abattement extrême, la dyspnée et le point de côté sont redevenus intenses : la toux a repris la fréquence première.

Les signes physiques se présentent maintenant avec une plus grande netteté : dans la fosse sous-épineuse, la respiration n'est plus seulement rude, le murmure expiratoire est véritablement soufflant et, en même temps, dans une zone périphérique assez limitée, on perçoit quelques râles fins à bulles assez égales et sèches, mais se faisant entendre aux deux temps de la respiration, quoique plus faciles à constater pendant l'inspiration. Les secousses de toux augmentent la netteté de ce symptôme.

Le retour subit de ces phénomènes, si rapidement et si complétement amendés la veille, l'intensité extrême de la fièvre (40°7), observée ce matin, cette évolution si franchement intermittente sont de nature à éveiller quelques soupçons sur la nature du mal. Il devient donc nécessaire de rechercher si le malade n'est point atteint d'une affection paludéenne à forme thoracique : examiné sous ce point de vue, il affirme n'avoir jamais eu de fièvre d'accès, et assure qu'il n'en existe point dans son pays natal ; mais la rate, examinée de nouveau, est cependant plus volumineuse qu'à l'état normal, et ce symptôme, constaté en l'absence d'une fièvre typhoïde possible, est de nature à confirmer le diagnostic d'une affection paludéenne. Nous prescrivons en conséqnence 75 centigrammes de sulfate de quinine à prendre en trois fois, à deux heures d'intervalle.

Le jour suivant, l'état du malade est à peu près le même, sauf une très-légère diminution de température (39°5); mais

nous apprenons que, par suite d'une erreur regrettable, le sel quinique prescrit le matin n'a pas été administré.

L'état général et les signes locaux sont à peu près les mêmes qu'hier : la toux persiste, et le malade a, pour la première fois, expectoré un crachat visqueux d'un jaune sucre d'orge, adhérent au vase ; en même temps on entend dans la fosse sous-épineuse une bouffée de râles crépitants fins. La rate est évidemment grosse (sulfate de quinine, 75 centigrammes en trois paquets).

Le lendemain matin (26 avril), le malade est dans une situation complétement différente : la fièvre a tout à fait cessé, la peau est fraîche et très-humide; le chiffre des pulsations est de 70, et le thermomètre s'arrête à 36°3, alors que la veille au soir il montait à 40°4 (écart de 4 degrés !). La respiration est tout à fait calme ; le point de côté a disparu ainsi que la toux : le malade a encore rendu cette nuit un crachat jaunâtre, visqueux, strié de quelques filets de sang. Le volume de la rate est toujours considérable (hauteur : 12 centimètres environ).

Malgré l'amélioration extrême et la modification de tous les symptômes, le malade est encore soumis au sulfate de quinine, dont il prend 1 gramme et demi en vingt-quatre heures ce même jour et 50 centigrammes le jour suivant. Dès lors, la fièvre ne reparaît plus, et l'auscultation fait percevoir un murmure respiratoire complétement normal, en même temps que cessent tout à fait le point de côté et la toux.

La guérison est complète : on constate seulement pendant plusieurs jours un singulier et persistant abaissement de température (jusqu'à 35°8), en même temps que le pouls se ralentit jusqu'à battre quarante-quatre fois par minute. Cette réelle algidité s'atténue graduellement et cesse bientôt sous l'influence d'excitants diffusibles et d'une alimentation réparatrice. A sa sortie (6 mai) le malade était dans une situation de santé parfaite, en même temps que la rate avait repris des dimensions presque normales. — Le tableau suivant permet d'ailleurs de se rendre un compte plus exact des variations thermométriques :

DATES.	MATIN.	SOIR.
21 avril (2e jour) . . .	. . .	40°8
22 — . . .	40°8	38°5
23 — . . .	36°9	37°
24 — . . .	40°7	40°
25 — . . .	39°5	40°4
26 — . . .	36°3	36°3
27 — . . .	35°8	36°4
28 — . . .	35°8	36°4
29 — . . .	36°	36°5
30 — . . .	36°6	36°4
1er mai. . . .	36°5	36°8
2 — . . .	36°2	. . .
3 — . . .	36°6	. . .
4 — . . .	37°	. . .

Il n'est certes pas nécessaire de revenir sur le diagnostic dont les éléments ont été exposés plus haut, et dont l'exactitude ne saurait être mise en doute.

L'évolution si caractéristique de la maladie ne permet guère d'hésiter sur l'interprétation des symptômes observés : il s'agit bien évidemment d'une de ces fièvres intermittentes pneumoniques identiques avec celles que l'on observe de temps à autre dans les pays à fièvres paludéennes. Concurremment avec le développement des accès fébriles, apparition et disparition presque complète des signes physiques, ces derniers persistant toutefois un jour encore après la cessation de la fièvre : tel est, en effet, le caractère essentiel de ces pneumonies, dites intermittentes.

Le type de la fièvre varie beaucoup dans ces singulières manifestations de l'impaludisme. Tantôt et le plus souvent, les accès se montrent tous les deux jours, tantôt tous les jours, et même l'on peut observer deux accès dans une même journée. Chez notre malade, la fièvre s'est montrée deux jours de suite, a cessé le troisième, puis a reparu deux jours encore. C'est donc une fièvre quarte à type double, fièvre rarement observée, surtout dans cette forme pneumonique et dans notre climat.

Une autre phénomène, également bien important et caractéristique et qui n'a point fait défaut chez notre malade, c'est la chute brusque de la chaleur fébrile : nous avons même constaté, surtout après le dernier accès, un abaissement prolongé de la température.

Une dernière remarque doit être faite sur ce cas intéressant : il s'agit des taches ombrées que nous avons constatées pendant plusieurs jours et qui existaient dès le début de l'affection. Il n'est certes pas besoin d'insister sur ce fait qu'elles ne sont pas caractéristiques d'une pyrexie quelconque. Nous devons toutefois rappeler qu'elles ont été signalées dans le cours des maladies paludéennes ; mais il faut remarquer que chez notre malade, il existait un état gastrique très-prononcé, et c'est en définitive une circonstance (et la seule) qui ne fait jamais défaut, toutes les fois que l'on rencontre cette singulière éruption.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Dubuc.

Du phimosis consécutif à l'herpès du prépuce chez les diabétiques.

En septembre 1873, je donnais, conjointement avec le docteur Félix Guyon, des soins à un malade atteint d'une grave affection des voies urinaires, lorsqu'un jour son frère, arrivé depuis peu d'Alger, sa résidence habituelle, me demanda mon avis à propos d'une incommodité dont il venait d'être atteint tout récemment.

C'était, pour le dire en passant, un homme de cinquante-cinq ans, robuste, bien coloré, ayant toujours joui d'une santé satisfaisante.

Il se plaignait à moi d'un phimosis complet, qui s'était produit dans les circonstances suivantes :

A la fin de juillet 1873, il lui était survenu, sans cause connue, sur la face muqueuse du prépuce, une éruption ulcéreuse, qui n'avait disparu qu'après un certain temps et avec difficulté, malgré les soins de son médecin d'Alger, dont le diagnostic avait été : herpès ulcéré.

Il était guéri de ses ulcérations lorsqu'il s'adressa à moi, mais il lui était resté, comme conséquence, une impossibilité absolue de ramener le prépuce en arrière du gland, chose qui, pourtant, n'avait jamais souffert de difficulté jusqu'à cette époque de sa vie. On constatait que l'orifice préputial était devenu étroit, serré, cicatriciel, et qu'il ne laissait apercevoir qu'une très-petite portion de la surface du gland; il aurait fallu pratiquer le débridement pour permettre l'issue de cet organe.

J'avais déjà eu l'occasion de voir deux ou trois fois des malades âgés de quarante à soixante ans, chez lesquels il était ainsi survenu un phimosis à la suite d'une affection qu'ils disaient avoir été de l'herpès.

Ces faits ne m'avaient pas autrement frappé sur le moment; mais en y réfléchissant, après coup, je m'étais dit, ou bien qu'il y avait une erreur de diagnostic, ou bien que l'herpès, cette affection si légère d'ordinaire, n'avait pu produire un retrait cicatriciel de l'orifice du prépuce, ce qui suppose des ulcérations profondes, qu'à la condition d'être dominée par une maladie générale, comme le diabète. Je m'étais donc promis, lorsqu'un cas pareil se présenterait de nouveau à mon observation, de rechercher si le sujet ne serait pas diabétique.

J'interrogeai mon malade dans ce sens; j'appris de lui que, depuis trois ans environ, il éprouvait une soif plus marquée qu'auparavant; que, quoique doué d'un embonpoint encore notable, il avait cepen-

dant maigri, que ses forces avaient sensiblement diminué; il me dit, enfin, que, la nuit principalement, il urinait souvent et qu'il avait déjà consulté plusieurs médecins pour tâcher de trouver un remède à cet inconvénient.

La quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures était d'environ deux litres.

Je procédai à la recherche du sucre à l'aide du réactif de Fehling; il se produisit dans le mélange de réactif et d'urine un abondant précipité d'oxydule rouge de cuivre. L'urine renfermait donc du sucre; désirant savoir dans quelle proportion, j'en fis envoyer un échantillon à M. Méhu, pharmacien en chef de Necker, qui constata l'existence de 25gr5 de glycose par litre.

Dès lors, l'espèce de malignité qu'avait affectée l'herpès chez le malade, et le phimosis qui en était résulté s'expliquaient sans difficulté et devaient être rattachés au diabète.

J'avais été, pour ma part, conduit au diagnostic de la maladie générale, jusque là méconnue, par les caractères insolites de l'affection locale.

Je m'abstins, en présence de cette constatation, de proposer une opération contre le phimosis; je me contentai de conseiller au malade des soins de propreté, et je le soumis à un régime propre à combattre le diabète.

J'ai fait quelques recherches pour savoir si l'on avait signalé des cas de phimosis se rattachant d'une façon aussi directe à l'existence du diabète; j'ai consulté, entre autres, le savant article *Diabète*, par M. Jaccoud, du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*; je n'y ai trouvé aucune allusion à des faits analogues; le docteur F. Guyon, auquel j'ai demandé, sur le moment, s'il en connaissait, m'a répondu que non et qu'il n'avait pas souvenir qu'on en eût encore publié.

Tout dernièrement, en lisant, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 3 février 1874, le compte rendu de la séance du 26 juin 1873 de la Société de médecine de Paris, j'ai vu que notre collègue M. Reliquet, à propos d'une communication du docteur Aimé Martin, relative aux végétations, avait annoncé en quelques mots qu'il avait observé plusieurs faits de phimosis consécutifs à l'herpès des diabétiques; c'est la seule communication que je connaisse ayant trait à ce sujet.

J'ai pensé qu'il était utile d'appeler d'une façon particulière l'attention des médecins et surtout des chirurgiens sur cette particularité encore peu connue; il y a là plus qu'un intérêt de simple constatation; on sait, en effet, combien il faut être sobre chez les diabétiques d'opérations, même en apparence inoffensives, sous peine de voir survenir des accidents phlegmoneux plus ou moins graves.

Je crois donc que, dans des cas analogues à celui qui fait le sujet de cette note, il sera utile de rechercher si le malade n'est pas diabétique, et qu'on devra, si le résultat de l'examen est affirmatif, n'intervenir chirurgicalement contre le phimosis qu'après avoir fait disparaître ou tout au moins cherché à atténuer le plus possible les symptômes du diabète.

THÉRAPEUTIQUE

Du bromure de camphre. — Propriétés physiologiques et thérapeutiques.

Le *bromure de camphre* ou, pour employer l'expression de MM. Maisch et W. A. Hammond, le *monobromure de camphre*, le camphre monobromé de M. Wurtz (1), est un produit de substitution dans lequel un équivalent d'hydrogène du camphre est remplacé par un équivalent de brome, de telle sorte que ce composé nouveau est très-riche en brome, puisqu'il en contient un peu plus du tiers de son poids. C'est un corps parfaitement défini, se présentant, lorsqu'il est bien préparé (2), et par conséquent pur, sous l'aspect d'une substance blanche, à reflets satinés, cristallisant en prismes allongés et quelquefois assez volumineux. Souvent ces aiguilles prismatiques, se réunissant par leurs bases, constituent des aigrettes bien fournies et extrêmement belles. L'odeur du monobromure de camphre, que nous désignerons, pour plus de simplicité, sous le nom de *bromure de camphre*, est assez pénétrante et rappelle celle du camphre mélangée d'une odeur de bois moisi.

(1) *Dictionnaire de chimie pure et appliquée*, p. 723.

(2) Celui qui a servi aux recherches françaises a été préparé par MM. Clin et R. D. Silva.

Action physiologique du bromure de camphre.

Les premières recherches entreprises à ce point de vue sont, à notre connaissance, celles de M. le docteur Bourneville. Elles ont été communiquées le 13 juin à la *Société de Biologie*. Cet expérimentateur s'est servi de cochons d'Inde, de lapins et de chats. Les résultats qu'il a observés l'ont conduit à assigner à ce nouveau médicament les propriétés physiologiques suivantes :

1° Le bromure de camphre *diminue le nombre des battements du cœur* et détermine une contraction des vaisseaux auriculaires (cobayes et chats);

2° *Il diminue le nombre des inspirations;*

3° *Il abaisse la température d'une façon régulière;* dans les cas mortels, cet abaissement augmente jusqu'à la fin; dans ceux qui guérissent, on voit succéder à l'abaissement une élévation de la température qui revient à son chiffre initial, mais en un temps plus long que celui durant lequel l'abaissement s'est opéré;

4° Le bromure de camphre *possède des propriétés hypnotiques incontestables; il paraît agir principalement sur le système cérébral;*

5° *Il ne paraît pas y avoir accoutumance* à ce médicament, et *son usage prolongé détermine, au moins chez les cochons d'Inde et les chats, un amaigrissement assez rapide.*

Telles sont les conclusions physiologiques auxquelles est arrivé l'auteur français. Se basant sur elles, il a pu, dès lors, en déduire les propriétés thérapeutiques du bromure de camphre. Cet agent se trouve indiqué toutes les fois qu'il y a à produire une sédation énergique sur le système circulatoire, et surtout sur le système nerveux cérébro-spinal. C'est un *antispasmodique* des plus nettement définis (1).

Effets thérapeutiques du bromure de camphre.

M. Deneffe (de Gand) est le premier, croyons-nous, qui ait employé, en thérapeutique, un composé de camphre et de brome. Il fait le plus grand éloge de ce médicament à propos d'un cas de *delirium tremens* chez un homme de trente-huit ans. Le délire s'accompagnait de tremblement, d'excitation, d'insomnie, d'hallucinations de la vue, etc. La maladie s'améliore rapidement et la guérison obtenue se maintint parfaitement. M. W. A. Hammond (de New-York) vint après lui : le monobromure de camphre qu'il employa a été préparé par M. le professeur Maisch, du Collége de pharmacie de Philadelphie, qui, « triomphant des plus grandes difficultés de préparation réussit à obtenir le médicament sous forme de beaux cristaux libres de la plus légère teinte jaune. » M. Hammond cite des observations de guérison dans les *convulsions des enfants*, dans l'*hystérie invétérée* avec attaques durant de cinq à douze jours, dans la *céphalalgie* consécutive à une excitation mentale ou à une étude excessive.

Viennent maintenant les essais thérapeutiques entrepris en France.

C'est à l'École de la Salpêtrière, dans le service de M. le professeur Charcot et sous sa direction, que M. le docteur Bourneville a poursuivi ses expériences thérapeutiques. Elles ont été faites, ainsi que toutes celles qui ont eu lieu jusqu'à ce jour, dans les hôpitaux de Paris, avec les *Dragées au bromure de camphre du Docteur Clin.*

Nous avons dit plus haut que ce médicament avait une odeur spéciale et une saveur peu agréable : nous ajouterons qu'il est insoluble dans l'eau et qu'il s'altère à l'air; c'était donc la forme la plus favorable pour l'administrer.

Chaque dragée contient très-exactement *dix centigrammes* de *bromure de camphre* enrobé dans une couche mince de sucre, qui assure la conservation du médicament, en masque l'odeur et la saveur, et permet de l'avaler avec facilité. Ces dragées se désagrégent très-rapidement dans l'estomac.

Nous n'avons pas, dans un aperçu aussi restreint, à relater *in*

(1) Voyez Rabuteau, *Éléments de thérapeutique et de pharmacologie*, 2e édition, p. 580.

extenso les observations qu'on a bien voulu nous communiquer, d'autant plus que leurs auteurs se proposent de les publier eux-mêmes. Nous nous bornerons donc à peu près à résumer les faits déjà publiés (1).

Chez une femme de soixante-deux ans, atteinte d'affection cardiaque avec *insomnie*, 20 centigrammes seulement (deux dragées) ont suffi.

Chez une femme de quarante-six ans, atteinte d'ataxie locomotrice progressive avec *insomnie* alternant avec un sommeil agité par des cauchemars, il a fallu aller à 80 centigrammes (huit dragées) pour obtenir une amélioration très-sensible.

Une femme de soixante-quatre ans, choréique depuis l'âge de quarante ans, ne pouvait plus marcher depuis un an; mouvements incessants et très-violents, qui la font tomber de son lit; pas de sommeil. Dans ce cas invétéré, considéré comme incurable, on a dû porter la dose à 1gr20 (douze dragées). Sommeil plus calme; la malade ne tombe plus de son lit, elle peut marcher un peu et reste souvent quinze à vingt minutes sans mouvements choréiques.

Trois femmes du service du professeur Charcot, atteintes de paralysie agitante, ont pris des dragées de bromure de camphre.

Agées de cinquante, soixante et soixante-sept ans, elles étaient considérées comme incurables; elles ont pris de vingt centigrammes à 1 gramme, soit de deux à dix dragées par jour à dose progressive : l'amélioration a été complète, comme on peut le voir par les observations.

Certes, par les exemples qu'il rapporte, le docteur Bourneville ne semble pas chercher à mettre les chances les plus favorables du côté du bromure de camphre; ce sont là, au contraire, les conditions les moins avantageuses qu'on puisse trouver. Il est vrai que le milieu dans lequel il a fait ses expérimentations n'est pas toujours propice à la réussite complète, puisque c'est le refuge des malheureuses malades réputées complétement incurables. On est heureux de trouver un expérimentateur qui ait le courage de citer de semblables exemples lorsqu'il expérimente un médicament nouveau. D'ailleurs, si dans un terrain aussi mauvais, avec des cas aussi invétérés, le bromure de camphre a produit des améliorations, à plus forte raison doit-il agir dans les circonstances meilleures, dans les affections plus récentes. C'est, en effet, ce qui a lieu. Voici à l'appui quelques observations.

A l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Claire, une malade de vingt-quatre ans, prise de *chorée* du bras gauche dans le cours d'un rhumatisme subaigu a été guérie en cinq jours : dose 60 centigrammes par jour (six dragées).

Dans le même hôpital, même salle, une femme de vingt-deux ans, atteinte de *chorée hystérique* intense, avec vomissements hystériques fut rapidement guérie avec 40 puis 60 centigrammes par jour (quatre puis six dragées).

A l'hôpital Necker, salle Sainte-Anne, une jeune femme atteinte d'induration avec insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, présenta dès le premier jour de l'administration de la digitaline des symptômes d'empoisonnement, on dut la cesser et le bromure de camphre fut essayé comme succédané; les battements du cœur diminuèrent de nombre et furent régularisés. On suspendit la médication et quinze jours après l'amélioration obtenue durait encore.

Un homme du même service, salle Saint-Louis, dans les mêmes conditions, éprouve le même soulagement.

Dans le même hôpital, salle Sainte-Thérèse, une jeune femme atteinte d'*incontinence nocturne d'urine*, avait pris pendant quinze jours du bromure de potassium sans amélioration; les dragées au *bromure de camphre* à quatre par jour, firent cesser cette affection pénible, au moins pour le moment, la malade est encore dans le service.

Un des internes distingués des hôpitaux en fit prendre à sa mère qui était tourmentée par une *toux nerveuse* lui retirant tout sommeil. Deux dragées matin et soir ont fait céder les accidents en peu de jours.

(1) Voyez pour les six observations suivantes le *Progrès médical*, n° 31, 1er août 1874.

A l'hôpital Cochin, salle Saint-Philippe, une femme âgée d'environ quarante ans, vit une *paralysie agitante*, considérablement diminuée avec quatre dragées par jour.

En ville, un cas de *nymphomanie* chez une jeune veuve et un cas de *priapisme* chez un homme, cessèrent après l'administration de dragées au bromure de camphre.

Il est bien évident qu'aujourd'hui nos connaissances sur l'action physiologique du bromure de camphre et sur ses effets thérapeutiques sont encore imparfaites, mais il n'en est pas moins évident que, dès maintenant, ce médicament a donné des résultats incontestables et parfaitement observés dans bon nombre de services des hôpitaux. Les recherches sur le bromure de camphre vont s'en doute se multiplier (1), et de nouveaux faits viendront s'ajouter à ceux que nous possédons déjà; mais, dès aujourd'hui, on peut affirmer que le bromure de camphre est un corps défini, ayant une cristallisation, une odeur et une saveur spéciales, et qu'il constitue un agent énergique comme sédatif du système nerveux et du système circulatoire, agissant comme hypnotique et comme régulateur de l'innervation.

Il serait prématuré, quant à présent, de spécifier la *dose* exacte à laquelle on doit administrer le bromure de camphre : dans la plupart des cas ordinaires, on en a donné, chez des adultes, de 20 centigrammes à 1gr, soit de deux à dix dragées en deux ou trois fois le matin et le soir avant le repas, ou au commencement du repas; enfin le soir, au moment du coucher. La dose naturellement varie avec la nature de l'affection et les indications particulières : c'est au médecin à indiquer la marche à suivre dans l'administration du médicament.

Dans ce court aperçu sur le bromure de camphre, nous avons eu principalement pour but d'attirer l'attention de nos lecteurs sur ce produit nouveau en France, et de leur faire connaître au moins sommairement les résultats qu'il a donnés jusqu'à ce jour.

Nous nous proposons de continuer cette étude et, pendant quelque temps, de leur signaler au fur et à mesure qu'ils paraîtront, les travaux récents sur le bromure de camphre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 mars 1874. — Présidence de M. PETER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Moncorvo, de Figuereido, qui remercie la société de l'avoir nommé membre correspondant;

2° Une brochure de M. Manouvriez, intitulée : *Recherches cliniques sur l'intoxication saturnine;*

3° Un rapport de M. Collineau sur un mémoire de MM. Bourneville et Voulet, intitulé : *De la contracture hystérique.*

M. DE SAINT-GERMAIN. J'ai reçu de M. le docteur Desprez, de Saint-Quentin, une lettre et une brochure, d'où il résulte que, dès l'année 1862, ce confrère avait proposé de remplacer la trachéotomie par la ponction à l'aide d'un bistouri, de la membrane cricothyroïdienne, et d'introduire ensuite dans la voie ainsi formée un dilatateur laryngien, au moyen duquel on ne fait qu'une dilatation temporaire. Dans une note antérieure, M. Desprez propose un nouveau dilatateur, construit sur les mêmes principes que le spéculum utérin de Cusco. Les avantages de cette méthode seraient, d'après l'auteur, d'éviter l'hémorrhagie, ainsi que les bronchites et les pneumonies consécutives.

M. de Saint-Germain présente le larynx de l'enfant atteint de croup, dont il a communiqué l'observation dans la précédente séance. Cet enfant, à qui il a fait la laryngotomie d'après son nouveau procédé, a succombé au bout de cinq jours.

(1) Outre les publications déjà mentionnées, nous citerons encore : *Physiological and therapeutical Researches on the monobromide of camphor.* (*The Practitioner*, august 1874.)

On peut voir, sur la pièce présentée, qu'il n'y a d'escarres ni sur les parties latérales, ni sur les parties profondes, qui n'ont pas été atteintes. Il pénétrait par l'orifice une sonde n° 0.

M. PETER. Un des accidents de la trachéotomie, c'est le décollement des parties molles, d'où emphysème et formation de clapier purulent. Le procédé de M. de Saint-Germain met à l'abri de semblables accidents. En outre, l'absence d'hémorrhagie facilite le manuel opératoire.

LECTURE

M. ABADIE lit la note suivante :

Examen ophthalmoscopique du fond de l'œil comme signe de la mort réelle. (Voir le numéro du 7 mars 1874.)

PRÉSENTATION

M. RELIQUET montre des sympexions de sperme, recueillies dans les circonstances suivantes: chez un malade qui se plaignait d'éprouver, dans la région vésicale, des contractions douloureuses et des douleurs assez vives dans les rapports sexuels, je fis, dit M. Reliquet, une exploration de la vessie, en introduisant le brise-pierre forateur. Après la sortie de l'instrument, le malade fut pris de spasmes, d'envies d'uriner, et il rendit ces petits corps blancs que je présente. Je crus d'abord à un polype avec granulations, mais ne trouvant pas d'enveloppes, je les montrai à M. Robin, qui, à première vue, ne sut pas de quoi il s'agissait. En les examinant au microscope après les avoir soumis à l'acide acétique, il fut immédiatement frappé de la quantité énorme de spermatozoïdes, qui devinrent apparents. C'était là ce que M. Robin avait décrit sous le nom de sympexions spermatiques.

A la suite de l'exploration, le malade alla beaucoup mieux, et aujourd'hui il ne souffre plus du tout. Par le toucher rectal, j'avais trouvé la vésicule séminale gauche indurée.

M. DUROZIEZ demande si ces productions sont régulières ou non.

M. RELIQUET. Elles sont tout à fait irrégulières. On ne rencontre pas habituellement de corps aussi volumineux, indépendants et d'aspect mat.

M. DUBUC. Les voies génitales étaient-elles intactes dans les cas signalés par M. Robin?

M. RELIQUET. Généralement oui. C'est une forme de concrétions non calcaires qui peuvent se rencontrer sans qu'il y ait de maladie de l'appareil génito-urinaire.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES STATIONS MÉDITERRANÉENNES DANS LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE.

M. CHARRIER demande à M. Gillebert d'Hercourt fils à quelle station il faudrait, selon lui, envoyer un phthisique non scrofuleux et présentant un léger état aigu.

M. GILLEBERT D'HERCOURT fils. Je garde ces malades à Paris.

M. CHARRIER. Mais si l'on était obligé, par les circonstances, de les envoyer dans le Midi, conseilleriez-vous Alger?

M. GILLEBERT D'HERCOURT fils. J'ai observé des phthisies qui demeuraient stationnaires sous le climat d'Alger, mais d'autres s'y sont aggravées.

M. ANTONIN MARTIN. A Alger, le climat est loin d'être uniforme, il y a fréquemment des changements brusques de température, et la phthisie galopante y est plus commune qu'en France. Certains malades ne devraient jamais y être envoyés. Somme toute, Menton, Cannes, ou le Puget, près de Cuerre, sont préférables.

M. LUNIER. En Algérie, il y a, en effet, des différences de température considérables. Le thermomètre peut baisser à — 4 degrés pendant la nuit, pour remonter à 46 degrés pendant le jour, ce qui fait une différence de 50 degrés.

Mais à Alger, il n'en est pas ainsi; les différences ne sont jamais de plus de 20 degrés. Montpellier ressemble un peu à Alger. Les vents qui y règnent en février rendent à ce moment cette ville inhabitable aux gens malades. Les Algériens supportent aussi assez mal notre climat que nous le leur, et les aliénés algériens que l'on envoie en France meurent presque tous phthisiques.

M. GILLEBERT D'HERCOURT père. Bien des phthisies deviennent galopantes à Alger, et un petit nombre seulement paraissent y subir un temps d'arrêt.

Le Puget, dans le Var, offre d'excellentes conditions, car il se trouve très-avant dans les terres, et séparé de la mer par des terrains boisés; or ce qui est mauvais, c'est l'influence de l'air marin.

M. DE RANSE. Arcachon présente un caractère mixte; il y a une zone marine et une zone sylvestre ; cette dernière, protégée par des dunes, et les forêts font que l'air de la mer n'a pas grande influence. Les conditions purement locales ont une grande importance, mais elles sont susceptibles d'être modifiées. A Arcachon, par exemple, avant le boisement des dunes, il y avait des marais, d'où la pellagre et la fièvre intermittente, qui ont disparu aujourd'hui. Mais, en revanche, on y trouve des phthisiques que l'on n'y trouvait pas autrefois.

M. LUNIER. Il y a des conditions complexes dont il faut tenir compte. Des stations excellentes à un moment de l'année, sont mauvaises dans d'autres.

Montpellier, excellent en décembre et janvier, est mauvais en février; de même Alger. Les observations météorologiques bien faites peuvent seules éclairer ce côté de la question.

M. CHARRIER. En résumé, dans quelle station du Midi doit-on envoyer un phthisique?

M. GILLEBERT D'HERCOURT père. En général, dans les stations continentales, ou celles qui sont suffisamment éloignées du bord de la mer. Je citerai Pau, le Cannet, Amélie-les-Bains, etc.

M. LE PRÉSIDENT renvoie la discussion à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr LOLLIOT.

Séance du 28 mars 1874. — Présidence de M. PETER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. CHARRIER, secrétaire général, lit la note suivante au nom de M. Perrin, empêché.

Rapport sur l'honorariat, en faveur du docteur Aubert-Roche, membre titulaire de la société. — Messieurs, M. le docteur Aubert-Roche qui, pour des raisons impérieuses de santé, se propose de vivre à la campagne, a adressé à la société sa démission de membre titulaire. Par un sentiment de modestie que vous apprécierez, notre collègue n'a pas cru devoir demander l'honorariat. Sans doute, il a pensé que son éloignement, depuis longues années de nos séances, ne lui donnait pas droit à l'obtention d'une pareille distinction.

Si votre rapporteur rappelle ici que M. le docteur Aubert-Roche est membre de notre société depuis 1845, c'est-à-dire depuis bientôt trente ans, qu'il est venu parmi nous sous les auspices de son vénérable beau-père, le docteur Roche, l'un de nos plus anciens membres honoraires ; que la période la plus laborieuse de sa vie médicale s'est passée en Égypte, où comme médecin en chef, il avait été chargé d'organiser le service médical de la compagnie du canal de Suez, on comprend dès lors comment notre honorable collègue n'a pas pu prendre une part réellement active à nos travaux. Les devoirs qui le tenaient éloigné de nous, et loin de son pays, étaient bien autrement importants. Nous savons tous que, lors des travaux gigantesques entrepris pour l'ouverture du canal de Suez, travaux qui ont duré plusieurs années, il a su, aidé de médecins actifs et dévoués comme lui, sauvegarder miraculeusement, pour ainsi dire, la santé de milliers de fellahs et de travailleurs européens, et maintenir parmi eux le chiffre des maladies et de la mortalité à un degré de bénignité inconnu dans notre propre pays.

N'est-ce pas, messieurs, d'ailleurs un véritable honneur pour la société que ce soit un des nôtres qui ait été chargé de la partie médicale et hygiénique de l'entreprise la plus colossale de notre époque, et ait ainsi trouvé l'heureuse chance d'apporter son contingent de science et de dévouement dans une œuvre qui marquera, à l'égal de

la découverte de l'imprimerie ou de la vapeur, une des plus grandes étapes du progrès dans l'histoire de l'humanité. Aussi venons-nous vous proposer d'accorder à M. le docteur Aubert-Roche le titre de membre honoraire et ainsi de conserver parmi nous un membre digne à tous égards de vos précieux suffrages.

COMMUNICATION

M. RELIQUET. En présentant à la société un spécimen très-remarquable de sympexions spermatiques, j'avais été frappé d'un fait, en somme rare, que je me propose de compléter plus tard dans un travail sur la question. Qu'il me suffise, pour aujourd'hui, de dire que le malade qui fait le sujet de l'observation va bien, qu'il n'éprouve plus aucune douleur, et que la vésicule séminale, complétement revenue à l'état normal, ne présente plus le caractère de plénitude qu'elle présentait avant l'expulsion des sympexions de sperme.

M. PERRIN, à l'occasion du procès-verbal et, en particulier, de la communication faite par notre collègue, M. Reliquet, relative à de petits corps arrondis observés en grand nombre dans la matière séminale de l'un de ses malades, rappelle que ces petites concrétions ont été décrites, en 1850, par Demeaux, ancien aide d'anatomie de la Faculté, dans une *Note* publiée, à cette époque, dans la *Gazette des Hôpitaux* (1). Selon cet observateur, cette altération du sperme, non signalée jusqu'à lui, serait assez fréquente. Elle offrirait cela de précieux qu'elle peut être constatée avec la plus grande facilité à l'œil nu, et sans le secours d'aucun instrument d'optique ni d'aucun réactif chimique. M. Perrin ajoute que, l'année suivante, il a publié dans le même journal (*Gazette des Hôpit.* Ann. 1851, p. 82) une observation confirmative de celles de Demeaux. Il n'est pas parfaitement convaincu, d'ailleurs, que ces concrétions, auxquelles on a donné depuis l'affreux nom de *sympexions*, n'aient été déjà signalées avant Demeaux lui-même, et notamment par Lallemand, dans son beau livre sur les pertes séminales involontaires. Ainsi, en parlant de l'écoulement spermatique qui a lieu chez les malades au moment des garde-robes, ou quand ils viennent d'uriner, voici ce qu'il dit :

« Lorsqu'ils ont uriné, on voit rouler au fond du vase de petites granulations de volume variable, demi-transparentes, irrégulièrement sphériques, assez semblables à des grains de semoule... »

Quelle est, en somme, la valeur clinique de ce mode d'altération de la matière séminale? Peut-elle être chez l'homme une cause d'infécondité ? Telle est la question que Demeaux s'est posée tout le premier, et qu'il paraît, d'après ses observations, disposé à trancher, dans un sens affirmatif. Il est, en tout cas, porté à admettre que le produit d'une fécondation opérée dans de pareilles conditions doit être peu apte à se développer convenablement, soit pendant la grossesse, soit après la naissance. Il reste, on le voit, sur cet intéressant sujet, un vaste champ ouvert à l'observation, avant de pouvoir conclure solidement.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

A M. le docteur Le Sourd, directeur de la GAZETTE DES HOPITAUX.

Meudon, 25 août 1874.

Monsieur le directeur,

Je viens vous prier d'insérer dans la *Gazette des Hôpitaux* les lignes suivantes, si vous les jugez dignes de l'intérêt de vos lecteurs.

En 1842, MM. G. Simon et Heule découvraient simultanément, le premier dans le nez, le second dans le conduit auditif externe un parasite singulier qui vit généralement en petites sociétés dans les conduits des glandes sébacées, nous voulons parler du *demodex,* ou *acarus des follicules.* C'est une arachnide dégradée, à forme helminthoïde. Cet animalcule est très-commun, puisque M. Gruby assure l'avoir rencontré quarante fois sur soixante personnes.

(1) Note sur une altération particulière de la matière séminale ; présence, dans cette matière, de petits grumeaux albumineux d'une forme régulière. (*Gazette des Hôpit.*, 1850, p. 489.)

Cet auteur a décrit, en 1845, une maladie produite par l'inoculation de l'acarus sur un chien ; l'animal perdit ses poils, sa peau s'enflamma et se couvrit de croûtes d'exsudation purulente, en même temps que ses forces s'affaiblissaient considérablement.

Depuis lors, il y eut un scepticisme presque universel à l'égard des effets nuisibles déterminés sur la peau par l'arachnoïde en question. Ainsi, par exemple, J. Neumann, de Vienne, auteur de l'un des plus récents ouvrages de dermatologie (que nous venons de traduire), ne mentionne même pas les recherches de Gruby.

Cependant, un vétérinaire distingué de « *the Brown Institution,* » à Londres, M. Duguid, vient d'offrir au docteur Edward Sparks l'occasion d'examiner trois cas d'une maladie survenue idiopathiquement sur des chiens, et semblable à celle décrite par Gruby. M. Sparks a soumis la peau de ces animaux à l'examen microscopique. Les traits extérieurs de la maladie se ressemblaient singulièrement chez tous les individns atteints ; perte plus ou moins considérable des poils sur toute la surface du corps ; exfoliation, en partie épidermique, en partie exsudative ; abcès rappelant les boutons d'acné, dispersés sur le tronc et sur les membres ; émaciation progressive et perte des forces ; résistance à tout traitement. Tous les chiens finirent par succomber sans qu'il fût possible de trouver de lésion interne capable d'expliquer la mort. D'autres animaux de la même espèce, enfermés dans le même chenil, prirent la maladie de l'un des chiens affectés.

Des tranches de la peau montrèrent, au microscope, une énorme dilatation des follicules pileux et des glandules sébacées remplies d'acarus et de débris épithéliaux ; on trouve, en outre, des abcès sous-cutanés contenant des demodex, avec une infiltration finement nucléaire de certaines parties de la peau ; atrophie des papilles et des gaînes des follicules pileux; et, dans un cas, développement de nodules d'un tissu lymphatique, spécialement autour des parois des glandes sudoripares et des follicules pileux les plus affectés.

L'existence d'une pareille affection paraît ne pas être généralement connue des vétérinaires et, autant que le sache l'auteur, aucun ouvrage n'en fait mention.

Le demodex du chien est identique avec celui que l'on rencontre dans les glandes sous-cutanées de la face, chez l'homme. Or lorsqu'on voit les effets produits par ce parasite sur la peau (et sur toute l'économie du chien), ne se pourrait-il pas, dit le docteur Sparks, qu'il déterminât chez l'homme certaines formes d'acné ? Il y a là une question à étudier.

Quoi qu'il en soit, c'est un fait très-intéressant qu'un animalcule qui, comme on le sait, *peut* exister chez l'homme sans causer la moindre action morbide, soit capable de produire une maladie aussi grave chez un animal comme le chien.

Aucun des animaux contaminés n'a été guéri par les parasiticites ; tous ont dû être abattus.

Veuillez agréer, monsieur le directeur, l'assurance de ma considération la plus distinguées.

Dr DARIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 20 août 1874, M. Alfred Poirée, médecin-major de deuxième classe au 64e régiment d'infanterie, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 21 août 1874, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Peyremol, pharmacien professeur de la marine.

Au grade de chevalier : M. Piesvaux, médecin de première classe de la marine ; M. Delorisse, aide-major au régiment d'artillerie de la marine.

— Le gouvernement russe vient de confier à M. Jules François, inspecteur général des mines, la mission d'étudier, avec le concours d'une commission spéciale, les conditions et les moyens d'amélioration de l'exploitation des eaux minérales du Caucase.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude	1.480	5 800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0 900	0.672
— fer et mang.	0.0·6	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs;— PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0. 44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

AULUS (Ariége)

Eau minérale laxative, diurétique, dépurative, antisyphilitique, combat très-avantageusement les **maladies de l'estomac, des intestins, des reins et de la vessie, la gravelle, la goutte, la constipation, la diarrhée chronique.** Par son action dépurative, elle agit merveilleusement contre les **maladies de la peau et toutes les manifestations de la syphilis.**

S'adresser à AULUS (Ariége), à l'administrateur général; pour le détail, chez tous les marchands d'eaux minérales et chez les pharmaciens.

Granules arsenicaux de Challonneau
Chevalier de la Légion d'honneur.
Pharm., 143, *ancien* 229, *rue St-Denis, à Paris.*

Exactement dosés à 1 milligr. et préparés avec les arséniates de **soude**, de **potasse**, de **fer**, d'**ammoniaque**, d'**antimoine**, et avec l'**acide arsénieux.** — *Exiger mon cachet et ma signature.*

CONTREXÉVILLE

(SOURCE DU PAVILLON)

CONTRE LA GRAVELLE, LA GOUTTE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT
DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

Dépôt central : 23, r. de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

DRAGÉES COCHEUX

Ferro-basiques à l'huile de foie de Morue

Pour la prendre *agréablement* et sans aucun renvoi. Le flacon : 3 fr. Pharm., 45, r. Taitbout, à Paris.

TAMAR INDIEN

Fruit laxatif rafraichissant

Contre LA CONSTIPATION

Et les affections qui l'accompagnent, telles que la **Congestion cérébrale**, les **Hémorrhoïdes**, la **Migraine**, etc. — Prix de la boite : 2 fr. 50.
GRILLON, pharm., 25, rue de Grammont, Paris.

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Spécifique contre les HÉMORRHAGIES, la LEUCORRHÉE et la CHLOROSE, la DIARRHÉE CHRONIQUE, l'ALBUMINURIE, etc. — *Médicament Tonique, Analeptique, Antilymphatique.*
Dépôt : rue Richelieu, 31, Paris
et pharmacie CARBONEL, Avignon.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

VIN ET SIROP DE CHENNEVIÈRE

au chlorhydro-phosphate de chaux

PHTHISIE, NÉVROSE, GASTRALGIE, av. Wagram, 50.

DIGITALINE CRISTALLISÉE

PRINCIPE PUR, DÉFINI DE LA DIGITALE

Découvert par A. NATIVELLE, Pharmacien

Prix Orfila de 6,000 francs

Décerné par l'ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 19 mars 1872

Se prescrit en **Granules** et en **Sirop**. Un granule agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe. Chaque flacon de Sirop porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. — Dans toutes les pharmacies. — Détail : rue Coquillière, 25. — Gros : rue de la Perle, 11.






PEPSINE BOUDAULT

SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, successeur de BOUDAULT, 24, rue des Lombards, a Paris.

PILULES DE LOUVARD

AU FER *PUR* INALTÉRABLE ET A L'ABSINTHE

A la dose de neuf par jour, en trois fois, une heure avant le repas, c'est la préparation ferrugineuse la plus efficace et celle dont l'action est la plus rapide dans la chlorose et l'anémie. Quels que soient les désordres de l'estomac, elle est toujours bien tolérée, et, sous son influence, les fonctions digestives sont rétablies en quelques jours.

Pharmacie **LOUVARD**, rue Royale, 60, à **Versailles.** — Vente au détail, pharm. Guinhabert, 108, r. de Grenelle-Saint-Germain, Paris, et dans les principales pharmacies.

PRIME DE **16,600** FRANCS — MÉDAILLES D'**OR** A LAROCHE

QUINA LAROCHE

Extrait COMPLET **des 3 SORTES de quinquinas**

Triple ÉLIXIR *de* QUINQUINA *reconstituant, tonique* et *fébrifuge*. A base de vin d'Espagne et d'un goût agréable, ce produit participe du *vin* et du *sirop* de quinquina, mais leur est bien supérieur en efficacité.

Le procédé **Laroche** consiste à épuiser, par une série de véhicules variés et un outillage spécial, la *totalité* des nombreux principes contenus dans les trois meilleures sortes de quinquinas (*jaune, rouge et gris*), principes essentiels qui se complètent l'un par l'autre, et qui manquent presque toujours dans les préparations ordinaires de quinquina.

Combiné au fer le *Quina Laroche* **FERRUGINEUX** offre une préparation aussi *complète* que possible, pour tous les cas où le *quinquina* et le **Fer** sont jugés utiles.

PARIS, 22 et 15, rue Drouot, et dans toutes les pharmacies françaises et étrangères du monde.

G. Laroche

N° 102. — JEUDI 3 SEPTEMBRE 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 3 SEPTEMBRE 1874. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Rien à dire de la séance.

Peu de semaines vont maintenant s'écouler avant la discussion publique des mesures révolutionnaires proposées par la commission de révision du règlement.

Déjà, paraît-il, le rapport est terminé. Il est, nous a-t-on dit, travaillé avec art, et remarquablement habile, ce qui n'étonnera personne, car il est l'œuvre de M. Chauffard.

La lecture en prendra plus d'une heure et demie. Il n'en faut pas moins pour permettre, même à un maître dans l'art d'écrire, de mesurer et de graduer assez l'expression de sa pensée intime pour déguiser et faire accepter par ceux même qu'il s'agit d'atteindre une sorte de déchéance.

Représentant le plus élevé de l'enseignement officiel, M. Chauffard avait d'ailleurs toute l'autorité nécessaire pour essayer de rattacher l'Académie à la Faculté, comme une annexe.

Nous ne connaissons pas les termes du rapport, et nous ne doutons pas qu'il soit admirablement disposé pour atteindre son but.

Les arguments les plus fragiles peuvent être si bien présentés qu'ils en acquièrent une force apparente. Nous ignorons encore si tel sera le cas de ceux qu'on a mis en avant dans le sein de la commission.

Pour écarter les praticiens de l'Académie, on a prétendu qu'en faisant acte de candidature ils avaient en vue la clientèle, plutôt que les travaux réguliers et patients des académiciens exemplaires.

N'avons-nous pas entendu naguère d'honorables théoriciens vouloir écarter les praticiens, sous le même prétexte, des chaires de clinique ?

On soutenait que la clientèle leur prenait trop de temps, et qu'ils ne pourraient pas remplir comme il l'eût fallu les devoirs que leur imposait leur situation professorale.

En fait, personne n'a mieux rempli son rôle de professeur et d'académicien que ces illustres médecins qui ont été nos maîtres, et dont la clientèle était immense.

Les praticiens ne sont pas moins exacts que quiconque ; un coup d'œil jeté sur les bancs pendant les grandes discussions suffit pour en donner la preuve.

C'est parce qu'elle en renferme un nombre assez notable; c'est par suite de sa savante composition que l'Académie de médecine a des séances si suivies en général.

Nous avons entendu des membres de l'Institut envier pour leurs sections cette prospérité, cette activité, cette vie.

En effet, la plupart du temps, quand les sections de l'Institut tiennent leurs séances hebdomadaires, bien peu de membres sont présents et bien peu d'assistants écoutent.

Les petites salles du palais Mazarin sont en général presque vides, tandis que la grande salle de la rue des Saints-Pères est souvent beaucoup plus garnie.

Dans ces conditions, vouloir changer nous paraît une fantaisie inexplicable.

Dr Victor Revillout.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Reliquet.

Oblitération du canal éjaculateur gauche par des sympexions de la vésicule séminale (colique spermatique).

On rencontre assez souvent des sujets qui éprouvent de la douleur au moment de l'éjaculation. Jusqu'à ce jour on a cherché la cause de cette douleur dans les tissus, maintenant on devra examiner le sperme et s'assurer s'il ne contient pas de sympexions assez gros et assez consistants pour provoquer de la douleur en franchissant le canal éjaculateur, ainsi que le démontre l'observation suivante :

M. X..., coiffeur, âgé de trente-cinq ans, marié, d'une constitution délicate, pâle, amaigri, ayant la physionomie d'un homme très-fatigué, vient me consulter le 12 mars 1874.

Sujet aux migraines, il remarque qu'elles sont plus fréquentes depuis qu'il souffre en urinant.

Il y a un an, sans causes appréciables, il éprouva de la douleur en urinant pendant trois jours.

Depuis plusieurs années, les efforts en allant à la garde-robe provoquent souvent l'évacuation par l'urèthre d'une petite masse de liquide blanc épais.

Il y a deux mois, les accidents actuels débutèrent brusquement, en éjaculant, par une vive douleur allant de l'anus au périnée. La même douleur se produit au moment du passage des garde-robes. La station habituelle debout et la marche provoquent des envies fréquentes d'uriner. En quelques jours, le malade est obligé d'uriner toutes les demi-heures, et même plus souvent. L'envie d'uriner, impérieuse, n'est retenue que grâce à de grands efforts, qui provoquent des douleurs très-vives, des sueurs froides et un grand malaise général.

Bientôt l'épreinte douloureuse se continue pendant quatre et cinq minutes après la miction et s'accompagne de douleurs lancinantes

allant de l'anus à l'extrémité de la verge. Non-seulement il y a perte de sommeil, mais le malade n'éprouve plus la sensation du besoin de dormir. Il n'y a plus de repos.

Les désirs vénériens suffisent pour provoquer la douleur qui se produit à chaque miction. Dès qu'il y a érection, la douleur de l'anus au périnée devient excessive. De là abstention complète de tout contact avec la femme.

Depuis un mois et demi, à chaque miction il s'écoule du sang avec l'urine, tantot des petits caillots isolés, tantôt des stries sanguines, tantôt du sang liquide pur et rendu en abondance. Ceci est constant dès qu'il y a fatigue, marche un peu longue, course en omnibus et en voiture.

En dehors des mictions, la douleur à l'extrémité de la verge au-dessous du gland, devient permanente ; très-souvent il y a des élancements vifs dans l'anus.

En s'asseyant, X... se penche instinctivement en arrière, car la moindre pression sur le périnée provoque une douleur vive allant de l'anus à l'extrémité de la verge.

Le 12 mars, chez moi, je passe une bougie en gomme n° 20. Elle pénètre sans effort dans la vessie; mais au moment où elle passe dans la région profonde de l'urèthre, elle provoque une douleur très-vive, qui se continue. Je retire tout de suite la sonde.

Au toucher anal, je trouve la prostate normale, peut-être un peu volumineuse pour l'âge du sujet. La corne gauche semble se prolonger en arrière, et la vésicule séminale du même côté, gonflée, est dure, d'une façon uniforme, sans nodosités à sa surface. Le doigt, introduit dans le rectum, ne provoque de douleur qu'en comprimant cette vésicule séminale.

Le 13, à neuf heures et demie du matin, je fais l'examen de l'urèthre et de la vessie. Le rectum, vidé par un lavement antérieur, je place le malade sur mon appareil pour la lithotritie. J'introduis facilement une sonde en gomme: 15 grammes environ d'urine non chargée de sang s'écoulent. J'introduis dans la vessie 60 grammes d'eau tiède avant qu'il y ait la plus légère sensation de besoin d'uriner.

L'introduction de mon lithotribe explorateur se fait sans le moindre obstacle. Mais en franchissant la région profonde de l'urèthre, il provoque une douleur très-vive.

J'explore la vessie en mettant le sujet dans des positions variées, sans trouver la plus petite pierre. L'instrument fermé, je m'en sers comme d'une sonde coudée; je ne trouve rien sur les parois de la vessie; la lèvre inférieure du col vésical est un peu élevée.

Je retire l'instrument, aussitôt il se produit un spasme douloureux, très-violent, de l'urèthre. Je veux passer la sonde en gomme, qui a pénétré si facilement dans la vessie avant l'introduction de l'instrument métallique; je suis arrêté au collet du bulbe. Je n'insiste pas.

Après deux ou trois minutes de cuisson extrêmement vive dans la verge et dans l'anus, le malade s'accroupit, et, urinant le liquide contenu dans la vessie, il expulse une grande quantité, quarante environ, de petits corps d'un blanc mat, gros comme la tête d'une épingle ou une petite lentille. Ces petits corps présentent des faces planes et des angles mousses comme les calculs prostatiques; mais leur consistance est molle : ils s'écrasent entre les doigts. Leur masse est formée d'une matière blanche homogène à l'œil, non pourvue de membrane enveloppante.

Le liquide rendu est sanguinolant.

Je prescris un lavement d'eau tiède matin et soir, de l'eau de graine de lin en boisson, et le repos.

Pendant les deux heures qui suivent cette exploration, il y a du sang dans les urines, puis celles-ci sont claires. Le soir, les envies d'uriner n'arrivent plus que toutes les heures, et la douleur en urinant est beaucoup plus légère qu'avant l'opération.

Le 14 mars, je trouve X... levé, il urine toutes les heures; il n'y a plus de sang, mais quelques filaments muqueux sans caractère dans les urines.

Le 15 mars, même état. Je fais mettre le soir, après l'expulsion du lavement, un catasplasme de farine de graine de lin dans le rectum.

Le 16, le malade vient, en omnibus, du faubourg Saint-Germain chez moi, sans souffrir; la marche ne provoque plus de douleur. Cependant il y a encore un peu de cuisson en finissant d'uriner. Ce matin, l'éjaculation du coït a été accompagnée d'une sensation douloureuse; mais il n'y a pas eu les élancements dans l'anus et la verge. Le sperme était strié de sang.

Devant moi, le malade s'assied franchement, faisant porter son périnée sur le siége, et cela sans ressentir la moindre sensation douloureuse.

En touchant le rectum, je ne trouve plus la saillie de la vésicule séminale gauche, qui donne au doigt la même impression que la droite. Les deux cornes de la prostate sont de même consistance et parfaitement symétriques.

Il y a toujours envie d'uriner toutes les heures, et absence de sommeil.

Le 18 mars, violente migraine. Miction toutes les heures. Douleur un peu plus vive en finissant d'uriner. Au moment du coup de piston, expulsion par l'urèthre d'un liquide blanc visqueux.

Le 10 mars, même état. Le liquide expulsé en finissant d'uriner est plus muqueux.

Je prescris un petit lavement de 100 grammes d'eau contenant 1 gramme de chloral tous les soirs en se couchant. Dès la première nuit, le malade repose et dort ; il n'urine plus que toutes les trois heures et sans douleur.

Les jours suivants, l'éjaculation se fait sans être accompagnée de douleurs; de même que la défécation, l'écoulement de la fin de la miction disparaît très-promptement.

Le 27 mars, X... a repris toutes ses occupations et n'urine plus que deux fois par nuit.

M. le professeur Robin, qui a bien voulu examiner les sympexions, m'a remis la note suivante : « Les concrétions examinées, opalines, transparentes, avaient un diamètre de un à deux millimètres. Leur substance sous le microscope était marquée de très-fines et très-courtes stries rectilignes, parallèles, très-rapprochées les unes des autres. L'acide acétique faisait disparaître cet état strié et rendait cette substance tout à fait translucide, homogène. En même temps, il rendait en évidence de nombreux spermatozoïdes englobés dans ces concrétions et masqués auparavant par les stries.

« A part l'état strié qui est nul, ou à peine marqué sur les sympexions demi-solides, s'étirant rapidement, de formes variées, que j'ai fait connaître dans les vésicules séminales de beaucoup d'individus sains (Charles Robin, *Leçons sur les humeurs*, Paris, 1874, 2e édition, page 443), ces concrétions ont l'aspect de celles qui sont normales. Elles en ont les réactions au contact de l'acide acétique, réactions qui ne sont aucunement celles du mucus. Leur volume seulement est énorme, comparativement à celui des sympexions des vésicules normales, et leur consistance un peu plus grande. Mais, en tout cas, elles ne représentent que des corpuscules normaux, ayant accidentellement atteint des proportions gigantesques, tout en continuant à englober les spermatozoïdes comme à l'ordinaire. »

J'ai fait de nombreuses recherches sans trouver un fait semblable ou analogue à celui-ci. Du reste, M. Robin, qui a étudié depuis longtemps ces corps, qui en donne une description dans le Dictionnaire de Robin et Littré, et une étude beaucoup plus complète dans la dernière édition de ses *Leçons sur les humeurs*, dit qu'ici les sympexions sont énormes et d'une consistance plus ferme que ceux observés ordinairement. Habituellement ces corps peuvent s'étirer, et étant d'un volume beaucoup plus petit, peuvent franchir plus facilement les canaux éjaculateurs.

L'oblitération du canal éjaculateur gauche par ces sympexions énormes a déterminé ici la rétention des liquides dans la vésicule séminale correspondante. De là, la distension de cette vésicule que nous avons constatée. C'est ce qui arrive toutes les fois que le conduit d'un réservoir est oblitéré.

Les sympexions se développent exclusivement dans les vé-

sicules séminales (Robin). Comment ont-ils été poussés, engagés avec force dans le canal éjaculateur? Il est remarquable que le malade, interrogé plusieurs fois à ce sujet, m'a toujours affirmé que la première douleur vive qu'il avait éprouvée s'était produite pendant le coït, et qu'à partir de ce jour il a constamment souffert en coïtant, en allant à la garde-robe, en urinant.

Comme le montre l'observation, ces douleurs ont été constamment en augmentant, à mesure que l'irritation de la région profonde de l'urèthre s'étendait au col vésical et à la vessie.

Ainsi, c'est au moment où les vésicules séminales se sont contractées pendant le coït que les sympexions ont été poussées dans le canal éjaculateur et l'ont oblitéré. A partir de ce moment tous les actes dans lesquels la contraction de l'urèthre est en jeu, comme la miction, l'éjaculation et même à une époque avancée le début de l'érection provoqué par le désir vénérien, de même que les actes qui agissent par voisinage, par la compression due au passage des matières fécales, et l'effort simple; tous ces actes provoquent la douleur vive que nous décrivons dans l'observation.

J'insiste beaucoup sur ces faits : 1° que la première douleur s'est produite brusquement au moment du coït; 2° que consécutivement toute érection, ou même tout désir du coït provoquait la douleur, car ce sont là les éléments principaux du diagnostic, en tant que symptômes subjectifs. Ainsi, douleur toutes les fois que les parois de la vésicule séminale distendue se tendent, se contractent. Ces signes, réunis aux objectifs, surtout au gonflement de la vésicule séminale sans noyau que donne le toucher rectal, peuvent mettre sur la voie d'un diagnostic précis.

Je n'insiste pas sur la sensibilité de la région profonde de l'urèthre, sur la douleur en urinant et en défécant, sur l'altération des urines, qui contiennent du sang et des muquosités. Ce sont là des phénomènes, presque obligatoires, que l'on observe dans une foule d'affections des voies urinaires, qui sont les symptômes d'une irritation violente de la vessie et de l'urèthre, mais qui seuls ne permettent pas de diagnostiquer la cause de cette irritation. C'est pour cela que, ici, j'ai voulu examiner la vessie. Heureusement la présence de mon instrument explorateur dans l'urèthre a déterminé l'expulsion des sympexions, soit par la compression qu'il a exercée sur les parois du canal, soit en provoquant le spasme si violent et si douloureux de la vésicule séminale et de l'urèthre. Ainsi, cette exploration a été une opération curative, puisque, après elle, tous les phénomènes, douleurs, diminuent, changent de caractère, se rapprochant de plus en plus d'une irritation simple de l'urèthre, que le coït, la défécation et même la miction n'exaspèrent plus.

Après le coït, qui a suivi immédiatement l'opération, nous constatons que la vésicule séminale gauche est revenue à son état normal.

Puis le chloral en lavement suffit pour rétablir complétement les fonctions et fait disparaître les dernières douleurs.

NOTE

sur le traitement de la hernie de l'iris par les incisions répétées

par M. Camuset.

La hernie de l'iris se produit dans deux circonstances principales : 1° comme conséquence de la perforation de la cornée par un abcès de cette membrane; 2° à la suite d'une rupture brusque de la cornée par un traumatisme ou par une opération.

Dans le premier cas, lorsque la suppuration a détruit toute l'épaisseur du tissu cornéen, on voit à un certain moment se former au fond de l'ulcère une petite saillie perlée, qui n'est autre chose que la membrane de Descemet, poussée en avant par la pression intra-oculaire. A un moment donné, le moindre effort qui retentit sur les muscles de l'orbite, un éternuement par exemple, provoque la rupture de la membrane, l'humeur aqueuse s'échappe, et si l'abcès n'est pas absolument central, l'iris vient s'engager dans la perforation où il est bientôt retenu d'une façon définitive par le tissu cicatriciel qui se forme autour de lui.

Quand le bord seul de l'iris est engagé dans la cornée, la cicatrisation est assez rapide; il se forme au point rompu une tache blanche qui constitue le leucôme adhérent ou synéchie antérieure de l'iris. Quand, au contraire, l'iris est engagé par son corps, il forme sur la cornée une bosselure noire plus ou moins considérable dont l'affaissement exige beaucoup de temps et s'accompagne de vives douleurs périorbitaires. Il y a là, en effet, un véritable étranglement de l'iris dans lequel la circulation devient de plus en plus difficile; il se produit de l'œdème, une compression des ramuscules des nerfs ciliaires, et il est d'autant plus important de hâter la résolution des symptômes douloureux qu'ils peuvent retentir sympathiquement sur l'œil sain.

Après un traumatisme ou après une opération, les phénomènes sont à peu près semblables; mais le traitement de la hernie offre une ressource qui manque dans le premier cas; cette ressource est la réduction. Si l'on voit le malade aussitôt après l'accident, ou si, en surveillant les suites de l'opération, on assiste en quelque sorte à l'issue de l'iris à travers les lèvres de la plaie cornéenne pendant un effort de l'opéré, il est possible avec une curette de refouler dans la chambre antérieure l'iris hernié, et de compter pour la guérison, sur la réunion si rapide par première intention des plaies nettes de la cornée.

Mais il arrive le plus souvent que la hernie de l'iris est confirmée, c'est-à-dire qu'au moment où le chirurgien voit le malade, il s'est déjà formé autour de la hernie un anneau vasculaire avec production de lymphe adhésive qui ne permet plus la réduction pure et simple. J'ai observé quelquefois cet accident sur des yeux opérés de cataracte par le procédé français de kératotomie à grand lambeau supérieur. La hernie se produisait alors le jour même de l'opération, au moment où l'opéré était mis au lit et faisait des efforts pour s'aider. Après avoir constaté ce fait, j'ai pris l'habitude de ne poser après l'opération qu'un demi-pansement, et de vérifier l'état de l'iris un instant après que le malade est couché. Il est alors facile de réduire la hernie s'il s'en est produit une, et l'on pose le pansement définitif.

Quand la hernie de l'iris n'est plus réductible, on est obligé de recourir à divers moyens pour provoquer son affaissement; car si on l'abandonnait à elle-même, son développement pourrait tirailler la pupille et la dévier même au point de la faire disparaître.

Premier moyen : *l'excision.* Si la hernie est consécutive à un abcès de la cornée, forcément avec perte de substance cornéenne, l'excision de la partie herniée met en communication immédiate et permanente la chambre antérieure avec l'air. Il se formera, comme après la trépanation, une fistule cornéenne dont la réparation exigera du temps et des cautérisations répétées. Si la hernie est consécutive à un traumatisme, l'excision n'est pas à rejeter, pourvu que l'œil ne soit pas trop enflammé. Après une opération, je la crois difficilement praticable. Elle constitue une seconde opération, plus douloureuse que la première, infligée au malade, que cette obligation où le médecin a été de retoucher à son œil inquiète pour l'avenir, et qui perd la tranquillité d'esprit si précieuse pour la bonne conduite d'une guérison.

Second moyen : *la cautérisation.* Il n'est pour ainsi dire applicable que dans les hernies très-petites, celles que l'on nommait autrefois myocéphalon, ou tête de mouche. Le crayon de nitrate d'argent détruit le tissu irien et excite en même temps la vascularisation de la portion de cornée qui l'entoure; il tue en quelque sorte l'iris, et l'enterre sous la lymphe plastique. Mais son application est douloureuse pendant plusieurs heures; elle doit être réitérée et devient par là d'un emploi très-difficile dans les hernies un peu vastes.

Le moyen suivant, que j'ai employé dans des circonstances di-

verses, m'a donné les meilleurs résultats. Il consiste dans *la dilacération de la hernie par des incisions répétées.* Je me suis servi du couteau de Graefe tenu horizontalement, le tranchant tourné de mon côté. Soulevant la paupière supérieure en pinçant la peau entre le pouce et l'index, je prie le malade de regarder à ses pieds, et par un mouvement très-rapide, j'embroche la hernie et la divise en même temps; elle s'affaisse aussitôt, tandis que l'humeur aqueuse s'écoule. L'opération est indolore, la partie herniée n'étant pas sensible, et l'œil n'étant pas fixé par une pince, ni les paupières par un écarteur. Elle est même suivie d'un notable soulagement quand la hernie est enflammée. L'incision peut être répétée deux ou trois fois à un jour d'intervalle. On la fait suivre de l'application d'un bandeau ouaté compressif.

L'iris, ainsi débridé et réduit à son stroma fibreux, fait bientôt partie des matériaux de la cicatrisation qui marche avec une grande rapidité. Je vais citer à l'appui les observations suivantes :

Obs. I. — M. G... juge de paix à Clairvaux, vient me consulter le 12 septembre 1872. Il est en convalescence d'une double conjonctivite qui a produit un sphacèle de la cornée en forme de croissant, occupant le quart supérieur de cette membrane. L'iris forme, au milieu de la partie sphacélée, une hernie très-volumineuse datant de trois jours. Il n'y a pas de réaction inflammatoire. Je pratique une simple paracentèse de la hernie, qui s'affaisse. Le lendemain, elle s'est reproduite; je l'incise transversalement sur deux lignes parallèles. Deux jours après, je constate qu'elle est restée affaissée. Au bout d'une semaine, nouveau débridement. La vaste perte de substance de la cornée est réparée au bout de quinze jours sans rougeur et sans que les petites opérations aient été ressenties. La pupille est un peu attirée en haut.

Obs. II. — P..., soixante-quatre ans. Cataracte lenticulaire dure. Opération par le procédé français, le 8 août 1870. Effort musculaire en se mettant au lit après l'opération. A ma visite le lendemain, il accuse à droite une douleur périorbitaire assez vive. Je lève les bandelettes qui ferment les paupières, et je constate une forte hernie de l'iris à travers les lèvres de la plaie. L'œil est injecté et douloureux. Je lui dis qu'il faut que j'enlève de son œil des mucosités qui le font souffrir, et j'incise rapidement la hernie. Il éprouve aussitôt un bien-être qui se maintient. Le lendemain, nouvelle incision. Le bord du lambeau est un peu infiltré. Le surlendemain, quatrième jour après l'opération, tout marche à souhait. Au bout de douze jours, la rougeur a disparu, et la pupille est à peine allongée vers le haut. La vision est bonne, et, malgré l'astigmatisme cornéen consécutif dont on fait un si grand grief au procédé français, P... lit et écrit sans fatigue avec les lunettes n° + $2\frac{1}{2}$ qui ne sont nullement cylindriques.

Le traitement de la hernie de l'iris par les incisions répétées a donc plusieurs avantages : il est d'une exécution très-facile et très-rapide. Il n'exige ni la fixation des paupières par un instrument, ni celle de l'œil par une pince. Il convient à tous les cas. Il amène une cicatrisation rapide. Il produit enfin un réel soulagement quand la hernie s'accompagne d'inflammation et de douleur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er septembre 1874. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1873, dans les départements du Cher, des Côtes-du-Nord, de la Loire, de la Haute-Savoie (commission des épidémies); — 2° le rapport général du médecin inspecteur des eaux d'Évaux, sur le servive médical de cet établissement pendant l'année 1873 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Marquez, qui sollicite le titre de membre correspondant national (ancien médecin à Colmar, où il a exercé la profession médicale pendant vingt-cinq ans, M. le docteur Marquez, à l'époque de l'annexion, a opté pour la nationalité française et est allé s'établir à Belfort).

2° Une lettre de M. le préfet de la Seine, qui désire avoir l'avis de l'Académie sur une demande faite par M. le docteur Guilbert, adjoint au maire du Xe arrondissement. Dans un rapport présenté par M. le docteur Guibert à M. le maire du Xe arrondissement, sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en 1873, ce médecin conclut à la revaccination obligatoire de tous les enfants des salles d'asile. Cette demande est basée sur le fait d'une épidémie de variole qui a éclaté en 1874, dans un asile communal du Xe arrondissement, et que M. Guilbert attribue à la mauvaise qualité du vaccin de génisse employée en 1870, lors de la grave épidémie de variole qui sévit à cette époque.

M. Depaul fait observer que la revaccination n'étant pas obligatoire en France, il faudrait une loi pour imposer cette obligation, pour laquelle M. le préfet de la Seine ne pourrait rien. M. Depaul ajoute que M. Guilbert est dans l'erreur, lorsqu'il attribue l'épidémie de variole qu'il a observée à la mauvaise qualité du vaccin de génisse employé en 1870. M. Depaul a fait le relevé de toutes les personnes mortes à Paris de la variole pendant l'épidémie de 1870-1871, relevé qui comprend plus de treize à quatorze mille décès; les enfants figurent pour une très-minime proportion dans cette statistique; ce sont les individus de dix-huit à vingt-cinq ou trente ans, tous vaccinés par le vaccin ordinaire, qui ont payé le plus large tribut. Les accusations portées contre le vaccin de génisse ne reposent donc sur rien de sérieux, et M. Depaul affirme que ce vaccin rend au moins autant de services que le vaccin d'enfant. Rien, absolument rien ne prouve que les enfants vaccinés avec le vaccin de génisse soient plus sujets à contracter la variole que les individus vaccinés suivant la méthode ancienne.

M. le Président dit que la lettre de M. le préfet de la Seine sera renvoyée au comité de vaccine qui sera prié de répondre le plus vite possible.

M. Boudet offre en hommage le *Compte rendu de la première séance publique aunuelle de la Société des amis des sciences.*

M. Depaul présente au nom de M. le docteur Simonin, de Nancy, trois dessins complétant une observation d'opération césarienne pour vice de conformation du bassin, adressée à l'Académie en 1852.

M. Henry Roger dépose sur le bureau une brochure intitulée : *De l'extrophie vésicale dans le sexe féminin,* par le docteur Alphonse Hergott, de la faculté de médecine de Nancy.

M. Sappey présenta une brochure intitulée : *Large communication entre la veine porte et les veines iliaques droites,* par M. le docteur Carlo Giacomini, de Turin, traduite par MM. les docteurs E. Labbé et L. Aubeau.

M. Gaultier de Claubry offre en hommage une brochure intitulée : *Sur le tonnerre en boule.*

LECTURE

M. Reliquet lit une observation de *coliques séminales.* (Voir plus haut.)

RAPPORT

M. Gosselin, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Larrey, lit un rapport sur une observation de M. Amédée Paris, d'Angoulême, ayant pour titre : *Arrachement de la première phalange du pouce gauche et de tout le long externe du doigt.*

Il s'agit d'un homme qui, ayant le pouce pris entre un tombereau pesamment chargé et une traverse de bois, retira violemment sa main en laissant entre les deux corps contondants la première phalange, brisée près de l'articulation, et à laquelle restait attaché non-seulement la portion tendineuse, mais presque toute la portion musculaire du long extenseur. M. Paris croyait ce fait unique. M. le rapporteur, au contraire, le rapproche de plusieurs faits relatés par Morand dans un mémoire resté célèbre (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*, éd. in-4°, t. II), et il discute, à cette occasion, la théorie de Mo-

rand sur la manière dont se fait la rupture des extenseurs, et celle des extenseurs à des niveaux différents dans les cas d'arrachement des doigts.

M. Gosselin met en parallèle avec les observations de Morand et de M. Paris un fait d'arrachement du pouce qui s'est présenté récemment à son examen dans son service de la Charité.

Chez ce malade, le tendon fléchisseur n'était pas complétement détaché du bras, mais il se trouvait allongé d'environ 10 centimètres, et le pouce pendait, comme flottant, à son extrémité. On coupa ce tendon au niveau de la plaie, et il ne survint aucun accident.

Le rapporteur exprime le désir de voir cette classe d'accidents étudiée plus sérieusement qu'on ne l'a fait dans les ouvrages classiques, et il conclut en proposant :

1° D'adresser une lettre de remercîments à M. Amédée Paris;

2° De déposer son travail dans les archives de l'Académie.

M. LARREY. Les accidents d'arrachement des doigts et des tendons sont fréquemment observés par les chirurgiens militaires, particulièrement chez les cavaliers. Outre le mémoire de Morand, il existe de nombreux faits consignés dans les mémoires de chirurgie militaire; on pourrait y puiser ceux qui font la monographie de l'arrachement des doigts et des tendons.

M. LEGOUEST. J'ai toujours considéré ces accidents comme n'étant nullement rares. En effet, les chirurgiens militaires, ainsi que vient de le dire M. Larrey, en observent un grand nombre. Ceux que j'ai observés pour ma part, au nombre de trois ou quatre, ont été sans gravité, excepté dans un cas où, chez un enfant de quatorze ans, survint un tétanos.

M. ALPHONSE GUÉRIN. Le phénomène de l'élongation des tendons dans le cas de M. Gosselin s'explique par les altérations que les muscles subissent dans les cas d'arrachement. J'ai maintes fois remarqué que les muscles, bien au-delà du point où s'est effectué la rupture, présentent un aspect granulé, inégal, au lieu d'être lisses comme à l'état normal. Quand on y porte le scapel, on est étonné de voir qu'ils ne se contractent plus comme d'ordinaire. Ils semblent modifiés jusque dans leur composition intime.

M. LEGOUEST. Cette élongation, qui peut permettre aux tendons d'un muscle étiré de se porter au dehors, doit être le résultat pur et simple de la rupture de fibres tendineuses ou musculaires.

M. GIRALDÈS. Il est évident que les divers tissus, sous l'influence de l'arrachement, peuvent s'étirer comme le font les artères. Il arrive alors ce qui arrive lorsqu'on exerce une forte traction sur un fil de lin, composé de fibres parallèles. Quelques-unes de ces fibres se brisent à des niveaux divers, et le fil s'allonge en s'amincissant : les fibres tendineuses se comportent de même, et de même aussi le sarcolème des fibres musculaires.

M. GOSSELIN. Le phénomène de l'élongation est intéressant au double point de vue de l'anatomie et de la physiologie, et il mérite certainement d'être étudié par des expériences sur les animaux et sur les cadavres.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. le docteur Prompt soumet à l'examen de l'Académie une jeune malade qu'il a guérie d'une fistule salivaire, et dont voici l'histoire en résumé :

X..., âgée de douze ans est tombée dans un escalier; elle tenait à la main un vase de nuit qui s'est brisé. Les fragments ont produit à la joue une plaie dirigée verticalement, dont l'extrémité supérieure répond au cartilage du tragus, et l'extrémité inférieure à la ligne médiane du menton.

L'accident a eu lieu le 27 mai 1874.

Le 1er juin, un écoulement de salive très-considérable se produit par un point de la plaie qui répond précisément au trajet du canal de Sténon.

Le 4 juin, il se forme une seconde fistule salivaire, répondant à la partie moyenne de la glande parotide.

Le 6 juin, une troisième fistule se forme un peu plus haut; c'est encore une fistule parotidienne.

Le 10 juin, ces fistules se sont refermées d'elles-mêmes; il ne reste que la fistule du canal de Sténon.

Le 17 juin, un canal artificiel est creusé à travers la joue, au moyen d'une ponction pratiquée avec un trocart capillaire, le canal est ensuite dilaté, au moyen de mèches dont le volume est augmenté progressivement.

Le 29 juin, les mèches sont retirées, et l'on se contente de pratiquer tous les jours le cathétérisme au moyen d'une bougie uréthrale.

Le 21 juillet, on cesse de faire le cathétérisme. La malade est gardée en observation pendant quelque temps; la salive prend d'elle-même son cours à travers le canal artificiel ; et il n'en coule que de très-petites quantités par la fistule.

On réunit alors la petite plaie de la joue au moyen d'une suture entortillée. Depuis lors, il ne s'est pas écoulé de salive sur la joue.

Aujourd'hui, la guérison paraît complète.

Pendant l'existence de la fistule, M. le docteur Prompt a fait, sur cette jeune malade, un certain nombre d'observations physiologiques intéressantes, qui l'ont amené à formuler les conclusions suivantes :

« 1° L'écoulement de la salive parotidienne dépend de l'excitation du sens du goût; et il est à peu près le même, quelle que soit la forme de l'excitation, soit que le sujet mange, boive, ou qu'on excite le sens du goût en appliquant sur la langue une substance sapide.

« 2° La quantité de liquide sécrétée dépend principalement du temps pendant lequel on excite le sens du goût; ainsi, en faisant boire un verre de vin d'un seul trait, on n'aura que quelques gouttes de salive; en le faisant boire à petites gorgées, de manière que le sujet emploie à cette opération trois ou quatre minutes, on aura une quantité de liquide considérable, 2 ou 3 grammes, par exemple.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 mars 1874 (1). — Présidence de M. PETER.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. LONGUET. Jusqu'à présent le malade s'était bien porté, il ne ressentait aucune douleur, aucune gêne dans l'accomplissement de ses fonctions digestives ou respiratoires, lorsque sans cause appréciable, il fut pris d'une sorte d'embarras douloureux vers la région épigastrique, il y a de cela environ douze jours.

Et depuis deux jours il s'aperçoit que l'une des cicatrices qu'il porte à l'épigastre est devenue le siége d'une tuméfaction notable et circonscrite, douloureuse à la pression.

M. Gallard reconnaît une hernie épigastrique.

En effet, si l'on examine la région stomacale chez cet homme, on trouve que la cicatrice sous-xyphoïdienne est gonflée ; la peau est tendue, lisse, de couleur violacée. — Le doigt porté sur le point culminant pénètre vers la cavité abdominale et semble refouler quel que chose de mou et de mobile par une ouverture ovalaire, large comme une pièce de deux francs, à bords durs et presque tranchants. — En pressant sur la demi-circonférence inférieure, on rencontre une petite tumeur solide, arrondie, très-mobile, semblant adhérer par un pédicule à cette circonférence et qui paraît être un petit appendice épiploïque.

Quand le malade tousse ou fait effort, on sent manifestement qu'une portion du tube digestif s'engage par cette ouverture et fait hernie au dehors; — la tumeur ainsi formée est sourde à la percussion.

Quelle est la portion du tube digestif qui fait hernie? Est-ce l'estomac, est-ce le colon transverse?

Le problème est assez difficile à résoudre, car d'après la position même de l'ouverture, ce peut être aussi bien l'une ou l'autre de ces parties. — En faveur d'une hernie du colon, on peut invoquer la présence du petit appendice graisseux signalé au niveau de la demi-circonférence inférieure de l'ovale.

En faveur d'une hernie stomacale on trouve ce fait, que le malade est beaucoup soulagé de ses douleurs après ses repas.

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 1er septembre.

Il faut dire, du reste, que ce point de diagnostic ne présente qu'un intérêt médiocre pour le pronostic et le traitement. Dans l'une et l'autre hypothèse, l'indication est la même.

Comment a pu se faire cette lumière?

Ceci est fort intéressant à signaler, car des faits semblables à celui qui nous occupe actuellement sont extrêmement rares, en existe-t-il même?

Habituellement l'ouverture provoquée des kystes du foie, à travers la paroi abdominale, par le procédé de Récamier, ne s'opère qu'après la production de fausses membranes faisant adhérer les deux faces correspondantes du péritoine sur un espace limité. — La cicatrice qui en résulte se rétracte après l'évacuation du contenu kystique et obture complétement l'orifice anormal en accolant très-intimement la surface hépatique au point correspondant de la paroi abdominale; il se forme ainsi une masse fibreuse très-solide et assez résistante pour résister à toute pression latérale de quelque puissance qu'elle soit.

Pour expliquer la formation d'une hernie comme dans le cas actuel, il faut supposer que le kyste était situé tout à fait sur le bord tranchant du lobe gauche du foie;

Qu'il faisait saillie en avant et au-dessous de ce bord, refoulant en bas le colon transverse et les intestins;

Que les adhérenees produites par le caustique ont eu lieu entre la paroi abdominale et la *paroi kystique* seulement, mais non avec la substance même du foie, placé trop en arrière pour être atteint par l'inflammation périphérique;

Que le contenu du kyste étant évacué, c'est la paroi *propre seule* (kystique) qui est venue s'accoler à la partie postérieure de l'ouverture abdominale pour l'oblitérer;

Et dans ces conditions, on peut comprendre aisément que cette portion de la paroi abdominale très-affaiblie par la perte de substance produite par la gangrène successive des couches de tissus qui la composaient ait cédé et livré passage à une portion quelconque du tube digestif : la néomembrane qui l'obstruait étant très-faible et se trouvant soumise (pendant son organisation en tissu de cicatrice) à la pression constante et puissante du tube digestif continuellement distendu par les matières alimentaires ou les gaz intestinaux.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. CHARRIER. J'ai l'honneur de présenter à la société un nouveau céphalotribe construit sur les mêmes indications que la pince fenêtrée et à cadres que M. de Saint-Germain vous présentait dernièrement, et dont il se sert dans l'opération de l'amygdalotomie. Les avantages de ce céphalotribe sont de donner une très-forte prise, car les parties molles en venant, par la pression, se loger dans les fenêtres et les gouttières s'opposent absolument au glissement de l'instrument, accident qui se présente fréquemment avec le céphalotribe à crochet ou à dents. J'ai pu m'assurer de ces avantages par l'expérimentation directe sur des cadavres d'enfants.

LECTURE

M. DUBUC lit la note suivante :

Du phimosis consécutif à l'herpès du prépuce chez les diabétiques. (Voir le numéro du 1er septembre.)

DISCUSSION

M. RELIQUET. Chez le malade que j'ai observé et qui était très-obèse, la nature même de l'herpès, accompagné de phimosis et de balano-posthite, m'avait en même temps que quelques autres signes rationnels, conduit à diagnostiquer le diabète, avant même que l'examen des urines vînt y révéler la présence d'une grande quantité de sucre. J'ai pu observer la façon dont le phimosis se produit. La cicatrice des petites ulcérations herpétiques est, en effet, très-épaissie et très-rétractile, et produit une rétention des tissus amenant à son tour soit le phimosis, soit une atrésie du méat, ainsi que j'ai eu occasion d'en observer un cas.

M. PETER demande quel est l'aspect de l'herpès des diabétiques.

M. RELIQUET. Il ne ressemble pas à l'herpès ordinaire; il n'y a pas de vésicules, ce sont de petites ulcérations spéciales, décrites par Gubler, ressemblant au chancre parcheminé, sans décollement et sécrétant un liquide blanc mat, contenant des petits corps flottants semblables à ceux qu'on observe chez les individus ayant une affection du rein. La cicatrice est épaisse et rétractile, et si l'on fait des incisions, il se produit fréquemment un phlegmon du fourreau et des bourses pouvant amener la mort. Aussi, chez mon malade, je me suis contenté d'ordonner des lavages fréquents, et je refusai toute opération.

M. BLONDEAU. Il est probable que, dans la genèse de ces ulcérations, ce n'est pas seulement l'état général qui agit, mais encore le contact d'une urine ayant des caractères spéciaux.

M. FORGET ne croit pas au phimosis diabétique, mais pense qu'il se forme plutôt un phimosis en quelque sorte traumatique, dû à la malpropreté qui engendre la balanopostbite, puis des adhérences entre le gland et le prépuce. Ces accidents pouvant d'ailleurs se montrer tout aussi bien chez des gens non diabétiques.

M. DUBUC. Dans mon cas, l'explication de M. Forget ne saurait convenir. Le malade était très-propre, et le phimosis n'était pas constitué, comme le croit M. Forget, par des adhérences du gland et du prépuce. Je suis convaincu que c'est à l'affection générale qu'il faut rapporter les ulcérations et le phimosis.

M. RELIQUET. Mon malade était également très-propre, et il n'existait pas non plus d'adhérences avec le gland, qui ne présentait aucune plaie. L'ulcération n'occupait que l'anneau préputial. La nature de ces herpès est d'ailleurs tout à fait spéciale, car on y trouve des spores particuliers dus à la fermentation qui se produit à la surface de la plaie.

M. FORGET. En présence des explications données, je modifie mon opinion.

M. PETER. Je crois, comme M. Blondeau, qu'il y a une action à la fois topique et générale. Chez les diabétiques, les tissus ont une grande tendance à s'enflammer, et pour le prépuce, il vient s'ajouter à cette tendance générale une cause toute locale: c'est le contact d'un liquide irritant par lui-même, de l'urine sucrée.

COMMUNICATION

M. CAMUSET communique la note suivante à la société.

Sur le traitement de la hernie de l'iris par les incisions répétées. — Voir plus haut.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES STATIONS MÉDITERRANÉENNES DANS LA PHTHISIE.

M. GILLEBERT D'HERCOURT fils. J'ai surtout observé à Monaco, et, par analogie, j'ai conclu que dans les stations semblables, Menton, Cannes et Nice, les phénomènes devaient être les mêmes. Je crois que, dans l'intérieur des terres, les résultats sont meilleurs. Il est difficile de répondre à la question de M. Charrier; où doit-on envoyer un phthisique? Quand la phthisie n'est que probable, je conseille la campagne, les plateaux boisés, l'exercice en plein air. Quand la phthisie est confirmée, mais encore curable, je conseille la séquestration l'hiver, pour éviter les complications catarrhales, et pendant l'été la campagne, les pays boisés, ou les Eaux-Bonnes.

M. LE PRÉSIDENT renvoie la suite de la discussion à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr LOLLIOT.

CORRESPONDANCE

Paris, le 2 septembre 1874.

A Monsieur le docteur Dubuc.

Mon cher collègue,

En lisant votre intéressante communication publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 1er septembre, j'ai regretté plus vivement encore

votre absence à la séance du 25 avril dernier de la Société de médecine de Paris, dans laquelle j'ai lu un mémoire sur la balano-posthite parasitaire et le phimosis diabétiques.

Je m'occupe de ce sujet depuis l'année 1869. J'ai recueilli, depuis cette époque, de nombreuses observations à ce sujet, que je dois à l'obligeance parfaite de mes distingués confrères Gubler, Bouchut, Clerc, Reliquet, Pupier, Friedreich.

Vous auriez pu vous convaincre, à cette lecture, que tous n'ignoraient pas, comme vous le pensiez jusqu'à ce jour (1), la manifestation de cette influence pathogénique du diabète sur le phimosis. Cet accident, d'ailleurs, a été signalé *très-explicitement* dès 1807, dans une monographie intéressante, publiée par Bardsley, de Manchester, cité par Marchal de Calvi, dans son admirable *Traité des accidents gangréneux diabétiques*.

Sa valeur et sa nature ont été surtout reconnues, dès 1857, par M. le professeur Gubler, dans la séance du 8 avril de la Société médicale des hôpitaux, à propos d'une discussion sur le *prurit vulvaire diabétique*. Ces idées ont été plus développées, à l'article *Acescence*, en 1864, dans le *Dictionnaire des sciences médicales*.

Disons-le tout de suite, mon cher confrère, l'herpès n'est ici qu'un simple *épiphémonène*. Le phimosis est dû à une *balano-posthite spéciale*, de nature parasitaire, analogue au muguet buccal, produite par l'accumulation et la rétention dans le sac préputial des urines sucrées, qui subissent là une fermentation lactique ou ascétique. Cette balano-posthite est suivie de fissures, d'excorations plus ou moins profondes, d'éruptions diverses herpétiques, anthracoïdes, qui s'ulcèrent et se couvrent de mucédinées. Sous l'influence de ces lésions surviennent les infiltrations plastiques, si communes dans le diabète, et par suite, un phimosis spécial.

Sous peu, la *Gazette des hôpitaux* publiera *in extenso*, ce mémoire lu, comme vous le savez, à l'appui de ma candidature. J'ai l'espoir qu'il vous édifiera plus complétement sur les conditions patogéniques, diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques de cette curieuse affection, peu connue, en effet, de la majorité des praticiens.

Agréez, mon cher collègue, l'expression de mes sentiment distingués. Dr DE BEAUVAIS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 21 août 1874, M. Harmand, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Concours de l'internat.* — L'ouverture du concours pour les prix de l'internat et la nomination des internes aura lieu le lundi, 12 octobre, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, avenue Victoria, nº 3.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de deuxième et de troisième année sont prévenus qu'en exécution du règlement ils sont tous tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois heures, depuis le jeudi 10 septembre jusqu'au samedi 26 septembre inclusivement.

— Un des membres de la famille Bonaparte, Mme Lætitia Rattazi, parcourt depuis quelques mois les principales villes de l'Europe pour y étudier les bases de la création d'un hospice qui serait spécialement affecté au traitement des maladies cancéreuses. On sait, en effet, que la plupart des membres de cette famille ont succombé à cette terrible affection.

Le premier apport serait de 150,000 francs, auxquels serait joint un prix triennal de 5,000 francs pour le meilleur ouvrage sur cette matière, ainsi qu'une prime de 20,000 francs pour celui qui trouverait le remède réel et dûment constaté.

— Le tableau, pour l'année 1679, des habitants taillables de la ville de Béziers, qui peuvent opiner en tous les conseils de la ville, ayant huit litres de compois, et au-dessus, suivant l'arrêt et règlement du 11 avril 1658, ne comprend qu'un médecin : Paul Valadon — et cinq droguistes : Géraud Arnaud, Jacques Dufau, Jean Saves, Pierre Tiffi, vieux; Jean Verdery.

— Il a été récemment fondé à Paris, sous le titre de L'ACCLIMATATION, *journal des agriculteurs et des chasseurs*, par M. E. Deyrolle fils, une feuille ayant pour but de mettre les chasseurs, les agriculteurs, les amateurs d'acclimatation constamment en rapport les uns avec les autres. C'est en effet le journal de tous, où chaque abonné peut faire insérer gratuitement des notices sur ce qu'il veut vendre ou acquérir; aussi le numéro que nous avons sous les yeux contient-il des offres et des demandes de toutes sortes.

Cette publication, qui comporte en outre des chroniques et des travaux sur ces divers sujets, est certainement appelée à rendre d'immenses services; souhaiter à notre nouveau confrère que ceux auxquels il s'adresse comprennent leur intérêt, c'est lui prédire le succès.

L'Acclimatation paraît le 5 et le 20 de chaque mois. — Abonnement annuel : 3 fr. 50. — Bureaux à Paris, 23, rue de la Monnaie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

271. Pelleriau. De l'extraction du cristallin avec sa capsule, valeur et avenir de ce procédé.

272. Dubuisson. Quelques considérations sur les quatre sens du toucher en général et sur la musculation ou sens musculaire en particulier.

273. Dormont. Des épanchements de bile dans le péritoine et de leurs conséquences.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Études de physiologie et de pathologie cérébrales. Des actions réflexes du cerveau dans les conditions normales et morbides dans leurs manifestations, par J. LUYS, médecin de la Salpêtrière. — Paris, 1874, 1 gr. vol. in-8° de 200 pages avec 2 planches contenant 8 figures en lithographie et 2 figures tirées en photoglyphie. — Prix : 5 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Examen, au point de vue opératoire, de quelques cas difficiles d'ovariotomie et d'hystérotomie, par le docteur URDY. — In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Essai sur le pseudo-rhumatisme articulaire dans la diathèse tuberculeuse, par le docteur POWELL. — In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

(1) Voir une très-intéressante observation, publiée par M. G. Boyron, dans la *Gazette des Hôpitaux*, année 1869, page 152, sous le titre d'*Operation de phimosis chez un diabétique*, par M. Demarquay. (*Note de la Rédaction.*)

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les affections de l'estomac et leur diagnostic différentiel.

Nous avons vu que la douleur horizontale, antéro-postérieure partant de l'épigastre pour aboutir vers le rachis sur un même niveau, est un symptôme qui se rattache étroitement à la présence d'un ulcère de l'estomac.

La direction de cette douleur a été vraiment caractéristique dans toutes les observations d'ulcère simple incontestable que nous avons déjà publiées, dans celles, beaucoup plus nombreuses, que nous avons encore en notes.

Quant à son foyer antérieur, il est bien loin d'avoir un siége aussi précis que Cruveilhier semble l'avoir admis en lui donnant le nom de *point xyphoïdien*. Souvent, au contraire, on le trouve à trois ou quatre travers de doigt plus bas que l'appendice xyphoïde. Parfois c'est un point bien limité, parfois une zone assez large avec prédominance de douleur sur un point. Mais, chose remarquable, dans l'un et l'autre cas, le foyer postérieur répond à ce foyer par son siége et son étendue.

Les caractères de cette douleur varient dans certaines limites. Souvent elle est franchement lancinante, comparable à des coups de couteau, ou, selon l'expression pittoresque d'un malade, à un *embrochement* d'avant en arrière. D'autre fois, elle ressemble plutôt à un déchirement, à un broyement, à *une pression violente exercée à l'aide d'un étau*. Quoi qu'il en soit, elle n'en a pas moins la direction antéro-postérieure : la douleur de dos, celle de l'épigastre sont tellement unies l'une à l'autre, qu'à vrai dire elles n'en font qu'une. Ce n'est pas une lente propagation, un retentissement éloigné, une succession d'impressions séparées par un intervalle : c'est un phénomène qui se manifeste en même temps sur les points opposés, comme le courant électrique en même temps sur les deux pôles.

Aussi n'est-il pas rare de voir dès le début, avant tous efforts de vomissement, cette douleur se manifester, telle qu'elle sera plus tard, avec ses deux foyers, tant en arrière qu'en avant. Cruveilhier avait donc eu tort de supposer qu'en pareil cas la rachialgie était secondaire, et résultait de la persistance soit des efforts, soit de l'épigastralgie.

Du reste, dans le cancer, les vomissements peuvent être très-persistants et très-pénibles sans rien produire de semblable.

Nous en avons déjà donné plusieurs exemples : on peut en observer un autre en ce moment, à la Charité, salle Sainte-Anne, n° 10, dans le service de M. Sée, suppléé par M. Damaschino.

Une femme de soixante-dix ans, qui, depuis huit mois environ, porte une tumeur épigastrique considérable, présentant au plus haut degré la teinte jaune paille caractéristique, vomit maintenant à peu près tout ce qu'elle prend, et se plaint de souffrir violemment de l'estomac, mais sans éprouver absolument aucune espèce de rachialgie.

Parfois, toujours dans le cancer, les douleurs stomacales ont une intensité qui les fait comparer à des coups de couteau, sans prendre pour cela jamais la direction antéro-postérieure.

Tel est le cas chez un malade, couché salle Sainte-Marthe, n° 15, à l'hôpital temporaire, dans le service de M. Martineau.

Ce malade a perdu l'appétit depuis le mois de mars dernier : quelque temps après il s'est aperçu qu'une tumeur se développait dans la région épigastrique. En même temps il commençait à éprouver, après le repas, des douleurs vives qui s'étendaient d'un côté à l'autre du ventre. Ces crises duraient environ une demi-heure : elles étaient insupportables. Quelquefois elles se terminaient par des vomissements; mais il n'en était pas toujours ainsi. Jamais ce malade n'a souffert du dos. Jamais la douleur n'a eu, chez lui, une direction antéro-postérieure; et pourtant elle paraît pour le moins aussi vive que celles de l'ulcère simple.

Nous ne pouvons achever aujourd'hui la revue de toutes les autres affections qui peuvent également provoquer des vomissements ou des douleurs épigastriques ; mais il en est une sur laquelle MM. Charcot et Vulpian ont appelé récemment l'attention à ce point de vue, je veux parler de l'*ataxie locomotrice*.

Le plus souvent les fonctions digestives ne sont pas troublées ou le sont très-peu dans l'ataxie locomotrice. Cependant on possède déjà un certain nombre d'observations dans lesquelles des crises gastriques extrêmement pénibles sont venues alterner avec les douleurs fulgurantes, les soubresauts de tendons, les crampes, etc. Quelquefois même ces crises gastriques sont survenues alors que l'affection était encore fruste, pour ainsi dire, alors que la marche était assurée, que le sens musculaire n'était point aboli, que rien de bien net ne faisait penser à une sclérose médullaire.

Il serait donc très-important de bien connaître la physionomie de ces crises. Malheureusement, les cas sont assez rares.

On peut en aller observer un à la Charité, salle Saint-Jean

de Dieu, n° 24, dans le service de M. Brouardel, chez un homme qui est à l'hôpital depuis le 24 janvier 1873.

Cet homme, âgé de vingt-six ans, est serrurier-mécanicien de son état. S'étant embarqué comme aide-mécanicien et chauffeur sur un navire de guerre en 1866, il est resté dans l'extrême Orient, particulièrement en Cochinchine, jusqu'en 1870. Pour étancher la soif dévorante et continuelle qui résultait de la chaleur du climat et de celle des fourneaux, il buvait habituellement le mélange réglementaire d'eau et de tafia. En outre il recevait par jour deux litres de vin. Il mangeait à peine. Depuis lors il commença à souffrir quelquefois de l'estomac. « Les alcooliques le brûlaient au passage. » Cependant il n'avait pas eu de vomissements ni de maux de reins, ni de crampes dans les jambes, ni rien qui ressemblât à ses crises actuelles, jusqu'au moment où il prit du service dans les compagnies de marche au moment de la guerre prussienne. Il fit partie de l'armée de la Loire. C'est pendant les fatigues de cette campagne que, pour la première fois, il éprouva des douleurs aiguës dans les jambes. Ces douleurs, qu'il compare à des coups de lance, survenaient surtout chaque fois qu'il quittait le sol du pied lorsqu'il voulait se remettre en marche; une sorte de lombago, qu'il attribuait à l'extrême fatigue, se dessinait en même temps. Après la guerre, cet homme se remit au travail : il entra à l'usine Cail; mais il ne tarda pas à être pris de maux de tête et de douleurs vives à la région de l'estomac. Ces douleurs s'accompagnaient d'une sensation d'anéantissement général; elle se terminèrent par des vomissements très-pénibles.

Vers la même époque, les maux de reins reparurent sous la forme de douleurs en ceinture. Les crises gastriques sont revenues depuis lors très-fréquemment, et en général tous les deux jours, bien qu'il y ait eu plus d'une fois des intervalles de deux ou trois semaines. Le travail est devenu impossible. D'ailleurs la vue est très-affaiblie, surtout de l'œil gauche; de ce côté la pupille est très-dilatée; il existe un degré notable de strabisme divergent. Depuis dix-huit mois cet homme a éprouvé trois très-fortes crises de douleurs lancinantes dans les jambes, et quelquefois étant debout, il a, suivant son expression, *senti descendre dans les cuisses et dans les mollets des douleurs qui le faisaient ployer;* mais il n'existe pas de crampes habituelles, pas de soubresauts des tendons; le malade peut se tenir debout et marcher d'un pas assuré quand on lui fait fermer les yeux; il peut maintenir immobile le membre qu'on lui fait soulever. En un mot chez lui l'ataxie locomotrice est encore loin d'avoir revêtu tout son appareil symptomatique. Ce qui domine jusqu'à présent, ce sont les crises d'estomac. Jamais les douleurs ressenties à l'épigastre n'ont eu chez cet homme la direction horizontale de l'ulcère simple. Il existe une rachialgie, qui occupe presque toute la hauteur de la colonne vertébrale, du moins à partir de la troisième vertèbre dorsale, mais cette rachialgie, très-manifeste à la pression, n'a aucune correspondance avec les foyers épigastriques.

C'est un autre type, aussi différent de celui que nous avons examiné au commencement de cet article que des névralgies intercostales concomitantes de l'embarras gastrique, étudiées par nous précédemment.

Remarquons en terminant que ces névralgies elles-mêmes, comme la rachialgie de l'ulcère simple sont parfaitement indépendantes des vomissements: elles peuvent les précéder, alors qu'il s'en manifeste, et, dans ce cas, elles sont, il est vrai, exaspérées par les contractions musculaires de l'effort; mais elles peuvent aussi exister, violentes jusqu'à simuler le point de côté pneumonique, dans des cas d'embarras gastrique sans vomissements ni efforts.

Dr Victor Revillout.

CAUSE ET NATURE DU SCORBUT

Par M. Netter.

En 1858, à Strasbourg, un médecin sous-aide, M. Rollin, fait sa dissertation inaugurale sur le scorbut. Le travail est intitulé : *Quelques considérations sur le scorbut en Crimée.* On y lit ce qui suit, pages 9, 10 et 11 :

D'après M. Netter (1) le scorbut n'aurait qu'une seule et même cause : la putridité des aliments. Biscuit avarié, lard rance, viandes corrompues, telle serait, suivant ce médecin, l'unique étiologie du scorbut. L'altération du sang se produirait, d'après cette théorie, par l'absorption lente du principe putride. L'humidité, que l'on invoque généralement comme une cause *sine qua non*, n'agirait qu'en favorisant la putréfaction des aliments. Ce qui pourrait faire accepter cette opinion un peu hypothétique, dit M. Netter, c'est que, dans les expériences faites par Gaspard et Magendie (*Jour. de physiol.* de Magendie, t. 1 et suivants), nous voyons que des injections de matières putrides, poussées dans les vaisseaux d'animaux, produisaient chez eux les phénomènes essentiels de scorbut, savoir : la fluidité du sang et l'extravasation de ce liquide hors des capillaires. Les autres troubles effectués par ces opérations dépendaient évidemment du mode par lequel une grande quantité de substances nuisibles se trouvait introduite tout à coup et violemment dans l'organisme vivant. Si, au contraire, nous en supposons l'introduction lente, nous aurons alors les premiers de ces symptômes sans les autres, c'est-à-dire le scorbut. Entre l'altération du sang produite expérimentalement et celle de ce liquide dans le scorbut, l'analogie est tellement prononcée qu'elle a inspiré à Gaspard, l'un des expérimentateurs, les lignes suivantes (*loc. cit.* t. IV, p. 18) : « Le scorbut, dit-il, n'arrive bien certainement sur les vaisseaux et dans les villes assiégées que par l'usage habituel de viandes vieilles et corrompues. »

D'une autre part, on voit dans l'ouvrage de M. Fonssagrives (*Traité d'hyg. nav.*, p. 566) que le biscuit, malgré tous les soins que l'on donne à sa préparation, ne manque pas de moisir au bout d'un certain temps. Le médecin de la marine dit « que la conservation de cette denrée, si précieuse à la navigation, est compromise à la fois par l'humidité et la chaleur de l'air; ces deux causes favorisent le développement des moisissures et la génération de ces insectes qui se creusent, au sein des galettes de biscuit, des galeries prises au dépens de la substance alimentaire elle-même, et y déposent, avec leurs excréments, leurs larves et leur cadavre même, les germes d'une corruption inévitable. Ces parasites ont, sur la demande de M. Kéraudren, été examinés par M. Bosc, qui a reconnu parmi eux : l'*anobium paniceum*, le *ptinus fur*, l'*anthremus musæorum*, la *troglossita caraboïdes*, le *pharena farinalis* et le *blatta orientalis*, espèces distinctes de celles qui pullulent dans le blé. La production des moisissures cryptogamiques et la fermentation sourde qui, sous l'influence de la chaleur humide, s'établit dans le biscuit et altère son gluten sont des inconvénients que les moyens de conservation employés jusqu'ici n'ont qu'incomplétement palliés. »

Dans cette manière de voir, on s'explique pourquoi le scorbut a fait quelquefois invasion, malgré un usage fréquent de végétaux frais; pourquoi on l'a observé en été comme en hiver (les magasins pouvant être humides pendant l'une et l'autre saison); en un mot, au milieu de conditions très-différentes.

Lind, à la fin du chapitre IV de son *Traité du scorbut*, s'exprime ainsi :

« Les provisions sèches, telles que les pois, le gruau d'avoine et la fleur de farine sont sujettes à se moisir et à être gâtées par les calandres et les vers. On peut faire périr ces insectes destructeurs des aliments, en les exposant à la vapeur du soufre, dans un endroit bien fermé; *mais les calandres, quoique mortes, ne laissent pas*

---

(1) Mémoire inédit.

que d'être encore très-malsaines quand elles se trouvent dans ce que l'on mange. On dit qu'elles ont un caractère si caustique qu'étant appliquées sur la peau, en forme de cataplasme, elles font élever des vésicules comme les cantharides...

« ... Il est très-important sur mer, ajoute Lind, d'avoir de bon pain. Lorsque le biscuit est moisi ou gâté, il faut le mettre dans un four chaud ou sous l'endroit où l'on fait du feu, jusqu'à ce que l'humidité, qui est la cause de la pourriture, soit tout à fait dissipée, et que les animalcules ou petits insectes qui peuvent s'y trouver soient entièrement détruits par la chaleur; ensuite il faut avoir le soin de les en ôter. Après cette préparation, on peut le manger *en le trempant dans le vinaigre.* »

J'ai cru devoir reproduire cette théorie parce qu'elle doit inviter le médecin à regarder et à examiner de plus près les provisions d'aliments et les lieux dans lesquels les provisions sont emmagasinées. Ajoutons que M. Netter ne repousse pas l'intervention d'autres causes, telles que : la tristesse habituelle, l'extrême fatigue, le refroidissement, etc.; mais ce médecin croit que ce ne sont là que causes occasionnelles. L'altération du sang commence par être latente; c'est d'abord une diathèse; surviennent après cela l'une ou l'autre des causes que nous venons d'énumérer, la maladie fera explosion tantôt avec lenteur, tantôt avec une certaine rapidité, suivant la nature des circonstances mêmes qui en auront amené la manifestation. C'est ainsi qu'en 1854 un grand nombre de zouaves qui, en apparence, ne paraissaient malades en aucune façon, entrèrent dans nos hôpitaux avec de larges collections sanguines dans toute l'épaisseur des jambes et des cuisses. Embusqués des nuits entières et couchés immobiles sur la neige, dans le but de surprendre l'ennemi sans être vu par lui, ces braves se relevaient avec le scorbut aux jambes. La diathèse, effet de l'intoxication du sang, était d'abord latente, et l'exposition au froid vif en a amené les premières manifestations.

. . . .

Pour terminer, je ferai remarquer que les scorbutiques répandaient autour d'eux une odeur fétide, nauséabonde et tout à fait insupportable, surtout l'hiver, car alors il était de toute impossibilité de ventiler les baraques et les tentes. D'après M. Netter, ce sont ces émanations si fétides, accumulées dans les ambulances et condensées avec les produits de sécrétion dans les vêtements, dans les couvertures et dans le sol même qui ont dégagé le miasme, principe du typhus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 juin 1874 (1). — Présidence de M. Perrin.

M. Sée n'a point constaté l'efficacité des applications locales dans le traitement de l'hydrocèle chez les enfants, qu'il soumet aux injections iodées comme chez l'adulte. Il n'a jamais eu d'accident jusqu'à ce jour.

M. Blot, de même que M. Sée, a vu rarement persister la communication entre la vaginale et le péritoine. Au sujet de l'efficacité de la méthode de Monod chez l'enfant, M. Blot pense qu'il faut faire des réserves, attendu qu'à cet âge les hydrocèles guérissent souvent spontanément.

M. Polaillon est partisan de la méthode de Monod. Quatre ou cinq gouttes injectées dans la tunique vaginale, sans évacuation préalable du liquide contenu, ont suffi pour procurer la guérison.

M. Demarquay a vu des accidents formidables et la mort survenir après les injections irritantes dans la tunique vaginale, lorsque celle-ci était épaissie et vascularisée, comme dans les cas d'hématocèle.

RAPPORTS

M. Verneuil fait un rapport verbal sur une observation de tétanos communiquée par MM. Boindy et Blain.

M. Horteloup lit un rapport sur un fait d'extraction d'un calcul prostatique volumineux, communiqué par le docteur H. Dumont. Ce rapport est renvoyé au comité de publication.

M. Le Fort fait un rapport verbal sur une communication de M. Moura, relative aux suites de la trachéotomie. Conformément aux conclusions de M. Le Fort, l'observation de M. Moura sera insérée au bulletin.

COMMUNICATION

M. Léon Le Fort communique l'observation suivante :

Calculs nombreux de la prostate, lithotritie uréthrale et extraction des calculs par l'urèthre. — Guérison. — (Voir le numéro du 29 août.)

ANESTHÉSIE PRODUITE PAR LA COMPRESSION.

M. Le Fort appelle l'attention de la société sur l'anesthésie déterminée par la compression des membres suivant la méthode d'Esmarch. Cette anesthésie a permis à M. Le Fort de pratiquer deux opérations, une résection du coude et une amputation de la jambe, sans chloroformiser les malades, qui néanmoins n'ont pas poussé le moindre cri.

DISCUSSION

M. Verneuil. Si M. Le Fort a observé deux fois l'anesthésie des membres en état d'ischémie, de nombreuses expériences ont montré, au contraire, que l'interruption de la circulation par le lien élastique ne rendait nullement les parties insensibles. Ces résultats contradictoires s'expliquent sans peine par la constriction plus ou moins énergique exercée par la bande.

Plus d'une fois déjà, l'ischémie opératoire appliquée au membre supérieur ayant produit des paralysies prolongées de l'avant-bras, il n'est pas surprenant qu'elle puisse parfois ramener l'analgésie au cours de l'opération; mais un tel effet doit être soigneusement évité plutôt que recherché, car il ne serait pas possible d'en calculer à l'avance les suites.

Il faut se contenter de l'ischémie pure et simple, qu'on peut d'ailleurs obtenir facilement et entretenir longtemps sans porter atteinte aux fonctions nerveuses.

J'ai pu, dans une opération très-laborieuse de résection tibio-tarsienne, anémier complétement la jambe pendant plus de cinquante minutes, au bout desquelles le malade, qui sortait du sommeil chloroformique, donna des signes non équivoques de souffrance à l'occasion d'une ligature d'artère.

La seule paralysie inévitable après la compression élastique, est celle des petits vaisseaux et des capillaires; elle est passagère, à la vérité, mais rend quelquefois assez difficile l'hémostase définitive après l'ablation du lien constricteur. A ce propos, je critiquerai, sans malveillance du reste, une assertion empreinte d'un enthousiasme un peu exagéré. Chaque observateur, en terminant le récit d'une opération par la méthode nouvelle, croit bon d'ajouter que *le patient n'a pas perdu une goutte de sang!*

La chose peut être vraie pendant que le couteau agit et tant que la ligature élastique reste en place; mais elle ne l'est plus après l'ablation de cette dernière. En supposant même faite la ligature des artères principales, on voit alors la plaie se couvrir d'une abondante rosée sanguine, et le sang jaillir d'un plus ou moins grand nombre d'artérioles innominées. Quelque dextérité que l'on mette à lier celles-ci, le suintement n'en dure pas moins assez longtemps pour que la perte totale soit fort appréciable.

Dans une amputation de la cuisse à la partie moyenne faite sur un sujet vigoureux, j'estime avoir perdu au moins 250 grammes sur toutes les sutures musculaires fournissant des jets distincts. Dans un cas de désarticulation médio-carpienne, faite sur une main anciennement mutilée et dont le moignon ne paraissait formé que de débris osseux et de tissu inodulaire, je ne m'attendais à trouver que des vaisseaux sans importance. La section fut tout à fait exsangue, en effet. Comme, d'autre part, les orifices vasculaires étaient perdus dans les gangues fibreuses si invisibles, j'enlevai le tube élastique. Aussitôt le sang jaillit par un si grand nombre de points à la fois que

(1) Fin. — Voir le numéro du 29 août.

je dus faire immédiatement comprimer l'humérale pour appliquer convenablement les ligatures. Il n'en fallut pas moins d'une douzaine. Ce nombre et le volume inattendu des jets me permettent d'affirmer que les artérioles avaient subi, par le fait de la compression, une amplitude qu'on ne peut attribuer qu'à leur paralysie.

Ces remarques n'ont pas pour but de déprécier la méthode, de contester la sécurité qu'elle apporte à l'opérateur, de nier davantage l'économie du sang qu'elle réalise, mais seulement de dire ce qui est vrai : c'est-à-dire qu'elle ne prévient pas, qu'elle semble même augmenter l'hémorrhagie post-opératoire, et qu'elle est suivie d'un suintement qui, dans certains cas, s'est prolongé pendant plusieurs heures.

Si j'y insiste, c'est que ce phénomène est de nature à gêner l'emploi d'un mode de pansement auquel il nous serait difficile, au moins en France, de renoncer désormais, je veux parler du bandage ouaté. Évidemment, il est indiqué de ne l'appliquer qu'après l'arrêt complet du sang; or, avec le suintement en question, il faut ou différer longtemps le pansement ou s'exposer à voir le sang s'accumuler dans le foyer, entre les lambeaux et dans le fond de la capsule ouatée. Je ne fais que signaler cet inconvénient, prêt d'ailleurs à l'étayer de preuves, mais j'ai ouï dire qu'on avait observé déjà de véritables hémorrhagies primitives prolongées ou secondaires précoces, qui avaient forcé les chirurgiens à enlever prématurément le pansement ouaté.

Si les faits se multipliaient, il faudrait donc renoncer à l'ischémie ou au bandage ouaté, à moins qu'on n'arrivât à combattre sûrement le suintement prolongé, ce qui vaudrait mieux encore.

Il serait utile, dans l'intérêt de la méthode, qu'une discussion sérieuse fût ouverte sur ce point intéressant de pratique.

M. DEMARQUAY avait songé également à utiliser la compression pour produire l'anesthésie. Pour s'assurer des effets qu'on peut obtenir dans cette direction, il a expérimenté sur des malades de son service atteints de varices; il a été déçu dans son attente : à peine la bande de caoutchouc enlevée, la sensibilité est revenue.

M. TRÉLAT se montre surpris de l'excellent résultat obtenu par M. Le Fort; quant à lui, voulant enlever un sequestre du radius, il a essayé, mais sans succès, d'anesthésier le membre en le rendant ischémique. M. Trélat pense qu'il faut une compression très-énergique pour produire l'insensibilité, et que d'ailleurs il existe de grandes différences entre les divers individus, relativement à la douleur déterminée par une même lésion.

M. DEMARQUAY n'a jamais pratiqué la compression plus de vingt-cinq à trente minutes. Un fait qu'il a récemment observé, lui paraît de nature à expliquer l'anesthésie provoquée par la compression. Une homme de soixante-dix ans, qui avait éprouvé subitement une douleur violente dans le jarret, fut porté dans le service de M. Demarquay, qui constata, en même temps qu'une oblitération artérielle, une insensibilité complète de la jambe. Plus tard, la circulation se rétablit dans la tibiale antérieure, et concurremment le membre redevint sensible, preuve que l'anesthésie dépendait de l'ischémie.

M. LE FORT attribue l'anesthésie produite dans ces cas à la compression des nerfs et non à l'ischémie.

M. TRÉLAT voit dans l'insensibilité survenue chez le malade de M. Demarquay, un effet de la compression des nerfs déterminée par un anévrysme développé brusquement. Mais une semblable compression ne peut être produite artificiellement au membre inférieur; au membre supérieur, elle est dangereuse et peut donner lieu à une paralysie momentanée ou persistante.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Tumeur kystique et adénoïde du sein, observée chez l'homme. — M. DEMARQUAY présente l'observation suivante avec pièces anatomique à l'appui. Un homme de soixante-huit ans entre dans son service le 19 mai pour se faire traiter d'une tumeur volumineuse du sein droit, dont l'origine remonte à trois ans. Cette tumeur, d'abord du volume d'une aveline, alla en augmentant. La peau petit à petit finit par se vasculariser, à mesure que la tumeur augmentait, elle présenta des lobes distincts, sans jamais présenter de douleurs. Au moment de l'entrée du malade dans le service, la tumeur présente une circonférence parfaitement limitée, elle est mobile sur les parties profondes, elle présente trois lobes, sa circonférence est de 30 centimètres, sa hauteur d'environ 6 centimètres, la peau qui la recouvre est fortement adhérente ; par la palpation, on limite parfaitement les trois cavités kystiques en même temps que l'on apprécie sa partie solide formée par la base de la tumeur. Le kyste le plus volumineux est à la partie interne de la tumeur. Les deux autres kystes occupent la partie supérieure et interne. La peau recouvrant ces kystes est vasculaire, et de plus elle a une teinte bleuâtre.

La tumeur a été enlevée par une incision ovalaire, et détachée des parties profondes sans que l'aponévrose du grand pectoral fût intéressée la plaie résultant de l'opération fut réunie par première intention. Un drain étant préalablement placé au fond de la plaie, afin de favoriser l'écoulement de la sérosité et du pus.

L'histologie de la tumeur a démontré qu'elle était constituée par un tissu adénoïde ; quant aux kystes, ils étaient formés par une dilatation des vaisseaux galactophores, ils étaient remplis par un liquide brunâtre. Les parois internes des kystes étaient tapissés par une couche épithéliale.

Les ganglions lymphatiques sous-axillaires n'avaient subi aucune altération malgré l'époque éloignée de suppuration de la tumeur.

Ce fait intéressant sera reproduit avec un dessin dans le journal de M. de Montméja.

A propos de cette présentation, M. Tillaux cite le fait d'une tumeur du sein ulcérée, du volume d'une orange, dont il a pratiqué l'extirpation sur un homme entré dans son service. Il s'agissait là d'un véritable cancer, qui déjà avait donné lieu à une altération des ganglions axillaires ; ceux-ci furent enlevés par M. Tillaux en même temps que la tumeur principale.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 1er juillet 1874. — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine.

2° La lettre suivante, de M. le docteur Méhu.

Monsieur le président,

Je viens de lire dans un compte rendu des séances de la Société de chirurgie (*Bulletin de thérapeutique*, 30 juin 1874, p. 547), une note sur le liquide de la grenouillette, où il est dit que je ne suis pas en mesure de me prononcer sur la nature du liquide de ces tumeurs.

C'est une erreur. Dans la grenouillette simple, il n'y a que de la mucine (et des sels), principe parfaitement défini par Scherer, et des plus faciles à caractériser.

Dans le cas cité par M. Tillaux, outre la mucine, c'est-à-dire le principe caractéristique du liquide normal, il y avait de l'albumine et des leucocytes; ceux-ci étaient assez abondants et formaient, par le repos, une couche jaunâtre très-apparente. Ce qui veut dire que, sous des influences que je n'ai point à préciser, il y avait eu inflammation de la poche.

Je publierai prochainement une note sur ce sujet, bien connu d'ailleurs depuis longtemps.

Je vous prie d'agréer, etc.

Hôpital Necker, le 1er juillet 1874.

3° Une lettre de M. le docteur Moutet, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de Montpellier, accompagnée d'une *Observation de tétanos traumatique*.

M. DESORMAUX présente une brochure de M. Julliard, de Genève, candidat à la place de membre correspondant, intitulée : *Relation d'une opération d'ovariotomie*.

M. LARREY présente : 1° un volume de M. Bérenger-Féraud, inti-

tulé : *De la fièvre jaune au Sénégal;* 2° une brochure sur *la Morsure de la vipère*, par le docteur Fredet, de Clermont.

M. TILLAUX. Je demande la parole, à propos de la correspondance, relativement à la lettre qu'a adressée à la Société M. Méhu. J'ai envoyé à M. Méhu le liquide d'une des grenouillettes dont j'ai entretenu la Société; il a eu la bonté de m'adresser le résultat de son analyse, ce dont je lui suis très-reconnaissant, et d'après cette analyse même, j'ai dit qu'il était impossible à un chirurgien de se prononcer en faveur de l'hypothèse de la salive ou contre cette hypothèse.

La société décide que la lettre de M. Méhu ainsi que l'observation de M. Tillaux paraîtront au procès-verbal.

LECTURE

M. MARJOLIN, à l'occasion du procès-verbal, lit la note suivante :

Dans la dernière séance, lorsqu'il a été question de l'innocuité chez les enfants de l'opération de l'hydrocèle, par la ponction simple ou suivie d'injection, j'aurais dû me borner à dire que ce mode de traitement était non-seulement inutile, cette affection guérissant la plupart du temps presque spontanément, mais qu'il n'était pas sans danger, attendu que, plus fréquemment qu'on ne le croit généralement, la communication entre la cavité du péritoine et la tunique vaginale persiste encore plusieurs années après la naissance. Malheureusement ayant cité, comme exemple, l'accident qui m'était arrivé après l'emploi d'un séton filiforme, M. Blot m'a fait remarquer avec beaucoup de raison que ce procédé différait notablement de celui de la ponction, et que la présence d'un corps étranger même très-petit, exposait à beaucoup plus de dangers. Je me rends très-volontiers à cet argument, mais je n'en persiste pas moins dans l'opinion que j'ai émise et que j'espère développer un jour devant la société, à savoir que ces hydrocèles soit congénitales, soit infantiles, doivent être rangées parmi les affections chirurgicales du jeune âge qui guérissent presque constamment sans qu'il soit nécessaire de recourir à aucune opération.

Si je n'avais pour défendre cette opinion que ma pratique personnelle, je pourrais me montrer un peu moins affirmatif; mais fort heureusement j'ai pour la maintenir l'appui de presque tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, et c'était aussi la doctrine que j'ai entendu professer par Dupuytren, Sanson, Blandin, Laugier et mon père. Ainsi, non-seulement je crois à la possibilité de la persistance de la communication entre la cavité du péritoine avec la tunique vaginale pendant un temps qu'il est difficile de préciser, car il y a des exemples de cet état anormal jusque dans l'adolescence (Astley Cooper, traduction de Chassaignac et Richelot, page 480); mais je maintiens également que les signes que j'ai indiqués pour aider à reconnaître l'existence de cette communication sont les mêmes que ceux qui ont été notés par plusieurs auteurs, entre autres Sabatier, qui les expose avec un soin minutieux, avant de décrire le procédé de Viguerie, de Toulouse, pour la guérison radicale de l'hydrocèle congénitale, par la simple application d'un bandage. (Sabatier, *Médec. opér.*, t. IV, p. 29.)

Si l'on ne devait déduire de cette discussion aucune conclusion pour la pratique, il serait inutile de la prolonger; mais lorsque tous les jours nous sommes à même de constater que la persistance de l'hydrocèle pendant un certain temps n'a aucune influence fâcheuse sur le développement des testicules, et que, de plus, elle guérit presque toujours sans aucune opération; pourquoi donc exposer un enfant bien portant à des accidents qui peuvent entraîner la mort? Cette conduite est-elle véritablement sage? Ce sont ces motifs qui ont fait dire, avec beaucoup de raison, à Velpeau : « Le pronostic de l'hydrocèle congénitale est à la fois moins grave et plus grave que celui de l'hydrocèle des adultes : moins grave, en ce que le mal disparaît plus facilement sans opération; plus grave, parce que si elle devient nécessaire, l'opération semble être plus dangereuse (1). »

N'est-ce pas, d'ailleurs, dans le but de prévenir la pénétration du liquide injecté dans la cavité du péritoine que nous suivons tous, dans l'opération de l'hydrocèle, le précepte constamment recommandé d'appliquer pendant l'injection un doigt sur l'anneau inguinal.

(1) Dictionnaire en 30 volumes, t. XV, p. 187.

N'est-ce pas également par suite des propriétés réputées moins irritantes que, dans ces derniers temps, l'on a employé, de préférence au vin chaud, la teinture d'iode; toutes ces raisons sont, je crois, suffisantes pour démontrer que l'époque de l'oblitération entre la cavité péritonéale et la tunique vaginale étant assez variable, il est plus sage de s'abstenir de toute opération dans une affection qui, très-souvent, guérit en quelque sorte spontanément.

J'ajouterai que, dans tout ceci, je ne crois pas m'éloigner de l'idéal et de la pratique de notre regretté collègue Guersant, dont l'opinion est citée par Holmes, dans son *Traité des maladies chirurgicales des enfants* (pages 878 et suivantes).

Enfin, messieurs, et c'est par là que je termine, après vous avoir cité, dans la dernière séance, l'opinion professée par mon père dans les dernières années de sa pratique, sur la possibilité d'obtenir une cure radicale de l'hydrocèle, même chez des adultes, par la simple application de topiques résolutifs, j'ai cru devoir rechercher si, à une époque antérieure, il avait eu les mêmes idées, et voici ce que j'ai trouvé dans son cours rédigé en 1814 et 1815 par un de ses élèves, M. Raynaud, à propos de la cure radicale de l'hydrocèle.

« Presque tous les auteurs qui ont écrit sur l'hydrocèle pensent qu'on ne peut la guérir qu'en pratiquant des opérations plus ou moins douloureuses, ce n'est pas là mon opinion; j'ai vu guérir radicalement des hydrocèles sans l'opération chez des enfants encore à la mamelle; j'ai donné des soins à un homme de trente-huit à quarante ans, qui a guéri sans opération; j'ai observé le même fait chez un vieillard de quatre-vingt-trois ans. Il ajoutait: Pourquoi ne pourrait-on pas obtenir la guérison de l'hydrocèle sans opération, alors que l'on voit, dans d'autres cavités, des liquides se résorber? »

DISCUSSION SUR LE GALVANO-CAUTÈRE.

M. TILLAUX. Messieurs, je me souviens qu'il a été décidé par la société que la question de la galvano-caustie resterait à l'ordre du jour jusqu'à ce que la lumière se fût entièrement faite à ce sujet. Aussi me paraît-il utile de faire connaître les faits qui peuvent tendre à amener cet heureux résultat. L'année dernière, M. Verneuil, M. Trélat, M. Beckel, ont posé les principes de l'application du galvano-cautère; le premier, M. Verneuil, par la relation des opérations qu'il avait pratiquées; le second, M. Trélat, par la description exacte du *modus faciendi* et l'appareil instrumental; M. Beckel, enfin, en donnant pour ainsi dire la théorie exacte du galvano-cautère et en faisant reposer l'hémostase sur la compression préalable des vaisseaux par l'anse métallique et sur la section définitive des tissus sans interposition de globules sanguins. On sait que, dans les premiers essais, le couteau galvano-caustique a donné lieu à de grandes hémorrhagies. Or on est en droit de se poser cette question : Peut-on aujourd'hui pratiquer, sans écoulement de sang, des opérations sur des tissus très-vasculaires?

M. Verneuil a pu pratiquer des trachéotomies sans une goutte de sang, et j'ai moi-même obtenu un résultat identique. On pouvait nous objecter qu'il y a des trachées très-superficielles de plexus veineux très-peu abondantes, et que, dans d'autres circonstances moins favorables, nous n'aurions pas eu le même bonheur. Aussi ai-je depuis pratiqué, à l'aide de la galvano-caustique, des opérations dont le résultat permet, je crois, d'affirmer la supériorité de la méthode.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de vingt-six ans, atteinte d'un rétrécissement du rectum à 5 centimètres environ de l'anus. J'avais pratiqué nécessairement la dilatation, la rectotomie superficielle, et cela sans résultat. Je songeai à pratiquer la rectotomie linéaire avec le galvano-cautère. Je commençai, à l'aide de cet instrument, à faire une section de l'anus au coccyx; puis je procédai, couche par couche, jusqu'au-dessus du rétrécissement, et cela sans une goutte de sang. L'opération dura environ une heure. La malade est encore aujourd'hui dans mon service. Elle a été opérée il y a environ six semaines; je suis, par conséquent, tranquille au sujet des accidents immédiats qui auraient pu se manifester peu de temps après l'opération.

Deuxième fait. Le 13 novembre dernier, on amena à l'hôpital de Lariboisière une jeune fille de seize ans, atteinte d'une tumeur érectile énorme au niveau du sacrum, entée sur la fesse gauche et empié-

tant sur la fesse droite. Cette jeune fille portait, depuis sa naissance, un nœvus de cette région, et c'est huit mois avant son entrée dans mon service qu'elle s'aperçut du développement de la tumeur sur la place même occupée par le nœvus. Un empirique fut mandé qui, à l'aide de caustiques, donna un véritable coup de fouet au développement de cette tumeur, puis lorsqu'il vit la malade à peu près exsangue et la bourse tout à fait à sec, l'adressa à l'hôpital. La figure de cette pauvre jeune fille avait, à son entrée dans mes salles, les tons mats de la ciré. Elle était absolument épuisée.

La tumeur, de forme ovoïde, mesurait 14 centimètres verticalement et 11 centimètres transversalement; elle était, de plus, cernée de toutes parts par des artères de la grosseur d'une radiale normale et présentait, dans toute son étendue, un souffle des plus intenses. J'étais, je l'avoue, fort embarrassé, si embarrassé que je demandai conseil à M. Verneuil, à M. Trélat, qui, tous deux, me dirent qu'ils n'avaient jamais vu de tumeur érectile de cette importance, et qu'il leur paraissait difficile d'instituer un traitement. Le bistouri, l'écraseur même étaient impossibles, vu l'énorme vascularité de la tumeur; je songeai au galvano-cautère. Je fis faire à M. Colin cinq aiguilles de platine, dont une très-longue, que j'enfonçai verticalement à la base de la tumeur et quatre plus courtes que j'enfonçai également perpendiculairement à la première. Je cherchai alors, à l'aide d'une chaîne d'écraseur jetée sous ces aiguilles, à pédiculer sa base, et j'arrivai, en effet, à obtenir une réduction de volume assez considérable pour qu'on pût comparer la tumeur diminuée à une tête de fœtus. J'opérai la constriction jusqu'à ce qu'il me fut impossible d'aller plus loin. Une première anse de platine, que je disposai à la base de la tumeur, avec l'assistance de M. Mathieu fils, cassa; une autre fut appliquée et opéra la section en 25 minutes. Au moment même de la chute de la tumeur, on observa, au centre de sa base, un tout petit jet de sang, qui fut arrêté avec le doigt. Je considère ce fait comme un des plus probants en faveur de l'utilité du galvano-cautère; et l'on peut dire, surtout si l'on parvient à construire des appareils portatifs et faciles à régler, que la chirurgie possède dans cet instrument un moyen de diérèse des plus précieux. La jeune fille qui fait le sujet de mon observation est guérie, et je l'ai amenée pour la présenter à la société.

M. PERRIN. J'annonce à la société que M. Duboué, de Pau, et M. Dauvé, tous deux membres correspondants, assistent à la séance.

PRÉSENTATION

M. DESPRÈS, retenu par ses fonctions de juge au concours de chirurgie, adresse une note lue par M. Hervouët, son interne, relative à un adénome kystique du voile du palais, en même temps que la malade elle-même.

Cette malade, entrée dans son service depuis quelques jours, offre un exemple remarquable d'adenome kystique des glandes du voile du palais. M. Desprès, qui se propose d'enlever la tumeur, remettra l'observation complète à la société.

La tumeur, nous pouvons le dire tout de suite, occupe la moitié gauche du voile du palais; elle a le volume d'un œuf et descend jusque sur le larynx. Elle est constituée par des kystes et des mamelons durs du volume d'une noisette. Elle existe depuis dix ans au dire de la malade, qui est âgée de cinquante-trois ans et n'a eu jusqu'à ce jour aucune autre maladie. Cette tumeur, qu'un médecin de Chaumont a jugée il y a dix ans devoir être enlevée, a été depuis l'objet d'une erreur de diagnostic; on l'a prise pour une tumeur syphilitique.

M. Desprès soumet cette malade à l'examen de la société comme un exemple des plus rares d'une maladie peu commune.

LECTURES

M. CHAUVEL fait une lecture sur les effets anesthésiques produits par l'appareil d'Esmarck.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE GALVANO-CAUTÈRE.

M. LABBÉ. J'ai eu occasion d'employer souvent le galvano-cautère, notamment pour obtenir l'ablation de certains épithélioma du col utérin, et j'ai consigné les faits dans un mémoire; je me joins à M. Tillaux pour affirmer que nous possédons dans le galvano-cautère un moyen précieux dans des cas absolument inaccessibles aux autres méthodes de diérèse. M. Verneuil a relaté dans la thèse de M. Marchand un grand nombre d'opérations dans lesquelles il s'est servi conjointement du galvano-cautère et de l'écraseur.

Chez un malade que j'ai encore dans mon service, j'ai enlevé toute l'extrémité inférieure du rectum, si bien que durant l'opération par cette méthode mixte, nous avons eu sous les yeux la prostate et les vésicules séminales. Le succès a été complet en tant qu'opération, mais la repullulation du cancer ne s'est pas fait attendre. Sur une femme atteinte d'une affection analogue, entrée dans mes salles cachectique et émaciée, et sortie rose, grasse et fraîche, si bien que son état général permet d'espérer une guérison, j'ai employé le galvano-cautère seul, enlevant la paroi postérieure du rectum à l'aide de fils passés au moyen de grands trocarts et faisant ainsi deux sections latérales. Relativement donc à l'application du galvano-cautère à l'ablation des tumeurs rectales, je m'associe donc pleinement aux idées émises par M. Tillaux, et je crois que l'on ne saurait trop encourager les chirurgiens à marcher dans cette voie et à accumuler le plus de matériaux possible.

M. VERNEUIL. Je félicite M. Tillaux du beau succès qu'il a obtenu en appliquant l'anse galvanique au traitement d'une tumeur érectile qu'il eût été bien difficile de guérir par toute autre moyen. Je suis heureux d'apprendre également qu'il a mis en usage les mêmes agents de diérèse dans la cure d'un rétrécissement rectal par la rectotomie linéaire. Depuis la lecture que j'ai eu l'honneur de faire à la société sur cette utile opération, j'ai fendu également la paroi postérieure du rectum et la peau susjacente avec le couteau galvanique pour essayer de calmer les souffrances d'une malheureuse malade atteinte d'épithélioma rectal, dont l'extirpation complète était à peu près impossible. Malheureusement à cette époque sévissaient dans nos salles de la Pitié des érysipèles graves et des accidents traumatiques de diverses natures. L'épidémie a été si violente qu'elle m'a forcé, ainsi que mon collègue M. Labbé, à évacuer complétement la division des femmes. La malade succomba rapidement à un phlegmon diffus du petit bassin. L'opération avait été cependant d'une simplicité remarquable. Un doigt porté dans le rectum faisait saillir en arrière la paroi de cet intestin et la couche morbide qui la doublait. Le couteau galvanique, promené lentement de haut en bas, de la pointe du coccyx à la commissure anale postérieuse, divisa en vingt minutes environ la peau et toutes les couches sous-jacentes jusqu'à la cavité rectale.

Dans son opération de tumeur érectile, M. Tillaux a associé l'écraseur linéaire et le galvano-cautère. Je recommande depuis bien des années cette combinaison qui m'a rendu les plus signalés services.

A la fin de l'année dernière, j'opérai de cette façon une femme atteinte de polyadénome de l'extrémité inférieure du rectum. J'enlevai complétement 6 à 7 centimètres de cet intestin, et j'obtins un succès qui ne s'est point encore démenti, qui peut-être même sera définitif en raison de la nature particulière de l'affection.

Toute la dissection périphérique de la tumeur fut faite au galvano-cautère. La division transversale de l'intestin fut pratiquée avec la chaîne. L'opération dura une heure environ, mais la perte de sang fut tout à fait insignifiante, et les phénomènes de réparation se succédèrent avec la plus grande simplicité.

L'emploi du galvano-cautère n'a pas seulement pour avantage de simplifier quelques-uns des temps des opérations déjà vulgaires. Il contribuera certainement à agrandir le champ opératoire en rendant possibles et même faciles certaines extirpations devant lesquelles plus d'un chirurgien était disposé à reculer.

La présentation qui vient de vous être faite de la part de M. Desprès, et qui a trait à un adénome kystique du voile du palais, me fournit une occasion naturelle de vous communiquer deux cas de tumeur de ce voile que j'ai récemment enlevées, et de vous montrer en même temps tout le parti qu'on peut tirer en pareil cas du couteau galvanique.

J'ai eu dans un court espace de temps l'occasion de traiter deux épithélioma occupant le bord libre du voile, la luette et les parties

avoisinantes des piliers antérieurs et postérieurs. Dans les deux cas, il s'agissait de vieillards, d'ailleurs bien portants, et sans trace aucune de cachexie. L'ulcération et l'induration sur laquelle elle reposait n'avait guère envahi que la moitié du voile. Cependant dans l'un des cas le mal s'étendait à la face gutturale des amygdales et au bord libre de piliers dans toute leur hauteur. Il n'y avait au cou nulle trace d'engorgement ganglionnaire, et comme, d'autre part, la déglutition était très-pénible et l'alimentation très-difficile, je me crus autorisé à tenter l'extirpation.

Je ne me dissimulais pas les difficultés que j'aurais à vaincre dans une région aussi peu accessible et surtout les dangers de l'hémorrhagie et de l'introduction du sang dans les voies aériennes. C'est contre ce dernier accident que je voulus prendre mes précautions.

Plusieurs fois déjà, pour faciliter l'accès vers de volumineux polypes naso-pharyngiens, j'avais fendu verticalement le voile du palais avec le couteau galvanique. Cette section s'était affectuée sans perte sanguine et presque sans douleur. Une autre fois, avec le même instrument, j'avais enlevé très-facilement un épithélioma superficiel de la commissure intermaxillaire avec envahissement du pilier antérieur voisin; enfin j'avais pratiqué de la même manière l'extirpation partielle de la langue. En conséquence je voulus appliquer la méthode à l'ablation du voile du palais, j'allai donc opérer mon premier malade à la Ferté-sous-Jouarre où il résidait.

Mais le malheur voulut que, par mégarde, j'emportai une pile hors de service. Nous étions trop loin de Paris et le malade était trop bien disposé pour qu'il fût possible ni de changer l'appareil ni d'ajourner l'opération. Comme j'étais d'ailleurs abondamment muni d'instruments appropriés, je fis l'ablation avec les pinces de Museux, le bistouri boutonné et les ciseaux. Ce fut un travail extrêmement laborieux et une séance opératoire dont je me souviendrai longtemps. Le tissu morbide, très-vasculaire et très-friable, saignait au moindre contact, se déchirait en lambeaux sous la pince. Le sang tombant presque directement dans le larynx provoquait de la suffocation, de la toux, et de violents efforts d'expulsion. A plusieurs reprises nous dûmes nous arrêter pour donner à la respiration le temps de se rétablir. Il ne fallut guère moins d'une heure pour terminer cette rude entreprise. Dans les heures qui suivirent, le suintement sanguin, quoique peu abondant, continua et provoqua plusieurs accès violents de dyspnée. A huit heures du soir je fus témoin d'un de ces accès, dans lequel l'opéré eût inévitablement succombé sans la flagellation énergique de l'épigastre, qui parvint, après une longue angoisse, à dissiper l'asphyxie commençante.

L'opération néanmoins fut couronnée de succès, mais je me promis bien, si pareille occasion se présentait, d'employer une méthode plus sûre, et je compris la raison d'être des procédés de ligature multiple qu'on trouve décrits dans les traités classiques de médecine opératoire. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 2 décembre 1874, M. Duburquois (Alexandre-Thomas-Didier), médecin de 1re classe de la marine, a été promu au grade de médecin principal.

— Par arrêté en date du 20 août 1874, un concours s'ouvrira le 7 mars 1875, à Toulouse, pour un emploi de suppléant d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville.

— La Société de médecine du Nord décernera un prix de 500 francs au meilleur mémoire inédit qui lui sera adressé avant le 1er janvier 1875 (terme de rigueur) sur un sujet de médecine ou de chirurgie.

Sans imposer aux compétiteurs un sujet à son choix, la Société verrait avec plaisir les auteurs des travaux mettre à profit les récentes acquisitions de la physiologie et de la pathologie expérimentales.

Un prix de 200 francs, fondé par un confrère qui désire garder l'anonyme sera, selon ses intentions, accordé à « l'auteur du meilleur mémoire sur l'*histologie normale ou pathologique de l'appareil de la vision ;* ou à défaut, au meilleur travail d'*anatomie pathologique* et plus particulièrement d'*histologie pathologique de l'enveloppe cutanée.*

Les mémoires lisiblement écrits en français seront seuls admis à concourir. Les planches qui seraient jointes aux mémoires doivent être manuscrites. Les manuscrits envoyés deviennent la propriété de la Société.

Les rapports des concours et les mémoires couronnés paraîtront dans le *Bulletin médical du Nord.*

De plus la Société publiera dans le *Bulletin* les travaux qui, sans mériter les prix, lui paraîtront néanmoins dignes de la publicité. Dans ce cas, un tirage à part de cent exemplaires sera adressé à l'auteur.

Les mémoires seront envoyés à l'un des secrétaires de la société suivant la forme académique, c'est-à-dire *franco,* sans indication de nom d'auteur et portant une devise répétée sur un billet cacheté contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

Ce billet ne sera ouvert que pour les mémoires couronnés ou publiés.

Tout auteur qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera exclu du concours.

— *Hôtel-Dieu.* — M. le docteur Ball, suppléant de M. le professeur Béhier, commencera ses leçons cliniques, mardi 8 septembre, à neuf heures et demie, et les continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Fort commencera un cours public et gratuit sur l'*anatomie chirurgicale* des principales régions, le lundi 7 septembre 1874, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'école pratique, les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. Fort recommencera ses *cours particuliers d'anatomie et ses démonstrations de dissection,* le 12 actobre 1874.

— M. le docteur Burq, rue Nicolaï, n° 4, à Charenton, désirerait s'associer avec un confrère pour fonder un *Institut métallothérapique.*

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 104. — MARDI 8 SEPTEMBRE 1874. 47e ANNÉE. MARDI 8 SEPTEMBRE 1874. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

CONFÉRENCE DE VIENNE.

La conférence sanitaire internationale de Vienne a tenu ses séances du 1er juillet au 1er août 1874. Nous reproduisons le relevé officiel des conclusions adoptées par la conférence, fait par une commission composée de MM. d'Alber-Glanstätten (Autriche), Adrien Proust (France), Van Cappelle (Pays-Bas).

PREMIÈRE PARTIE. — QUESTIONS SCIENTIFIQUES.

I. *Origine et genèse du choléra; endémicité et épidémicité de cette maladie dans l'Inde.*

« Le choléra asiatique, susceptible de s'étendre (épidémique) se développe spontanément dans l'Inde, et c'est toujours du dehors qu'il arrive, quand il éclate dans d'autres pays. »

Adopté à l'unanimité.

« Il ne revêt pas le caractère endémique dans d'autres pays que l'Inde. »

Adopté à l'unanimité.

II. *Questions de transmissibilité.*

1. *Transmissibilité par l'homme.* — « La conférence accepte la transmissibilité du choléra par l'homme venant d'un milieu infecté; elle ne considère l'homme comme pouvant être la cause spécifique qu'en dehors de l'influence de la localité infectée; en outre, elle le regarde comme le propagateur du choléra, lorsqu'il vient d'un endroit où le germe de la maladie existe déjà. »

Adopté à l'unanimité.

2. *Transmissibilité par les effets à usage.* — « Le choléra peut être transmis par les effets à usage provenant d'un lieu infecté, et spécialement par ceux qui ont servi aux cholériques; et même il résulte de certains faits que la maladie peut être importée au loin par ces mêmes effets renfermés à l'abri du contact de l'air libre. »

Adopté à l'unanimité.

3. *Transmissibilité par les aliments et les boissons.* — *a*) Aliments.

La conférence ne possédant pas de preuves concluantes pour la transmission du choléra par les aliments, ne se croit pas autorisée à prendre une décision à cet égard.

Résultat du vote : 11 oui, 7 non.

Allemagne, non. — Autriche, non. — Hongrie, non. — Belgique, oui. — Danemark, oui. — Grande-Bretagne, oui. — Grèce, oui. — Italie, non. — Luxembourg, oui. — Norvége, non. — Pays-Bas, oui. — Perse, oui. — Portugal, oui. — Roumanie, non. — Russie, oui. — Serbie, oui. — Suède, oui. — Suisse, non.

b) Boissons :

« Le choléra peut être propagé par les boissons, particulièrement par l'eau. »

Adopté à l'unanimité.

4. *Transmissibilité par les animaux.* — « On ne connaît aucun fait probant de la transmissibilité du choléra par les animaux à l'homme, mais il est très-rationnel d'en admettre la possibilité. »

10 oui, 2 non, 6 abstentions.

Allemagne, oui. — Autriche, oui. — Hongrie, oui. — Belgique, s'abstient. — Danemark, oui. — Grande-Bretagne, s'abstient. — Grèce, s'abstient. — Italie, oui. — Luxembourg, s'abstient. — Norvége, oui. — Pays-Bas, s'abstient. — Perse, non. — Portugal, oui. — Roumanie, oui. — Russie, s'abstient. — Serbie, non. — Suède, oui. — Suisse, oui.

5. *De la transmissibilité par les marchandises.* — « Tout en constatant, à l'unanimité, l'absence de preuves à l'appui de la transmission du choléra par les marchandises, la conférence a admis la possibilité du fait dans certaines conditions. »

13 oui, 5 abstentions.

Allemagne, oui. — Autriche, oui. — Hongrie, oui. — Belgique s'abstient. — Danemark, oui. — Grande-Bretagne, s'abstient. — Grèce, oui. — Italie, oui. — Luxembourg, oui. — Norvége, oui. — Pays-Bas, oui. — Perse, s'abstient. — Portugal, oui. — Roumanie, oui. — Russie, s'abstient. — Serbie, s'abstient. — Suède, oui. — Suisse, oui.

6. *Transmissibilité par les cadavres cholériques.* — « Bien qu'il ne soit pas prouvé par des faits concluants que les cadavres de cholériques puissent transmettre le choléra, il est prudent de les considérer comme dangereux. »

Adopté à l'unanimité.

7. *Transmissibilité par l'atmosphère seule.* — « Aucun fait n'est venu prouver jusqu'ici que le choléra puisse se propager au loin par l'atmosphère seule, dans quelque condition qu'elle soit; et qu'en outre, c'est une loi, sans exception, que jamais une épidémie de choléra ne s'est propagée d'un point à un autre dans un temps plus court que celui nécessaire à l'homme pour s'y transporter. »

« L'air ambiant est le véhicule principal de l'agent générateur du choléra; mais la transmission de la maladie par l'atmosphère reste, dans l'immense majorité des cas, limitée à une distance très-rapprochée du foyer d'émission. Quant aux faits cités de transport par l'atmosphère à un ou plusieurs milles de distance, ils ne sont pas suffisamment concluants. »

Adopté à l'unanimité.

8. *Action de l'air sur la transmissibilité.* — « Il résulte de l'étude des faits qu'à l'air libre le principe générateur du choléra perd rapidement son activité morbifique, telle était la règle; mais, dans certaines conditions particulières de confinement, cette activité peut se conserver pendant un temps indéterminé.

« Le choléra peut être transmis par les effets à usage provenant d'un lieu infecté et spécialement par ceux qui ont servi aux cholériques; et même il résulte de certains faits que la maladie peut être

importée au loin par ces mêmes effets renfermés à l'abri du contact de l'air libre.

« Les grands déserts sont une barrière très-efficace contre la propagation du choléra, et il est sans exemple que cette maladie ait été importée en Égypte ou en Syrie, à travers le désert, par les caravanes parties de la Mecque. »

Adopté à l'unanimité.

III. *Durée de l'incubation.*

« Dans presque tous les cas, la période d'incubation, c'est-à-dire le temps écoulé entre le moment où un individu a pu contracter l'intoxication cholérique et le début de la diarrhée prémonitoire ou du choléra confirmé, ne dépasse pas quelques jours. Tous les faits cités d'une incubation plus longue se rapportent à des cas qui ne sont pas concluants, ou bien parce que la diarrhée prémonitoire a été comprise dans la période d'incubation, ou bien parce que la contamination a pu avoir lieu après le départ du lieu infecté.

« L'observation montre que la durée de la diarrhée cholérique, dite prémonitoire, — qu'il ne faut pas confondre avec toutes les diarrhées qui existent en temps de choléra, — ne dépasse pas quelques jours.

« Les faits cités comme exceptionnels ne prouvent pas que les cas de diarrhée qui se prolongent au-delà appartiennent au choléra et soient susceptibles de transmettre la maladie, quand l'individu atteint a été soustrait à toute cause de contamination. »

Résultat du vote : 13 oui, 1 non, 4 abstentions.

Allemagne, s'abstient. — Autriche, oui. — Hongrie, oui. — Belgique, oui. — Danemark, oui. — Grande-Bretagne, oui. — Grèce, oui. — Italie, oui. — Luxembourg, s'abstient. — Norvége, oui. — Pays-Bas, oui. — Perse, oui. — Portugal, oui. — Roumanie, s'abstient. — Russie, oui. — Serbie, oui. — Suède, s'abstient. — Suisse, non.

IV. *Questions de la désinfection.*

1. « Connaît-on des moyens ou des procédés de désinfection grâce auxquels le principe générateur ou contagieux du choléra peut sûrement être détruit ou perdre de son intensité ? »

12 non, 7 abstentions.

Allemagne, non. — Autriche, non. — Hongrie, non. — Belgique, non. — Danemark, s'abstient. — France, s'abstient. — Grande-Bretagne, non. — Grèce, non. — Italie, s'abstient. — Luxembourg, non. — Norvége, s'abstient. — Pays-Bas, non. — Perse, non. — Portugal, s'abstient.

2. « Connaît-on des moyens ou des procédés de désinfection grâce auxquels le principe générateur ou contagieux du choléra peut, avec quelque chance de succès, être détruit ou perdre de son intensité ? »

Résultat : 13 oui, 5 non.

Allemagne, non. — Autriche, non. — Hongrie, non. — Belgique, oui. — Danemark, non. — Grande-Bretagne, oui. — Grèce, oui. — Italie, oui. — Luxembourg, oui. — Norvége, oui. — Pays-Bas, oui, Perse, oui. — Portugal, oui. — Roumanie, oui. — Russie, non. — Serbie, oui. — Suède, oui. — Suisse, oui.

3. « La science ne connaît pas encore de moyens désinfectants certains et spécifiques; en conséquence, la conférence reconnaît une grande valeur aux mesures hygiéniques telles que : aération, lotions profondes, nettoyage, etc., combinées avec l'emploi des substances regardées actuellement comme désinfectantes. »

Adopté à l'unanimité.

DEUXIÈME PARTIE. — QUESTIONS DES QUARANTAINES.

I. *Quarantaines de terre.*

« Considérant que les quarantaines de terre sont inexécutables et inutiles, vu les nombreux moyens de communication qui augmentent de jour en jour; considérant, en outre, qu'elles portent des atteintes graves aux intérêts commerciaux, la conférence rejette les quarantaines de terre. »

13 oui, 4 non, 2 abstentions.

Allemagne, oui. — Autriche, oui. — Hongrie, oui. — Belgique, oui. — Danemark, oui. — France, non. — Grande-Bretagne, oui. — Grèce, non. — Italie, oui. — Luxembourg, s'abstient. — Norvége, oui. — Pays-Bas, oui. — Perse, oui. — Portugal, non. — Roumanie, oui. — Russie, oui. — Serbie, non. — Suède, oui. — Suisse, s'abstient.

II. *Quarantaines maritimes.*

I. *Mesures à prendre en dehors de l'Europe.* — En vue de prévenir de nouvelles invasions du choléra en Europe, la conférence approuve les mesures recommandées par la conférence de Constantinople, notamment les quarantaines appliquées dans la mer Rouge et dans la mer Caspienne.

Ces quarantaines devront être instituées et organisées d'une manière complète et satisfaisante, selon les maximes d'hygiène les plus rigoureuses.

II. *Mesures à prendre dans les ports de l'Europe.* — Lorsque le choléra a fait invasion en Europe, la conférence recommande le système d'inspection médicale; mais, pour les États qui préfèrent maintenir les quarantaines, elle établit les bases d'un règlement quarantenaire.

A. *Système de l'inspection médicale.* — § 1. — Il y aura, dans chaque port ouvert au commerce, une autorité sanitaire composée de médecins et d'administrateurs, aidés par un personnel de service. Le nombre des membres de ces différentes catégories variera dans chaque port selon l'importance du mouvement maritime, mais il devra être suffisant pour pouvoir accomplir dans toutes les circonstances et avec rapidité les mesures exigées pour les navires, les équipages et les passagers.

Le chef de ce service sera toujours tenu au courant par des communications officielles de l'état sanitaire de tous les ports infectés de choléra.

§ 2. — Les navires provenant d'un port net, n'ayant (d'après la déclaration sous serment du capitaine) touché dans leur voyage aucun port intermédiaire suspect, ni communiqué directement avec aucun navire suspect, et sur lesquels, durant le voyage, on n'aura constaté aucun cas suspect ou confirmé de choléra, auront la libre pratique.

§ 3. — Les navires provenant d'un port suspect ou infecté et ceux provenant de ports non suspects, mais qui ont eu dans le voyage des relations intermédiaires compromettantes ou sur lesquels il y a eu, durant la traversée, des cas suspects de maladie ou de mort de choléra, seront soumis dès leur arrivée à une visite médicale rigoureuse pour constater l'état sanitaire du bord.

§ 4. — S'il résulte de la visite médicale qu'il n'existe parmi les hommes de l'équipage et les passagers aucun cas suspect de maladie ou de mort de choléra, le navire, avec tout ce qu'il renferme, sera admis à la libre pratique. Mais si des cas de choléra ou de nature suspecte se sont manifestés à bord durant la traversée, le navire, les vêtements et les effets à usage de l'équipage et des passagers seront soumis d'abord à une désinfection rigoureuse, bien que l'équipage et les passagers aient été trouvés indemnes du choléra dans le port.

§ 5. — S'il y a à l'arrivée des cas suspects de maladie ou de mort de choléra, les malades seront immédiatement transportés dans un lazaret ou dans un local isolé pouvant en tenir lieu et prêt à les recevoir; les cadavres seront jetés à la mer avec les précautions d'usage ou ensevelis après avoir été convenablement désinfectés; les passagers et l'équipage seront soumis à une désinfection rigoureuse, et le navire lui-même sera désinfecté après qu'on en aura éloigné les passagers et la partie du personnel de l'équipage qui n'est pas nécessaire à la désinfection et à la surveillance.

Les vêtements et les effets à usage des malades et même des passagers sains seront assujettis, dans un local spécial et sous le contrôle rigoureux de l'autorité sanitaire, à une radicale désinfection.

Après cette désinfection, les effets seront rendus aux passagers et aux personnes de l'équipage qui seront admis à la libre pratique.

§ 6. — Les marchandises débarquées seront admises à la libre pratique, à l'exception des chiffons et autres objets susceptibles, que l'on devra soumettre à une radicale désinfection.

B. *Système des quarantaines.* — *Provenances de ports infectés.* 1° Les provenances de ports infectés sont soumises à une observation variant de un à sept jours pleins, selon les cas. Dans les ports des États orientaux de l'Europe, et ailleurs dans certains cas exceptionnels seulement, la durée de l'observation peut être portée à dix jours.

Navires suspects. — 2° Si l'autorité sanitaire a la preuve suffisante qu'aucun cas de choléra ou de nature suspecte n'a eu lieu à bord durant la traversée, la durée de l'observation est de trois à sept jours, à dater de l'inspection médicale.

Si, dans ces conditions, la traversée a duré au moins sept jours, l'observation est réduite à vingt-quatre heures pour les constatations et les désinfections qui pourraient être jugées nécessaires.

Dans les cas de cette catégorie, la quarantaine d'observation peut être purgée à bord, tant qu'aucun cas de choléra ou d'accidents suspect ne s'est manifesté, et si les conditions hygiéniques du navire le permettent.

Dans ces cas, le déchargement du navire n'est point obligatoire.

Navires infectés. — 3° En cas de choléra ou d'accidents suspects soit durant la traversée, soit après l'arrivée, la durée de l'observation pour les personnes non malades est de sept jours pleins à dater de leur isolement dans un lazaret ou dans un endroit pouvant en tenir lieu.

Les malades sont débarqués et reçoivent les soins convenables dans un local isolé et séparé des personnes en observation.

Le navire et tous les objets susceptibles sont soumis à une désinfection rigoureuse, après laquelle les personnes restées à bord du navire sont assujetties à une observation de sept jours.

Provenances de ports suspects. — 4° Les provenances des ports suspects, c'est-à-dire voisins d'un port où règne le choléra et ayant des relations libres avec ce port, peuvent être soumis à une observation qui n'excédera pas cinq jours, si aucun accident suspect ne s'est produit à bord.

Dispositions diverses. — 5° Les navires chargés d'émigrants, de pèlerins et, en général, tous les navires jugés particulièrement dangereux pour la santé publique, peuvent, dans les conditions mentionnées précédemment, être l'objet de précautions spéciales, que déterminera l'autorité sanitaire du port d'arrivée.

6° Lorsque les ressources locales ne permettent pas d'exécuter les mesures ci-dessus prescrites, le navire infecté est dirigé sur le plus prochain lazaret, après avoir reçu tous les secours que réclame sa position.

7° Un navire provenant d'un port infecté, qui a fait escale dans un port intermédiaire et y a reçu libre pratique sans avoir fait de quarantaine, est considéré et traité comme provenant d'un port infecté.

8° Dans les cas de simple suspicion, les mesures de désinfection ne sont pas de rigueur, mais elles peuvent être pratiquées toutes les fois que l'autorité sanitaire le juge convenable.

9° Un port où le choléra règne épidémiquement ne doit plus appliquer de quarantaine proprement dite, mais doit pratiquer seulement des mesures de désinfection.

C. *Dispositions communes aux deux systèmes.* — (Inspections médicales, quarantaines). — § 1. Le capitaine, le médecin, et les officiers du bord sont tenus de déclarer à l'autorité sanitaire tout ce qu'ils peuvent savoir d'apparition suspecte de maladie parmi l'équipage et les passagers.

En cas de fausse déclaration ou de réticence calculée, ils sont passibles des peines édictées par les lois sanitaires. Il serait à désirer qu'une entente internationale s'établît à ce sujet.

§ 2. — La désinfection soit des effets à usage, soit des navires, sera opérée par les procédés que les autorités compétentes de chaque pays jugeront les mieux appropriés aux circonstances.

La conférence adopte :

21 oui, 1 abstention (Espagne).

La conférence a exprimé le vœu qu'une loi pénale applicable aux contraventions sanitaires soit édictée dans l'empire ottoman.

15 oui, 4 non; 3 abstentions.

Allemagne, non. — Autriche, non. — Hongrie, non. — Belgique, oui. — Danemark, abstention. — Espagne, oui. — France, oui. — Grande-Bretagne, oui. — Grèce, oui. — Italie, non. — Luxembourg, oui. — Norvége, abstention. — Pays-Bas, oui. — Perse, oui. — Portugal, oui, — Roumanie, oui. — Russe, oui. — Serbie, oui. — Suède, abstention. — Suisse, oui. — Turquie, oui. — Égypte, oui.

III. *Quarantaines fluviales.*

Toutes les raisons produites pour démontrer que les quarantaines par terre sont impraticables et inutiles pour empêcher la propagation du choléra, sont également valables pour les quarantaines dans le cours des fleuves.

Toutefois les mesures recommandées dans le système de l'inspection médicale adopté par la conférence peuvent y être appliquées aux navires ayant le choléra à bord.

Quant aux ports de l'embouchure, ils rentrent dans la catégorie des ports maritimes, et par conséquent les mêmes mesures sont applicables.

19 oui, 3 abstentions (Serbie, Turquie, Égypte).

TROISIÈME PARTIE. — Projet de création d'une commission nationale permanente des épidémies.

I. *But. Utilité.* — Il sera institué à Vienne une Commission sanitaire internationale permanente ayant pour objet l'étude des maladies épidémiques.

II. *Attributions.* — Les attributions de cette Commission seront purement scientifiques.

La Commission aura pour tâche principale l'étude du choléra au point de vue de l'étiologie et de la prophylaxie.

Néanmoins elle pourra comprendre dans ses études les autres malades épidémiques.

A cet effet, elle tracera un programme comprenant les recherches devant être entreprises d'une manière uniforme par tous les Etats contractants sur l'étiologie et la prophylaxie du choléra et des autres maladies épidémiques.

Elle fera connaître le résultat de ses travaux.

Enfin elle pourra proposer la convocation de conférences sanitaires internationales, et elle sera chargée d'élaborer le programme de ces conférences.

III. *Composition. Fonctionnement.* — La commission sera composée de médecins délégués par les gouvernements participants.

Il y aura, au siége de la commission, un bureau à résidence fixe, chargé de centraliser les travaux et de donner suite aux délibérations de la Commission générale. La nomination et la composition de ce bureau sont laissées aux soins de la commission générale.

Les gouvernements des États participants donneront à leurs autorités sanitaires et à leurs conseils d'hygiène publique les instructions nécessaires pour fournir à la Commission internationale tous les renseignements relatifs aux questions qui rentrent dans le cercle de ses études.

Dans les pays où des conseils sanitaires internationaux sont établis, ceux-ci fourniront tous les renseignements qu'ils possèdent, et prescriront les recherches nécessaires.

IV. *Voies et moyens.* — Les frais nécessités pour le fonctionnement de la Commission internationale seront répartis entre les divers États intéressés, et seront réglés par voie diplomatique.

V. *Postes et missions.* — Dans les pays où il n'y a pas de service sanitaire organisé, les études seront faites avec l'assentiment du gouvernement local, par des missions temporaires ou par des médecins en résidence fixe.

Ces missions et ces postes sanitaires fixes, institués par voie internationale, seront créés d'après les indications de la Commission internationale, recevront d'elles leurs instructions, et lui rendront compte de leurs travaux.

Article additionnel. — Il serait à désirer qu'un Conseil de santé international, analogue à ceux qui fonctionnent avec tant d'avantage à Constantinople et à Alexandrie, fût institué en Perse.

Un tel conseil contribuerait beaucoup, par l'autorité de ses avis, donnés en connaissance de cause, à améliorer les conditions sanitaires

de ce pays, et serait en même temps un puissant moyen de protection contre l'invasion des épidémies en Europe.

Annexe à l'article 2 *du projet de création d'une Commission internationale des épidémies.* — Comme premières recherches, la Commission pourrait s'occuper des questions suivantes :

1° L'étude régulière et suivie de la quantité de pluie et de la quantité d'eau d'évaporation pendant l'année dans les stations suivantes :

Bender-Bouschir. — Ispahan. — Téhéran. — Tauris. — Suez. — Alexandrie. — Astrakan. — Bakou. — Tiflis.

2° L'étude scientifique des conditions telluriques de ces différentes villes.

3° L'examen plus exact, et entrepris avec plus d'esprit d'analyse, qu'il ne l'a été jusqu'ici, de l'apparition et de la propagation du choléra sur les vaisseaux.

Les recherches porteront provisoirement sur quelques lignes très-fréquentées.

Calcutta-Maurice. — Alexandrie-Malte. — Alexandrie-Marseille. — Southampton-Amérique du Nord. — Hambourg-New-York. — Singapoor-Aden-Djeddah. — Calcutta-Aden-Djeddah. — Bombay-Aden-Djeddah. — Naples-Venise.

4° Faire constater les premiers cas de chaque épidémie de choléra qui éclate, dans les différentes localités et spécialement dans les ports maritimes de l'Europe, et réunir tous les éléments d'une statistique complète relative à la marche du choléra en Europe.

5° La détermination par des faits scientifiques de la durée précise de l'incubation du choléra.

Adopté à l'unanimité.

QUATRIÈME PARTIE

La conférence a entendu plusieurs communications sur la fièvre jaune, mais elle a décidé à l'unanimité que cette question devait être renvoyée à la Commission internationale permanente des épidémies dont elle a proposé la création.

Le présent relevé des conclusions de la conférence sanitaire internationale a été adopté, dans la séance du 1er août 1874, et signé par MM. les délégués :

Allemagne : Pettenkofer.
Autriche : A. d'Alber-Glanstätten. — F. Ulrich. — Ch. Haardt de Hartenthurn. — A. Drasche.
Hongrie : Ch. Sigmund de Ilanor. — L. Grosz. — Hector de Catinelli. — J. Schlosser de Klekovsky. — N. Severinski.
Belgique : Lefebvre.
Danemark : P.-A. Schleisner.
Espagne : François Mendez-Alvaro. — Bartolomé Gomez de Bustamante. — Boniface Montejo Robledo.
France : N. de Ring. — A. Fauvel. — A. Proust.
Grande-Bretagne : Dickson. — C. Seaton.
Grèce : D. G. Orphanidès.
Italie : M. Semmola.
Luxembourg : P. Schmit.
Norvége : C. Larsen.
Pays-Bas : H. L. Reeder. — H. Van Cappelle.
Perse : J. E. Polak.
Portugal : J. T. de Sousa-Martins.
Roumanie : Markovitz.
Russie : E. Lenz. — M. Kastorsky.
Serbie : E. Milossavlevitch.
Suède : R. Kleen.
Suisse : Ch. Zehnder. — A. Ziegler.
Turquie : Bartoletti Effendi. — Aali Bey.
Égypte : Colucci Pacha. — Dr Régny Bey.

Vienne, le 1er août 1874.

Les secrétaires : Dr Plason. De Malfatti.

Le président de la Conférence : Baron de Gagern.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Blondeau.

Hydronéphrose rapide terminée par la rupture de la poche et la mort du malade.

Le 24 février 1874, un vieillard de soixante-huit ans, de ma clientèle habituelle, me fit appeler dans la matinée, se plaignant d'avoir été pris, la veille au soir, d'un violent accès de fièvre précédé d'un gros frisson. Ce malaise, qu'il attribuait à un refroidissement, durait encore le matin de ma visite et consistait surtout en des douleurs généralisées, plus spécialement en une douleur assez vive occupant la base de la poitrine en arrière et à droite. Ces douleurs étaient accompagnées de fièvre qui, moins intense qu'au début, l'était encore cependant à en juger par l'élévation de la température de la peau, par la fréquence du pouls, au-delà de 100, et par la plénitude et la dureté des pulsations, par l'anorexie, la soif, et l'état saburral de la langue. Je ne trouvais aucun signe d'affection de l'appareil respiratoire, pas plus que je ne trouvais du côté des viscères abdominaux aucun symptôme spécial, aucun signe de phlegmasie.

Le lendemain, le malade se plaignait, indépendamment de ses douleurs qui persistaient, d'un mal de gorge; je constatais, en effet, une rougeur diffuse très-prononcée de la membrane muqueuse du voile, des piliers du voile du palais, sans tuméfaction des amygdales, rougeur s'étendant non-seulement à la voûte palatine, mais aussi aux parois de la cavité buccale.

Je crus, en raison de ce phénomène coïncidant avec les douleurs généralisées, avoir affaire à une angine rhumatismale; je me croyais d'autant plus fondé à poser ce diagnostic, que le malade — je le savais d'expérience pour lui donner mes soins depuis plus de dix ans, — était essentiellement rhumatisant.

Je me bornai donc, pour tout traitement, à des injections pharyngées faites avec un mélange de sirop de ratanhia et d'eau chaude.

Mais le surlendemain, quatrième jour du début de la maladie, j'étais frappé et effrayé de trouver les parties affectées tapissées entièrement d'une sorte d'enduit muqueux, jaunâtre, épais, analogue à celui qui, dans les cas de muguet grave, forme pour ainsi dire le terrain où se développe la mucédinée. J'en étais effrayé parce que, dans plusieurs circonstances, j'avais vu ces accidents se produire chez des individus affectés de maladies graves des voies urinaires, et parce que je n'ignorais pas que le malade était sujet, depuis plusieurs années, à des coliques néphrétiques. Mon attention formellement portée de ce côté, j'examinai les urines. Elles étaient restées abondantes, claires sans être limpides; acides sans odeur autre que leur odeur la plus normale; sans trace, non pas seulement de mucosités ou de pus, mais sans trace d'albuminurie, comme je m'en assurai en les traitant par l'acide nitrique et par la chaleur.

Tout en faisant mes réserves sur mon premier diagnostic, et ne voyant pas d'autre indication à remplir que de laisser le malade à l'expectation, en bornant ce traitement : aux injections détersives et légèrement astringentes, au repos au lit, à la diète, que commandait d'ailleurs la persistance du mouvement fébrile, quelque atténué qu'il fût de jour en jour; aux boissons acidules, auxquelles j'ajoutais deux deux verres d'eau de Contrexéville dans la journée; tout en faisant mes réserves, je m'arrêtai à l'idée d'une affection rhumatismale, et ce diagnostic me parut plus encore justifié lorsque, au huitième jour du début des accidents, fut survenue tout autour des lèvres une éruption d'*herpès*, coïncidant avec la cessation de la fièvre.

L'angine et la stomatite paraissaient elles-mêmes se guérir, en ce sens que l'exsudation muqueuse pultacée se développait notablement; je croyais par conséquent que cette maladie était fixée; mais préoccupé que j'étais de cette forme des accidents pharyngés et buccaux dont l'apparition m'avait si fort alarmé, je surveillai la convalescence. Celle-ci, d'ailleurs, était loin de s'établir franchement, car, indépendamment de la persistance de l'anorexie, que des médications toniques ne pouvaient vaincre, j'étais inquiet de la faiblesse également persistante du malade, non-seulement de la faiblesse physique, qui ne lui permettait pas de quitter son lit, mais encore de la faiblesse de ses facultés intellectuelles, se traduisant par une sorte d'engourdissement de la pensée, par une taciturnité qui, tout en étant dans

les habitudes du malade, épuisé dans ces dernières années par le chagrin que lui avait causé la mort de son fils, tué pendant le siége de Paris, était singulièrement exagérée.

Jusqu'au 25 février, il ne se passa rien de notable en dehors de ce que je viens de signaler; mais le jour où le malade fut repris de fièvre, qui s'exaspère vers le soir sans avoir été ni précédée, ni accompagnée de frisson, les douleurs qui, tout en ayant sensiblement diminué, n'avaient néanmoins pas complétement cédé, la douleur à la base de la poitrine, en arrière à gauche, cette douleur surtout, parurent se reproduire avec une nouvelle intensité; cependant, avec quelque attention que je fisse mon examen, je ne trouvais ni dans l'abdomen, ni dans la région lombaire aucun signe d'affection, aucune tuméfaction.

Le lendemain 26 février, en explorant le ventre, je fus surpris d'y rencontrer une tumeur, qui certainement n'existait pas la veille, tumeur arrondie, du volume d'un petit œuf d'autruche, dure, lisse, sans apparence de fluctuation. Elle siégeait au-dessous du foie, dont elle était très-nettement distincte, et son existence fut également reconnue, quelques heures plus tard, par un ami M. le docteur Henry Guéneau de Mussy, que j'appelai en consultation.

En tenant compte de la brusque apparition de cette tumeur, de son siége, de sa forme; en tenant compte de ce fait que le malade était sujet aux coliques néphrétiques, qu'à diverses reprises, depuis plusieurs années, il avait rendu des graviers d'acide urique, graviers qu'il avait conservés, et parmi lesquels j'en trouvais qui présentaient le volume d'un gros noyau de cerise, en tenant compte enfin de ce que, l'avant-veille, le malade avait encore rendu un de ces graviers du volume d'un petit pois nouveau, il me parut évident que cette tumeur était constituée par le rein, et que celui-ci était le siége d'une accumulation de l'urine retenue par un calcul engagé soit dans le bassinet, soit dans la partie supérieure de l'urèthre. Cette opinion fut celle de M. Guéneau de Mussy, bien que la fluctuation, signe de l'hydronéphrose, fît absolument défaut.

Vingt-quatre heures après, cette tumeur était encore augmentée de volume, et comme il me semblait qu'il y avait alors une fluctuation profonde, je proposai d'appeler un chirurgien, qui confirmerait ou infirmerait mon diagnostic et agirait dans le cas où il jugerait opportun d'agir. Le malade préféra avoir préalablement l'avis d'un médecin auquel il avait eu occasion de s'adresser accidentellement à diverses reprises, et cette consultation fut fixée au lendemain matin.

Lors de cette visite, l'état général était plus satisfaisant, en ce sens que la fièvre était tombée et que les facultés intellectuelles avaient repris plus de vivacité. Mais l'état local n'avait subi d'autre modification qu'un accroissement de la tumeur. Le médecin jugea que celle-ci occupait uniquement l'urétère, et comme, indépendamment de l'augmentation de volume de la tumeur, il s'était produit du ballonnement du ventre, coïncidant avec une douleur, propagation de celle qui, depuis le début des accidents, était accusée dans la région lombaire, le consultant en inféra l'existence d'une péritonite, d'ailleurs circonscrite, bien qu'il n'y eût eu ni vomissements ni nausées. Il conclut, du reste, que la convalescence n'allait pas tarder à s'établir, et conseilla une tisane diurétique faite avec la décoction de baies de genièvre; — c'était, sous une autre formule, la médication que j'avais déjà instituée depuis plusieurs jours, et qui consistait en l'administration de perles d'essence de térébenthine, — et il ajouta des onctions sur les régions correspondantes à la tumeur avec de l'onguent napolitain.

Je revis le malade le soir. L'apparence de mieux qui semblait s'être produite, le matin, avait fait place à une formidable aggravation. La fièvre était vive, le pouls au-delà de 120, la peau chaude et sèche, la respiration fréquente, et le malade était dans une sorte de stupeur voisine du coma.

La situation me paraît d'une telle gravité, que je dus faire part à la famille de mes appréhensions, en insistant plus que jamais sur la nécessité de m'adjoindre un chirurgien.

Le lundi matin, la situation allait de mal en pis, et je courus prier M. le professeur Richet de venir m'assister. Malheureusement, M. Richet ne put me donner rendez-vous que pour six heures du soir, et quand nous arrivâmes à ce moment auprès du malade avec M. le docteur Henry de Mussy, que j'avais également convoqué, le malade était à toute extrémité, dans un coma profond, coïncidant avec un pouls à 160, une respiration au-delà de 50.

En examinant le ventre qui, tout ballonné qu'il fût, permettait encore son exploration profonde, ni M. Richet, ni M. Guéneau de Mussy, ni moi ne trouvâmes plus la tumeur, dont j'avais encore constaté l'existence. Toutefois, profondément, on rencontrait une masse dure, mal circonscrite, qui semblait en être le rudiment. De plus, toute la région lombaire était le siége d'une tuméfaction considérable, œdémateuse.

D'après ce dont nous avions été témoins, M. de Mussy et moi, il ressortait évidemment que nous nous trouvions en présence d'un cas de *rupture du rein*, occasionnée par une accumulation rapide de l'urine, et que la mort était la conséquence d'un empoisonnement par infiltration urineuse dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 avril 1873. — Présidence de M. DELASIAUVE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

ÉLECTION

M. Aubert-Roche est nommé membre honoraire de la société.

CORRESPONDANCE ÉCRITE

La correspondance écrite comprend : une lettre de M. le docteur de Beauvais, demandant la faveur d'un tour de lecture, pour communiquer à la société, à l'appui de sa candidature, un travail sur la *Balanite et la balanoposthite parasitaire et le phimosis symptomatique du diabète.*

RAPPORT

M. LEUDET lit un rapport sur la candidature de M. le docteur Marcet au titre de membre titulaire de la société :

Messieurs, je viens vous rendre compte d'un travail sur la *Matière organique des eaux minérales sulfureuses*, que M. le docteur Marcet, médecin consultant à Bagnères-de-Luchon, vous a lu, dans une de vos dernières séances, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire de notre société.

S'il est un problème d'hydrologie médicale difficile et complexe, c'est bien celui qui se rattache à la présence et au rôle des organismes vivants ou ayant vécu que l'on rencontre dans toutes les eaux thermales et particulièrement dans les eaux sulfureuses naturelles. La question intéresse à la fois le médecin et le savant, car elle touche à la thérapeutique aussi bien qu'à l'histoire naturelle et à la chimie. Aussi un très-grand nombre d'observations et de recherches laborieuses ont-elles été faites, depuis plus d'un siècle, pour élucider ce point litigieux de la science hydrologique.

Un double courant s'établit : d'un côté, les naturalistes et les médecins avec l'observation directe et le microscope; de l'autre, les chimistes avec leur analyse rigoureuse. Ce furent ces derniers qui l'emportèrent : la plus grande partie de nos connaissances sur la matière organique des eaux minérales nous vient de leurs recherches et de leurs travaux.

Dans ce bagage scientifique que nous a fait la chimie, il y a des vérités inattaquables; mais il y a aussi des incertitudes, des hypothèses et des erreurs.

Je ne ferai pas devant vous l'historique des études, des travaux de tous les chimistes qui ont abordé la question; vous le lirez dans le mémoire de M. Marcet ou dans le livre de Fontan sur les eaux minérales des Pyrénées. J'arrive immédiatement à ce qui fait l'originalité du travail de M. Marcet.

Pour bien apprécier les idées nouvelles, les faits nouveaux exposés et développés par notre confrère, il faut d'abord établir nettement ce que l'on entend aujourd'hui par matière organique des eaux sulfureuses.

Voici ce que la science enseigne sur ce point :

La matière organique des eaux sulfureuses est le plus communé-

ment appelée *barégine*, et se présente sous deux états : il y a la matière organique *dissoute* et la matière organique *déposée*. Cette barégine *déposée*, qui n'est qu'une concrétion organique amorphe de la barégine *dissoute*, existe elle-même sous deux formes différentes :

1° Libre et flottante à la surface de l'eau.

2° Appliquée par couches sur les canaux ou réservoirs.

Telle est la division généralement admise.

La barégine *en dissolution* est une substance azotée, sans forme fixe, sans organisation véritable. La barégine *en dépôt* ou *concrète*, n'étant qu'un produit de la barégine dissoute, n'offre pas non plus au microscope de trace d'organisation. Ce n'est que la deuxième variété de cette barégine concrète, celle qui se masse sur les réservoirs, et que M. Cazin appelle *sulfo-mucose*, ce n'est, dis-je, que cette variété qui soit réellement organisée et offre la structure d'un véritable végétal cryptogame, auquel Fontan a donné le nom de *sulfuraire*.

Ainsi, matière azotée non vivante, dissoute ou concrète, sans organisation réelle, sauf dans la variété déposée sur les parois des réservoirs, tel est l'enseignement donné par les auteurs les plus modernes.

M. Marcet n'accepte pas cet enseignement; il le trouve erroné, funeste aux progrès de la science. Laissant de côté la chimie, dont les empiétements sur l'observalion directe lui paraissent fâcheux, il reprend la voie tracée par les naturalistes et les médecins, par Bary de Saint-Vincent, par Petit, l'inspecteur de Vichy, par Séguier, par Fontan. Armé du microscope et à l'aide de grossissements considérables, il constate dans une goutte d'eau minérale la présence *d'organismes élémentaires, figurés, arrondis ou un peu allongés,* transparents, libres ou réunis en chapelet, doués d'un mouvement propre, et qu'on peut ranger dans les genres *Monas, Vibrio, Spirillum.* Le nombre de ces organismes est variable, et leur présence est constante.

C'est là le fait nouveau, l'idée capitale qui fait du mémoire de M. Marcet un travail vraiment original, marqué au coin d'une observation exacte et vraie. Les *éléments figurés*, suspendus dans l'eau minérale, M. Marcet les a fait voir à votre rapporteur dans une goutte d'eau prise tantôt dans une bouteille d'Eaux-Bonnes, tantôt dans une bouteille d'eau de Cauterets ; et je crois qu'à cet égard il ne saurait plus y avoir de doute.

Fort de ses observations microscopiques, M. Marcet combat donc la théorie chimique de la *dissolution* et de la *concrétion*, et établit une classification de la barégine plus simple et aussi plus méthodique. A la matière organique dissoute, il substitue la matière *organisée* et *vivante* suspendue dans l'eau : c'est la *barégine en suspension.* Au lieu d'une concrétion organique amorphe, résultat pur et simple du dépôt de la substance dissoute divisée en sept variétés par Anglada, et ramenée à des types plus exacts, mais encore mal définis par M. Cazin, notre savant confrère, fonde *deux* classes correspondant aux *deux* aspects sous lesquels se présentent ces concrétions organo-minérales. A la première classe appartient la *barégine membraneuse;* c'est la substance qui flotte dans les eaux, appelée *sulfodiphthérose* par M. Cazin, et qui n'est rien autre chose qu'un assemblage à proportions inégales de cristaux de soufre et de ces mêmes molécules organiques, que nous trouvons vivantes et libres dans la barégine en suspension. A la deuxième classe se rattache la *barégine filamenteuse* (sulfo-mucose de M. Cazin), également constituée par des corps organisés et par des corps inorganiques, par une algue particulière, la sulfurine de Fontan, et par de la silice et du soufre.

Barégine en suspension, barégine membraneuse, barégine filamenteuse, telle est la classification simple, facile à retenir, méthodique, correspondant exactement aux choses définies, que M. Marcet adopte, et qu'il substitue aux classifications antérieures.

Cette façon nouvelle d'envisager la matière organique des eaux sulfureuses n'a pas seulement pour résultat de remplacer une erreur inféconde et funeste par une vérité scientifique basée sur les données microscopiques les plus exactes. Grâce à elle, nous pouvons expliquer plus facilement l'origine même de ces substances organisées, et le rôle qu'elles jouent ou qu'elles sont appelées à jouer dans le traitement des diverses maladies.

Sans s'arrêter longtemps sur la question d'origine de la matière organique des eaux sulfureuses, sans donner à cette question une étendue que son travail ne comportait pas, M. Marcet s'en inquiète cependant, et il la résout de la manière suivante :

Pour lui, l'apparition de cette matière organique des eaux sulfureuses n'est pas plus mystérieuse que celle d'organismes analogues ou de nature différente dans l'eau des rivières, des ruisseaux, des marais : c'est-à-dire que les lois ordinaires de la création des êtres sont là comme partout souveraines maîtresses, et que, quelle que soit la théorie adoptée, quelle que soit la cause première acceptée, — panspermie ou hétérogénie — il faut toujours pour la production d'êtres vivants des conditions déterminées de chaleur, d'humidité, d'air.....

Donc, pour M. Marcet, les organismes, que l'on trouve dans les eaux sulfureuses, se développent et prennent naissance dans les eaux elles-mêmes, grâce aux conditions ordinaires de la vie de tout être organisé, c'est-à-dire aux conditions du milieu intérieur et du milieu extérieur. Notre confrère repousse, par conséquent, l'origine souterraine de la matière organique admise par les chimistes.

Je comprends et j'accepte sa manière de voir pour la barégine membraneuse et pour la barégine filamenteuse : ces deux variétés se rencontrent toujours dans les canaux ou réservoirs, le plus souvent au-delà du point d'émergence de la source, et sont soumises, par conséquent, à l'influence de toutes les causes propres à favoriser l'apparition d'être organisés. C'est ainsi que l'on ne les trouve jamais dans ces conduits verticaux, appelés *pompes* dans les établissements des Pyrénées, qui amènent immédiatement l'eau sulfureuse de bas en haut. Mais dans ces mêmes conduits verticaux, où l'eau sulfureuse ne subit pas le contact de l'air, où elle est quelquefois soumise à une température extrême, il existe dans cette eau de la matière organique; on y rencontre cette substance azotée que les chimistes disent être amorphe et dissoute, et dans laquelle M. Marcet trouve des organismes définis et vivants. Comment expliquer la présence d'organismes vivants dans un milieu dépourvu d'air et par une température quelquefois énorme. En dehors du contact de l'air et de certaines autres conditions de température et de pression, peut-il donc exister dans les eaux minérales une substance organique qui vive de sa vie propre?

C'est là une question que j'adresse à M. Marcet, une difficulté que je lui soumets, et qu'il n'a pas résolue.

Quant aux déductions pratiques qui résultent de cette connaissance nouvelle de la barégine, de sa composition, de sa nature réelle, elles ne sont que posées par l'auteur et feront l'objet d'un mémoire ultérieur. Notre confrère n'a voulu étudier aujourd'hui que le médicament, et nous promet de reprendre bientôt les expériences physiologiques et thérapeutiques, qui ont été faites tant de fois déjà, mais toujours, il faut le dire, avec des résultats incertains et souvent contradictoires. En reprenant ces essais thérapeutiques sur la barégine avec une direction plus sûre et une connaissance plus exacte et plus précise des circonstances de l'expérimentation, M. Marcet pourra peut-être nous apporter des résultats pratiques vainement cherchés jusqu'à ce jour.

J'espère, messieurs, vous avoir montré combien le travail de notre confrère renferme d'idées neuves et originales, toutes basées sur une observation exacte et précise. M. Marcet est licencié ès sciences naturelles et se présente à nous sous les auspices de notre distingué et très-aimé collègue M. Lunier : c'est tout dire, ce me semble, au point de vue du savoir et de l'honorabilité. Il aspire à s'asseoir parmi vous; son ambition me paraît légitime.

La commission, composée de : MM. Camuset, Lemoyne et Leudet, rapporteur, vous propose donc :

1° D'admettre M. Marcet au nombre de vos membres titulaires.

2° De renvoyer son travail au comité de publication.

DISCUSSION

M. GILLEBERT-D'HERCOURT père demande si M. Marcet a mentionné dans son mémoire : *Matière organique des eaux minérales sulfureuses*, les recherches de M. Montagne sur les nombreuses variétés d'algues qui se rencontrent dans ces eaux. Il ne sait pas non plus si l'auteur a parlé de ces corps, vibrions ayant jusqu'à un certain point une vie et une organisation animale.

M. LEUDET. M. Marcet a signalé dans les eaux de l'hôpital la présence de *globules de matière organique vivante*.

M. GILLEBERT-D'HERCOURT père. Je me suis occupé de cette question. Dans les eaux d'Enghien et principalement sur les tuyaux, il existe une grande quantité de vibrions qui se remuent, s'agitent, se déplacent et sont le siége de mouvements d'expansion qui ont lieu au niveau de la partie postérieure de l'infusoire. Réveil a étudié le rôle que jouent ces vibrions dans la conservation des eaux, et j'ai voulu m'en rendre compte par moi-même : j'ai laissé une partie des eaux à l'air libre ; au bout de six jours elles exhalaient l'odeur sulphydrique, et l'examen y décelait encore une grande quantité de vibrions pivotant sur leur extrémité caudale.

COMMUNICATION

M. BLONDEAU fait la communication suivante :

Hydro-néphrose rapide terminée par la rupture de la poche et par la mort du malade. (Voir plus haut.)

DISCUSSION

M. GILLETTE demande si, au moment où la rupture du kyste s'est effectuée, le malade n'a pas présenté de signes tenant à l'inflammation du péritoine.

M. BLONDEAU. Mon malade n'a offert aucun symptôme de péritonite : il a succombé au fait de l'épanchement urineux abondant qui s'est effectué dans le tissu cellulaire ambiant.

M. DUROZIEZ ne retrouve pas dans l'énumération des signes relatés par M. Blondeau les caractères d'une affection urémique. Le malade n'a eu ni vomissement, ni diarrhée, ni le coma caractéristique.

M. BLONDEAU. Je ne crois pas avoir eu affaire à l'urémie, mais bien aux accidents de l'infiltration urineuse.

M. DUROZIEZ ne comprend pas bien une infection urineuse qui détermine la mort en moins de dix heures : le malade n'a pas eu, du reste, du frisson, signe général de cette infection.

M. BLONDEAU insiste sur ce fait que, bien que le malade ait eu du ballonnement du ventre, il n'a pas offert de vomissements ni aucun des autres symptômes de la péritonite : il présentait une insensibilité presque complète. Pour lui, son malade est mort d'une rupture de l'hydro-néphrose ayant été suivie d'un épanchement considérable d'urine et par là d'infection rapide.

M. GILLETTE s'enquiert si, entre le moment où le malade jouissait encore de sa sensibilité et celui où a commencé le coma, il n'a pas présenté de douleur à la pression sur la région antéro-latérale de l'abdomen.

M. BLONDEAU. La rapidité presque foudroyante avec laquelle se sont effectués les accidents n'a pas permis de se rendre compte de l'existence des points douloureux.

M. MERCIER. J'expliquerais assez volontiers ces accidents par la marche chronique qu'aurait suivie une affection urinaire de date déjà ancienne ; le rein du côté opposé fonctionnant seul pendant une dernière période, ce qui a été en partie la cause de l'absence de douleurs, la poche rénale aura été ulcérée par un ou plusieurs graviers, et l'épanchement se sera produit sans aucune souffrance bien marquée.

M. BLONDEAU. Je ne crois ni à un épanchement intra-péritonéal, ni à celui qui se serait fait dans le tissu cellulaire sous-séreux. Après la rupture de la poche, la seule région œdématiée était la région lombaire, ce qui explique l'absence complète de péritonite chez le malade dont l'urine était acide et ne contenait ni pus, ni gravier. Il ne faut pas confondre l'urémie et l'infection urineuse. Pour moi, mon malade s'est trouvé dans les mêmes conditions qu'un animal auquel on aurait injecté une grande quantité d'urine dans le tissu cellulaire.

M. GILLETTE. En raison de la rapidité avec laquelle s'est produite la distension de la poche qui, d'après ce qu'affirme M. Blondeau, avait acquis, en moins de quarante-huit heures, la grosseur d'une tête d'adulte, je crois qu'il y avait indication urgente d'intervenir au point de vue chirurgical, pour chercher à éviter sa rupture. La tumeur se percevant avec facilité à travers la paroi abdominale, on aurait pu pratiquer immédiatement l'aspiration à l'aide de la seringue de M. Dieulafoy.

M. BLONDEAU. C'est, en effet, le parti que nous devions prendre, mais la rupture s'est faite si promptement que nous avons, en quelque sorte, été prévenus par elle. Je me demande si cette ponction eût été efficace, le rein étant malade depuis plusieurs années.

M. MERCIER. Le malade de M. Blondeau est mort par intoxication urineuse : tant que l'urine est restée dans le kyste, l'absorption ne s'est pas effectuée ; après la rupture, il s'est déclaré une résorption rapide.

M. BLONDEAU partage tout à fait la manière de voir de M. Mercier. Dans le cas de M. Delasiauve, c'était plutôt à l'urémie qu'on avait affaire. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 20 août 1874, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Marit, médecin inspecteur.

Au grade d'officier : MM. Sardou, médecin-major de première classe au 141e régiment d'infanterie ; Perréon, médecin-major de première classe au 13e régiment d'artillerie.

Au grade de chevalier : MM. Bergé, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Constantine ; Biebuyck, médecin-major de deuxième classe au 12e régiment de chasseurs; Naïl, médecin-major de deuxième classe au 15e bataillon de chasseurs à pied ; Ducharme, médecin-major de deuxième classe au 40e régiment d'infanterie; Ceisson, pharmacien-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Versailles; Ulrich, pharmacien-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de la Rochelle.

— *Hôpital des Cliniques.* — M. Guéniot, suppléant M. le professeur Depaul, commencera des leçons cliniques le samedi, 12 septembre, à neuf heures et demie, et les continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

— *Hôpital civil de Mustapha.* — Un concours s'ouvrira à Alger, pour six places d'élèves internes-chirurgiens, le lundi 2 novembre 1874, et pour trois places d'élèves internes-pharmaciens, le jeudi 5 du même mois.

Les candidats pour l'internat en médecine ou en chirurgie doivent être munis de quatre inscriptions prises devant une faculté ou une école de France ou d'Algérie.

Les candidats pour l'internat en pharmacie doivent justifier : 1° de deux ans de stage au moins dans une officine ; 2° d'une inscription au moins devant une école supérieure ou préparatoire de pharmacie.

Les internes en médecine et en pharmacie ne doivent être pourvus d'aucun diplôme qui leur donne le droit d'exercer la médecine ou la pharmacie. Cette clause est obligatoire pour toute la durée des fonctions.

Les internes sont nommés pour une durée de trois ans et entrent en fonctions le 1er décembre de l'année de l'examen. Le traitement est de 1,200 francs pour ceux de première classe et de 1,000 francs pour ceux de deuxième. Une indemnité annuelle de 800 francs est accordée aux internes provisoires. Les fonctions des internes sont déterminées par un arrêté préfectoral du 10 juillet 1874, inséré au *Recueil des actes officiels* de la préfecture, n° 25.

Les candidats devront se faire inscrire, personnellement ou par écrit, à la préfecture d'Alger (Assistance publique), au plus tard le 20 octobre 1874, et produire leur acte de naissance et un certificat de moralité.

— *Erratum.* — Une faute typographique s'est glissée au commencement de la quatrième ligne du *Sommaire* de notre numéro du mardi, 1er septembre. Au lieu de : du bromure de *potassium*, propriétés physiologiques et thérapeutiques, lire : du bromure de *Camphre*, etc.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude	1.480	5 800	5.940	6.040	6.280
— de potasse....	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0 900	0.672
— fer et mang.	0.0·6	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0,060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*)

Emplois spéciaux : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre 1.33
Silicate acide
Arséniate » } sesqui-oxyde de fer
Phosphate »
Sulfate » } 0. 44
— de chaux..........................
Chlorure de sodium....................
Matières organiques....................

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

VIN TONIQUE RECONSTITUANT
DU DOCTEUR FORESTIER
VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
à l'écorce d'oranges amères

Tous les organes de la presse médicale : *Gazette des Hôpitaux*, *Courrier médical*, *France médicale*, *etc.*, ont depuis dix ans, signalé l'excellence de cette préparation qui contient, dissous dans d'excellent vin de Malaga, les deux éléments formateurs des *os* et du *sang*, le *quinquina* et le *pyrophosphate de fer*.

La facilité avec laquelle l'économie s'assimile le vin de quinquina au pyrophosphate de fer, l'absence de toute saveur styptique, la double influence qu'en raison de ses deux éléments formateurs il semble devoir exercer, tant sur la composition du système osseux, que sur la reconstitution du sang, telles sont les qualités qui recommandent à priori *cette nouvelle préparation ferrugineuse* (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*).

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 41.

Apiol des docteurs Joret et Homolle.
Médaille à l'Exposition univ. de Londres, 1862.

Le commerce délivre sous le nom d'Apiol une liqueur verdâtre, d'une odeur térébinthacée. C'est une imitation très-infidèle de ce puissant emménagogue. Son emploi n'offre aucune des garanties d'efficacité que possède l'Apiol pur, préparé d'après les procédés des docteurs Joret et Homolle, le seul que de savants et consciencieux observateurs ont expérimenté dans les hôpitaux de Paris, le seul qui a été l'objet de rapports favorables.

L'*Apiol pur*, ainsi que le constate un rapport fait à la Société de pharmacie de Paris, *est un liquide huileux, de couleur ambrée, non volatil, plus dense que l'eau...* Toute préparation ne présentant pas ces caractères principaux ne saurait mériter la confiance du corps médical.

Exiger sur le flacon les cachets Joret et Pujol.
Dépôt général, pharm. Briant, 150, r. de Rivoli.

ERGOTINE
DRAGÉES D'ERGOTINE
DE BONJEAN

(Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.)

D'après les plus illustres médecins, les Dragées d'Ergotine sont employées avec le plus grand succès pour faciliter le travail de l'accouchement, contre les hémorrhagies utérines, les engorgements de l'utérus, les métrorrhagies, l'épistaxis, les dysenteries et diarrhées chroniques, etc., et la solution d'ergotine au 10e (Ergotine, 10 grammes; eau, 100 grammes) est un des précieux hémostatiques que possède la médecine.

Dépôt général : à la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

CONTREXÉVILLE
(SOURCE DU PAVILLON)
CONTRE LA GRAVELLE, LA GOUTTE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.
ÉTABLISSEMENT OUVERT
DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

Dépôt central : 23, r. de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

DRAGÉES CARBONEL
AU PERCHLORURE DE FER PUR

Spécifique contre les hémorrhagies, la leucorrhée et la chlorose, la diarrhée chronique, l'albuminurie, etc. — *Médicament Tonique, Analeptique, Antilymphatique.*
Dépôt : rue Richelieu, 31, Paris
et pharmacie Carbonel, Avignon.

VIN ET SIROP DE CHENNEVIÈRE
au chlorhydro-phosphate de chaux
PHTHISIE, NÉVROSE, GASTRALGIE, av. Wagram, 50.

GOUDRON FREYSSINGE

préparé par distillation de l'eau de goudron dans le vide et réunion des principes fixes et volatils. — *Toutes les autres liqueurs ne sont que des solutions de* **tout** *le goudron à l'aide de substances* **étrangères.**
2 francs le flacon dans toutes les pharmacies.

ÉPILEPSIE
HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

VIN MARIANI
à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques.
5 francs la bouteille.
Mariani, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

MÉDAILLE D'**OR** ET PRIX DE **16,600** FRANCS
QUINA LAROCHE ÉLIXIR
tonique, reconstituant et fébrifuge

Extrait complet des 3 sortes de quinquina (rouge, jaune et gris). **Paris**, *r. Drouot*, 22, *et dans toutes les pharmacies.*

Laroche

TAMAR INDIEN
Fruit laxatif rafraîchissant
Contre **LA CONSTIPATION**

Et les affections qui l'accompagnent, telles que la **Congestion cérébrale**, les **Hémorrhoïdes**, la **Migraine**, etc. — Prix de la boîte : 2 fr. 50.
GRILLON, pharm., 25, rue de Grammont, Paris.

Granules arsenicaux de Challonneau
Chevalier de la Légion d'honneur.
Pharm., 143, *ancien* 229, *rue St-Denis, à Paris.*

Exactement dosés à 1 milligr. et préparés avec les arséniates de **soude**, de **potasse**, de **fer**, d'**ammoniaque**, d'**antimoine**, et avec l'**acide arsénieux.** — *Exiger mon cachet et ma signature.*






PEPSINE BOUDAULT
SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS
(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, successeur de BOUDAULT, 24, rue des Lombards, a Paris.

PILULES DE LOUVARD
AU FER *PUR* INALTÉRABLE ET A L'ABSINTHE

A la dose de neuf par jour, en trois fois, une heure avant le repas, c'est la préparation ferrugineuse la plus efficace et celle dont l'action est la plus rapide dans la chlorose et l'anémie. Quels que soient les désordres de l'estomac, elle est toujours bien tolérée, et, sous son influence, les fonctions digestives sont rétablies en quelques jours.

Pharmacie **LOUVARD**, rue Royale, 60, à **Versailles.** — Vente au détail, pharm. Guinhabert, 108, r. de Grenelle-Saint-Germain, Paris, et dans les principales pharmacies.

PASTILLES DE DETHAN
AU SEL DE BERTHOLLET **(CHLORATE DE POTASSE)**
Contre les maladies de la gorge, de la voix et de la bouche

PHARMACIE **DETHAN**, Faubourg Saint-Denis, 90, à Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

N° 105. — JEUDI 10 SEPTEMBRE 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 10 SEPTEMBRE 1874. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans les grandes épreuves de la vie, deux puissants auxiliaires nous viennent en aide pour nous soutenir contre les défaillances de la douleur, les témoignages de sympathie et le travail. Les marques de sympathie ne m'ont pas manqué, et je tiens à en exprimer ici publiquement ma sincère reconnaissance aux nombreux confrères qui me les ont adressées avec un si touchant empressement. C'est au travail et à l'étude qu'il me reste à demander leur influence tutélaire. La reprise de la rédaction de la *Gazette* vient à point m'en fournir les austères sujets. Puissent mes forces suffire désormais à l'accomplissement de ce vœu et aux exigences de ma tâche !

Le premier sujet qui se présente sous ma plume est une question incidemment soulevée à l'Académie de médecine par la lettre que M. le préfet de la Seine lui a adressée dans la précédente séance. On sait, par le dernier compte rendu, que ce magistrat consultait l'Académie sur l'opportunité d'une mesure proposée par un de nos honorables collègues, M. le docteur Guilbert, et qui consisterait à revacciner tous les enfants des asiles de Paris, afin de prévenir le retour d'épidémies varioliques semblables à celle qui a sévi au commencement de cette année dans l'un des asiles du Xe arrondissement. Aux yeux de M. Guilbert, cette mesure serait impérieusement commandée par cette circonstance que, parmi les enfants qui fréquentent en ce moment les asiles de Paris, un grand nombre ont dû être vaccinés avec du vaccin de génisse, c'est-à-dire avec un vaccin dépourvu, suivant lui, de toute action préservatrice. — *Inde contentiones !...*

On n'a pas oublié les débats animés auxquels cette question a déjà donné lieu. Le projet de réponse rédigé par M. Blot, au nom de la commission de vaccine, a failli remettre le feu aux poudres. M. J. Guérin s'est élevé énergiquement contre la prétention du rapporteur et de M. Depaul, de placer le vaccin jennerien et le vaccin de génisse sur un même pied d'égalité. Il est certain que si beaucoup de raisons théoriques militent en faveur de cette égalité, la question ne saurait encore être considérée comme résolue pratiquement, le temps qui seul peut donner cette solution n'ayant par encore accompli l'évolution nécessaire pour nous mettre en mesure de nous prononcer. Il n'y avait donc ni utilité, ni opportunité à renouveler le débat sur le fond du sujet.

La question posée par le préfet, et à laquelle seule l'Académie avait à répondre, était de savoir s'il y avait lieu de prescrire la revaccination générale et obligatoire des enfants des salles d'asile. Considérant qu'il s'agit d'enfants de deux à six ans, chez lesquels, par conséquent, la vaccine, quelle que soit d'ailleurs son origine, n'a certainement pas encore épuisé son action, l'Académie n'a pas cru que cette mesure fût nécessaire. C'était là la seule réponse à faire. C'est effectivement celle qu'elle a faite, non de premier jet, mais à la suite d'une discussion très-confuse et très-agitée, dont il nous serait presque impossible de reproduire les termes.

Dr Brochin.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Luys.

Congestion cérébrale. — Mort par pleuro-pneumonie. — Autopsie. — Réflexions sur l'électrisation localisée comme moyen de diagnostic entre la congestion et l'hémorrhagie cérébrales.

Par M. de Fourcauld.

Il est souvent très-difficile d'établir une différence, au point de vue symptomatologique, entre la congestion et l'hémorrhagie cérébrales.

Je n'ai pas à étudier ici la valeur réciproque des signes diagnostiques que présentent ces deux affections ; je me contente de signaler la difficulté qu'on éprouve dans certains cas pour les reconnaître.

L'idée première de cette note appartient à M. le docteur Luys, qui a bien voulu appeler mon attention sur ce sujet nouveau.

On n'a pas encore songé, je crois, à éclairer le diagnostic différentiel de la congestion et de l'hémorrhagie cérébrales, par l'emploi de l'électricité. Malgré mes recherches, je n'ai rien trouvé sur ce point. Toutefois, si le fait que je signale est déjà connu, je crois pouvoir affirmer qu'aucune preuve anatomo-pathologique n'a été donnée à l'appui.

On sait que, dans les cas de paralysies consécutives à une hémorrhagie cérébrale, ce n'est qu'après un temps souvent très-long que la faradisation localisée peut exercer son influence thérapeutique ; généralement ce n'est qu'après le sixième mois à partir de l'attaque (1).

Il résulte, au contraire, de l'observation que je publie que,

(1) Duchenne (de Boulogne) : *De l'électrisation localisée*, p. 357.

dans les cas de congestion suivis d'hémiplégie, une ou deux séances au plus suffisent pour rendre aux mouvements sinon toute leur intégrité, au moins une bonne partie.

Livrée à elle-même, l'hémiplégie, dans quatre cas de congestion que j'ai observés, ne s'améliore ou ne disparaît qu'au bout de quatre ou cinq jours. Quant à l'explication du fait en lui-même, on peut remarquer que, lorsqu'un foyer sanguin se développe dans le cerveau, il y a toujours destruction d'une quantité variable de substance cérébrale ; d'où inefficacité des courants d'induction. Dans l'hypérémie, rien n'est détruit. Il n'y a, si je puis m'exprimer ainsi, qu'un sommeil momentané, qu'un engourdissement de la substance nerveuse, qui peuvent se dissiper sous l'influence de l'action électrique.

Ceci dit, voici l'observation :

« Femme C..., soixante et onze ans, admise à la Salpêtrière, entrée à l'infirmerie le 20 juillet 1874, service de M. le docteur Luys, salle Saint-Denis, lit n° 9.

21 juillet. — La malade est dans le décubitus dorsal. Un peu de prostration. La langue est sèche, la peau chaude, légèrement halitueuse. A gauche, violent point de côté. A la percussion, matité très-étendue à gauche. A l'auscultation, bruit de souffle au niveau de la douleur. — Température, 39°2. — Pouls fréquent. On diagnostique une pleuro-pneumonie.

22 juillet. — A la visite du matin, on s'aperçoit que la bouche est légèrement déviée à gauche ; la langue paraît aussi déviée, mais cela tient sans doute à ce que ses rapports normaux avec la bouche n'existent plus.

La malade ne peut remuer ni le bras, ni la jambe du côté droit ; si, tenant soulevé un de ces membres, on ne le maintient plus, il tombe lourdement. La sensibilité, moins vive qu'à l'ordinaire, est cependant conservée. Violent mal de tête, la face est rouge, les yeux injectés. C'est en se réveillant au milieu de la nuit que la malade a remarqué que son côté droit était paralysé.

J'électrise chaque membre avec un appareil Breton, pendant dix minutes en deux fois, avec un intervalle de douze minutes. *Elle peut remuer les doigts.*

23-24 juillet. — Deux nouvelles séances ; la malade remue le bras et la jambe. *Elle peut prendre une tasse sur sa table de nuit.*

Du 24 juillet au 8 août. — Après une sorte de rémission, les symptômes observés du côté des organes thoraciques augmentent de gravité. *Plus de traces de paralysie.*

8 août. La malade peut à peine parler ; le bras et la jambe du côté droit sont de nouveau paralysés. La bouche est plus déviée que la première fois. On ne peut avoir aucun renseignement.

J'électrise de nouveau, ainsi que le 9 août. Les mouvements reviennent avec lenteur ; *les doigts peuvent serrer ma main.*

10 août. — Nouvelle séance. *Les mouvements sont très-accusés.* Le pronostic de la pleuro-pneumonie devient grave.

La malade meurt dans la soirée.

Autopsie. — Le poumon gauche est sain. La base est comprimée par un épanchement d'un demi-litre à peu près. Cette compression explique le souffle qu'on entendait à ce niveau. Quelques fausses membranes sur le poumon, la plèvre et le diaphragme. Le poumon droit est également sain. Le cœur est très-gros. Valvules saines. Le foie, énormément développé, présente l'apparence du foie muscade. Les reins sont congestionnés. La rate molle et diffluente.

En soulevant le colon ascendant, on trouve une tumeur considérable, ballottant dans l'abdomen et dont la nature lipomateuse est démontrée par l'examen histologique.

Cerveau. — A l'ouverture du crâne, on trouve une grande abondance de sérosité. Les lobes antérieurs sont *congestionnés.* A l'extrémité inférieure du lobe sphénoïdal gauche, on trouve une coloration jaunâtre portant sur deux circonvolutions et remontant évidemment à une époque très-ancienne.

La protubérance n'offre rien de particulier.

Dans la bulbe, on trouve plusieurs points limités, *très-fortement hypérémiés.*

Ainsi, par deux fois, il y a eu hémiplégie du même côté : deux fois, sous l'influence de l'électricité, cette hémiplégie a rapidement disparu ; elle était due à une congestion cérébrale.

La conclusion est facile à tirer.

Étant donné un malade atteint de paralysie cérébrale, si l'électrisation donne des résultats immédiats, *on devra songer*, comme cause initiale, à une congestion ; dans le cas contraire, on aura *très-probablement* affaire à une hémorrhagie.

On comprend sans peine que, dans les sciences biologiques, on ne peut faire découler d'*un seul fait* une proposition absolument rigoureuse. J'espère que les services de la Salpêtrière me fourniront des cas analogues à celui que j'ai pu observer.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Invagination du gros intestin. — Chute du cœcum. — Gangrène. — Guérison.

Par M. le docteur Bouchaud (de la Souterraine).

Mme D..., quarante ans, bien constituée, a eu une fluxion de poitrine il y a quelques années et a conservé une fièvre intermittente pendant plusieurs mois avant la maladie actuelle. Pas d'autres affections sérieuses pendant sa vie.

Dans les premiers jours de janvier, un matin, au moment de se mettre en route, sans cause apparente, elle éprouva de violentes coliques qui ne firent qu'augmenter pendant le voyage ; aussi ce n'est qu'à grand' peine qu'elle parvint à terminer à pied une course de 15 kilomètres environ.

Dès ce moment elle fut obligée de garder le lit ; son ventre devint très-enflé, dur et douloureux. La constipation fut absolue, et pendant quinze jours il ne fut rendu aucun gaz. Les vomissements furent incessants, composés des liquides avalés et de matières bilieuses. Deux purgatifs administrés par le médecin furent vomis. Puis survint un peu de diarrhée, qui ne fit disparaître ni les douleurs ni les vomissements.

Environ un mois après le début de l'affection, la malade sentit l'intestin faire issue à travers l'anus. Elle évalue la longueur de ce qui sortait à 15 ou 20 centimètres. Au début elle pouvait facilement réduire le prolapsus intestinal, mais la sortie de l'intestin devint de plus en plus fréquente et aussi de plus en plus pénible.

Appelé le 24 mars, je constatai ce qui suit : la malade est très-pâle, très-amaigrie, sans fièvre ; elle ne vomit plus, l'appétit est même revenu, mais elle craint de le satisfaire. Le ventre est légèrement ballonné, un peu douloureux, surtout à gauche, où l'on ne sent pas précisément de tumeur. Bientôt il survient des épreintes douloureuses, et il sort par l'anus, par suite d'efforts que la volonté ne peut modérer, environ 10 centimètres d'intestin que je m'empresse de faire rentrer pour soulager la malade. Cet intestin est mou, flasque, large, noirâtre, très-fétide ; il n'a pas la couleur rosée et la forme cylindrique d'un boyau à l'état normal, de plus on n'observe pas à l'extrémité la dépression centrale qu'on constate dans toute invagination. Avec le doigt on le fait remonter dans l'ampoule rectale, où il reste isolé.

En même temps, il sort beaucoup de matières demi-liquides, grisâtres, d'une odeur infecte : effet de la diarrhée, qui persiste.

Vu l'ancienneté de la maladie et la fétidité, l'aspect gangréneux de l'intestin, je ne fais aucun effort pour faire reprendre à l'organe sa place naturelle. Je me borne à prescrire des calmants, pour modérer les épreintes et les douleurs de la malade, et des toniques : quinquina, un peu de vin, de lait, de bouillon... pour soutenir les forces épuisées en attendant l'élimination naturelle de la partie sphacelée.

Je revois la malade le 29. Elle est considérablement soulagée, le facies est meilleur, la diarrhée a beaucoup diminué, les épreintes sont nulles, les douleurs peu vives et l'appétit considérable. Elle est délivrée de son prolapsus ayant rendu environ 40 centimètres d'in-

testin. On me montre une masse noirâtre, fétide, ayant la forme d'un tube large déchiré sur un de ses bords et terminée en cul-de-sac. Examinant les choses de plus près dans un bassin plein d'eau, je m'aperçois qu'il s'agit du cœcum et du colon ascendant renversés, la muqueuse étant en dehors et le péritoine en dedans. Effectivement, remettant les parties en place, je trouve sur un des côtés du cul-de-sac l'appendice iléo-cœcal ayant 10 à 12 centimètres de longueur, et, plus haut, un orifice arrondi qui est celui où s'abouchait l'intestin grêle, dont il ne reste pas plus de traces qu'il ne reste de vestiges de la valvule iléo-cœcale.

La déchirure du cylindre se montre à l'insertion du méso-colon vers la partie supérieure.

12 juin. — La malade a repris ses forces et son aspect normal. Elle se plaint cependant d'avoir fréquemment des coliques, et, quand elles sont trop vives, de vomir ses aliments. Bien qu'elle aille à la selle tous les jours, elle se trouve plus à l'aise quand elle a un peu de diarrhée. De tous les aliments, la soupe est ce qui passe le mieux.

27 août. L'amélioration a continué, et l'état général est aussi satisfaisant que possible. Cependant la malade éprouve encore quelques coliques, et, parfois, quelques légers troubles dans l'accomplissement des fonctions digestives.

Je ne parle pas d'un ongle incarné dont la patiente a été guérie en très-peu de temps au moyen d'un petit appareil en forme de demi-cylindre dont les bords affaissent, atrophient les chairs sans toucher à l'ongle. Ayant déjà plusieurs observations semblables, ce sera l'objet d'un travail spécial.

Les faits analogues : invagination intestinale avec élimination et guérison sont extrêmement rares ; ce cas mérite donc d'être connu. Mais ce qu'il y a ici de spécial et pouvant offrir à l'esprit certaines difficultés pour porter un diagnostic précis, c'est la terminaison en cul-de-sac de l'intestin prolabé au lieu de la forme ordinaire, qui toujours a été observée et qui est celle d'un double cylindre avec orifice à son extrémité inférieure. Le renversement du cœcum, sa séparation de l'intestin expliquent cependant très-bien cet aspect insolite.

DES FRACTURES DITES PAR PÉNÉTRATION

Par le docteur O. Lecomte, médecin principal de première classe.

Une discussion, déjà vieille de plusieurs mois, s'est élevée, au sein de la Société de chirurgie de Paris, à la suite d'une importante communication de M. le docteur Lannelongue, sur les fractures du col du fémur et de son voisinage. La question des fractures par pénétration a été remise en cause d'une manière générale, et des affirmations divergentes ont montré que le désaccord le plus complet n'a cessé de régner sur ce sujet.

Cette question, nous avons été amené à la traiter dans un long mémoire sur les fractures de l'extrémité inférieure du radius, mémoire inséré, il y a treize ans, dans les *Archives générales de médecine* (1), et où nous avons cherché à dissiper une confusion regrettable que M. Lannelongue semble avoir signalée avec beaucoup de raison aussi, dans certaines fractures de l'extrémité supérieure du fémur.

Nous croyons qu'avant tout il faut remonter aux origines mêmes de cette question. Si nous ne nous trompons, c'est très-précisément dans la thèse si connue de M. Voillemier, sur les fractures de l'extrémité inférieure du radius, qu'on trouve la première mention des fractures par pénétration, dénomination derrière laquelle s'abrite, du reste, une doctrine tout entière. A quelque temps de là, cette désignation nouvelle a cours dans la science ; elle est généralisée et appliquée tout d'abord aux fractures des extrémités inférieure et supérieure du fémur. On sait, dit M. Lannelongue, « avec quelle rapidité a été réalisée la fortune de ce mot une fois qu'il a été introduit dans le domaine chirurgical » (1).

Dans l'œuvre de M. Voillemier, il y a, disons-nous, toute une doctrine ; l'auteur ne décrit pas seulement des formes spéciales de fractures, mais il développe une théorie mécanique d'où ces formes sont dérivées. Les fractures de l'extrémité inférieure du radius se produisent parce que la diaphyse, sous l'influence, sous l'effort d'une violence extérieure, s'enfonce, pénètre dans l'extrémité inférieure, renflée et plus volumineuse, comme pourrait le faire le fût d'une colonne dans la base. De là résulterait soit une pénétration simple, soit même une pénétration double ou réciproque des fragments.

Dans nos recherches personnelles, au contraire, nous pensons avoir réussi à démontrer *que les fractures de l'extrémité inférieure du radius se produisaient indistinctement par le mécanisme de l'arrachement, et que les plus compliquées elles-mêmes commençaient toutes par l'arrachement.* Nous ne reproduirons pas les nombreux arguments à l'aide desquels nous croyons avoir fait la preuve de cette donnée générale. Nous répéterons seulement ce que nous disions alors, à savoir que l'esprit se refuse à comprendre la pénétration d'emblée ; un fragment ne peut s'enfoncer dans l'autre fragment, si ces deux fragments n'existent déjà par le fait d'une action mécanique initiale. Avant la pénétration, il y a rupture osseuse au point même où cette pénétration s'effectuera par la continuation de la cause fracturante. Ces considérations permettent d'arriver à une interprétation rationnelle du phénomène de la pénétration, et de formuler les deux propositions suivantes :

1° *Il n'y a pas, à proprement parler, de fractures par pénétration ; c'est là une expression très-défectueuse, qui devient une source de confusion et d'erreur. Il y a des fractures avec pénétration comme il y a des fractures avec écrasement, éclatement de l'un des fragments, le fragment spongieux, articulaire.*

2° *La pénétration, ainsi comprise, est beaucoup plus grave qu'on ne le pense généralement. On l'admet dans des cas de fracture, où, n'existant à aucun degré, elle est simulée par une forme spéciale et primitive de fragmentation osseuse ; et dans d'autres cas, où elle est réelle, on lui accorde une part beaucoup plus grande que celle qu'il est juste de lui accorder.*

Examinons d'abord notre première proposition : dans une fracture d'une extrémité articulaire déterminée par un mécanisme quelconque (arrachement ou flexion forcée), les deux fragments peuvent rester sans action l'un sur l'autre, si toute la violence extérieure s'est épuisée dans la production d'une rupture osseuse simple. Mais s'il n'en est pas ainsi; si, comme il advient le plus souvent, cette violence extérieure est plus considérable, que se passera-t-il ? Le fragment diaphysaire, compacte, le plus dur, agit avec force sur le fragment articulaire, mou, spongieux. Alors il pourra y avoir affouillement, écrasement des cellules spongieuses, éclatement de l'extrémité articulaire ; de même il pourra y avoir un certain degré de pénétration, le bout compacte se creusant une loge, s'implantant dans les cellules brisées du fragment spongieux. Mais ne voit-on pas que la pénétration est du même ordre que l'écrasement, l'éclatement. Ce sont là des fractures avec écrasement, pénétration, éclatement. L'écrasement, la pénétration, l'éclatement sont des phénomènes consécutifs dans l'ordre des

(1) *Recherches nouvelles sur les fractures indirectes de l'extrémité inférieure du radius.* (Archives générales de médecine, t. XVI, 1860, t. XVII, 1861.)

(1) Société de chirurgie (11 mars 1874).

actions mécaniques; ce sont là des lésions presque toujours produites sur un seul fragment, où, d'ailleurs, elles peuvent exister simultanément. Manifestement, en vertu de toutes ces considérations, on ne doit pas dénommer ces fractures plus ou moins comminutives, des fractures par écrasement, par éclatement, mais avec écrasement, pénétration, éclatement. Ce n'est pas là, qu'on veuille bien le remarquer, une subtilité de langage, mais des expressions rigoureusement déduites de l'observation même et propres à éviter de nombreuses méprises.

Notre deuxième proposition est, à notre avis, plus importante encore. On sait que la pénétration a été étudiée d'abord sur des pièces anciennes, sur la coupe de haut en bas de certains cals. A l'aspect et à la longueur de certaines traînées blanchâtres de tissu compacte, on a rapporté l'existence et mesuré le degré de la pénétration. Jarjavay et nous-même avons montré, pour ce qui a trait aux fractures de l'extrémité inférieure du radius, combien l'illusion était grande et quelles étaient aussi les causes de cette illusion. Le débat est jugé, d'ailleurs, par cette remarque : que ces longues traînées compactes se voient sur la section verticale des cals vicieux, dans les fractures des diaphyses, où la pénétration est tout à fait absente.

Mais ce n'est pas d'après les fractures anciennes et consolidées des extrémités articulaires, mais d'après les fractures récentes que cette question peut être le plus solidement établie. Dans ces dernières, comme nous l'avons montré le premier, il y a des variétés, des formes spéciales qui simulent parfaitement la pénétration.

Une courte digression, sans nous éloigner beaucoup de notre sujet, en rendra l'intelligence plus facile. Il y a quelques années à peine, en dehors des fractures comminutives, on ne reconnaissait aux diaphyses des os longs que deux variétés de fractures, les fractures transversales et les fractures obliques. Plus tard, une observation mieux faite a élargi le cadre où sont entrées les fractures dentelées (Malgaigne), spiroïdes (Broca), cunéiformes (H. Larrey), en V (Gosselin). Ces dernières ont été à la Société de chirurgie l'objet de très-intéressantes discussions. De ces discussions, nous ne voulons, en ce moment, retenir que ceci : à savoir que personne n'a songé à y voir le phénomène de la pénétration, bien qu'elles puissent être compliquées très-souvent d'une fente verticale s'étendant jusqu'à l'articulation voisine.

Pour les fractures des extrémités articulaires, spongieuses, de même que pour les diaphyses compactes, l'on n'a envisagé et on n'envisage encore que les forces dérivant d'un simple trait de fracture, transversal ou oblique, et là aussi, comme pour les os longs, cette simplicité du traumatisme osseux est loin d'être réelle. Nous croyons l'avoir surabondamment démontré dans nos recherches sur les fractures de l'extrémité du radius. Nous avons étudié des pièces nombreuses produites par l'expérimentation cadavérique dont les résultats sont très-particulièrement assimilables aux lésions accidentelles sur le vivant; nous les avons comparées à des pièces anatomo-pathologiques récentes et à des figures empruntées à l'atlas de Malgaigne, au mémoire de Goyrand, etc. De cette étude il nous a paru ressortir d'une manière très-claire qu'on se placerait à un point de vue trop restreint, et partant très-voisin de l'erreur, si l'on ne reconnaissait aux fractures des extrémités articulaires, des extrémités spongieuses, que les formes transversales et obliques.

Il existe ici, en effet, des fractures fréquentes qui rappellent, jusqu'à un certain point, les fractures en V, et que nous avons cru devoir appeler *fractures conchoïdes simples* (1), et *fractures conchoïdes alternes*. On peut leur donner d'autres noms si l'on veut ; mais ce sont là des formes très-réelles que caractérise l'existence de deux fragments opposés l'un à l'autre par une surface convexe et une surface concave, ou par deux surfaces alternativement concaves et convexes. De là résulte, avec plus ou moins de régularité, un emboîtement simple ou un emboîtement réciproque, *sans qu'il y ait la moindre pénétration active, sans que la longueur de l'os ait subi la plus légère diminution*. Ce sont ces formes qui ont, en grande partie, donné le change sur la pénétration simple ou réciproque. Nous croyons, d'ailleurs, qu'on les rencontrera, non-seulement dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius, mais dans toutes celles des autres extrémités articulaires. C'est ainsi que, dans la description d'une des pièces anatomiques présentées par M. Lannelongue, il est dit que « la surface fracturée du col fémoral est convexe ». (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 septembre 1874. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet un exemplaire du Rapport de l'Institut ophthalmique de la province de Namur pour l'année 1873.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse le tableau des vaccinations pratiquées en 1873 dans le département de Saône-et-Loire.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Roux, de Rochefort, qui remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en le nommant correspondant.

2° Une lettre de M. le docteur Drouineau, de la Rochelle, accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *De l'institution des registres de vaccination.*

3° M. le docteur Guilbert adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il se disculpe d'avoir attaqué le vaccin de génisse spontané. Il n'a point attaqué non plus le procédé qui consiste à vacciner avec du vaccin humain de jeunes veaux, pour s'en servir ensuite comme vaccinifères et multiplier ainsi, en temps d'épidémie, les sources de vaccin. Il s'est borné à dire qu'en 1870, pour satisfaire aux exigences du public, on avait vacciné, dans la mairie du Xe arrondissement, avec du vaccin de veau qui ne se trouvait point dans les conditions déterminées par l'Académie elle-même. C'est par suite du rapprochement de ces deux faits, qu'il a proposé une mesure de prudence et n'a nullement voulu trancher une question scientifique.

PRÉSENTATIONS

M. Larrey présente : 1° au nom de M. le docteur Simonin, de Nancy, un travail manuscrit sur une double section de l'intestin, déterminée par la pression d'un corps pesant, et une brochure reproduisant le discours qu'il a prononcé à l'ouverture de son cours de clinique chirurgicale ;

2° Au nom de M. Aug. Barallier, de Toulon, deux brochures extraites du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, l'une sur la fièvre jaune et l'autre sur l'iode et les iodures ;

3° Au nom de M. le docteur Constant Infernet, un travail imprimé, intitulé : *Quelques réflexions sur quatre cas d'éléphantiasis du scrotum observés au Sénégal.*

4° Au nom de M. le docteur Ch. Pauly, un ouvrage intitulé : *Climats et endémies ; esquisses de climatologie comparée.*

---

(1) Nous sommes exposé au reproche de modifier le vocabulaire scientifique; mais ne faut-il pas adopter ou rejeter les mots suivant qu'ils expriment des idées justes ou fausses ?

M. BOULEY présente, au nom de M. Germain, vétérinaire, un travail manuscrit intitulé : *D'une maladie particulière du système osseux observée sur des chevaux égyptiens, importés en Cochinchine française ;*

Et au nom de M. Henry de Parville, la 13e année des *Causeries scientifiques*.

M. DEPAUL présente un travail manuscrit de M. le docteur Boine, de Lyon, ayant pour titre : *Quelques mots sur un moyen de remplacer les pessaires.*

M. J. GUÉRIN demande la parole, à l'occasion du procès-verbal, pour présenter quelques réflexions à l'occasion de ce qui a été dit par M. Depaul dans la dernière séance, au sujet de la demande du préfet de la Seine. Contrairement aux opinions émises par M. Depaul sur le vaccin de génisse, M. Guérin croit devoir maintenir la question avec un point d'interrogation.

M. DEPAUL n'entend pas engager la question devant une simple assertion. Il s'étonne, d'ailleurs, que M. Guérin, après avoir adopté les conclusions de la commission sur les nombreuses expériences faites à l'Académie, et dont, par parenthèse, il n'a pas été témoin, revienne aujourd'hui sur une question jugée par les faits.

M. J. GUÉRIN maintient que ces faits sont illusoires et que les expériences ne prouvent pas ce qu'on a avancé en leur nom.

RAPPORT

M. BLOT, au nom de la commission de vaccine, donne lecture du projet de réponse à la lettre de M. le préfet de la Seine, en date du 29 août 1874, sur les assertions émises par M. le docteur Guilbert, dans son rapport sur la vaccine pour 1874.

Les assertions émises par M. le docteur Guilbert, relativement à la cause de l'épidémie de variole qui a sévi dans l'asile de la rue des Vinaigriers, au commencement de l'année 1874, ne reposent, dit M. le rapporteur, sur aucune preuve sérieuse.

M. Guilbert, continue M. le rapporteur, ne s'est pas souvenu des nombreuses et longues expériences de l'Académie sur cette question. En effet, de ces recherches il résulte que l'inoculation du vaccin de génisse faite dans certaines conditions déterminées a donné des résultats immédiats au moins égaux en efficacité aux vaccinations de bras à bras pratiquées simultanément sur une grande échelle.

Quant à l'influence préservatrice de l'un et l'autre vaccin, l'avenir seul pourra dire de quel côté est l'avantage. Ce qu'on peut assurer dès aujourd'hui, c'est que l'éruption vaccinale a paru aussi satisfaisante dans les deux modes opératoires. Aussi l'Académie est-elle disposée à regarder comme démontrée la proposition suivante :

« La vaccination au moyen de la génisse est une ressource précieuse qui, particulièrement en temps d'épidémie variolique, est de nature à rendre de très-grands services. »

La lecture attentive des documents adressés à l'Académie par tous les départements de France sur les épidémies de variole, si nombreuses et si graves, qui ont sévi de tous côtés en 1870 et 1871 ne peut laisser aux esprits non prévenus le moindre doute à cet égard.

Il ressort également de la lecture de ces documents que la vertu préservatrice des deux vaccins n'a qu'une durée temporaire. Aussi l'Académie est-elle très-disposée à conseiller l'usage des revaccinations.

M. le rapporteur saisit cette occasion pour faire connaître les résultats des recherches faites récemment par M. Depaul sur la proportion des décès varioliques, suivant les âges, dans la population parisienne, pendant les années 1870-1871. Il résulte de ces recherches que, relativement, les enfants de cinq à quinze ans ont été plus préservés que les adultes. Dans l'âge adulte, on voit la proportion des décès augmenter de quinze à quarante ans, puis redevenir moindre dans le dernier tiers de la vie.

Conclusions : 1° Rien ne prouve, dans les faits exposés par M. Guilbert, que le vaccin de génisse soit inférieur au vaccin de bras à bras.

Les expériences relatées ci-dessus ont démontré le contraire.

2° Quant aux revaccinations, depuis longtemps l'Académie, convaincue de leur utilité, les a recommandées dans presque tous les rapports annuels. Si donc l'administration peut les rendre obligatoires, elle rendra un service non douteux, que l'Académie appelle de tous ses vœux.

DISCUSSION

M. J. GUÉRIN fait remarquer que la lettre à laquelle il s'agit de répondre se résume, en définitive, en une demande d'avis sur la question de savoir s'il y a lieu de rendre les revaccinations obligatoires dans les salles d'asile. Le préfet ne demande pas l'opinion scientifique de l'Académie. Pourquoi dès lors venir dire catégoriquement que les deux vaccins ont une efficacité égale? Ce n'est pas là la vraie question. M. Blot émet à ce sujet une opinion qui n'est pas acceptable. Sur quels fondements s'appuie-t-il pour établir l'action temporaire égale des deux vaccins? Qu'en sait-il, puisqu'il n'y a que quelques années seulement qu'on a fait usage du vaccin de génisse, tandis qu'on sait que l'ancien vaccin préserve pendant une période de quinze à vingt années? Enfin pourquoi M. Blot fait-il intervenir dans son rapport un travail inédit, dont il n'a pas été donné connaissance à l'Académie et qui n'a, par conséquent, aucun caractère d'authenticité?

M. BLOT répond qu'il ne pouvait mieux se renseigner pour la réponse qu'il avait à faire qu'en consultant le travail de M. Depaul sur l'épidémie de 1870 et 1871, qui renferme des documents statistiques extrêmement importants. Quant à la question de la durée de la préservation du vaccin, on a avancé à cet égard des assertions très-inexactes, et dont l'expérience a depuis longtemps fait justice. On a cru d'abord autrefois que la préservation était absolue et indéfinie; puis on en est venu à limiter son action préservatrice à une période de quinze à vingt ans. Les exemples des récidives de variole sont là pour montrer qu'on ne saurait attendre du vaccin, ni une préservation absolue, ni une préservation d'une durée aussi longue que celle qu'on lui a assignée. Il n'est pas exact de dire que le vaccin jennerien préserve pendant une période de quinze à vingt ans. Il est certain que l'action préservatrice est temporaire, mais il serait téméraire de lui assigner un terme fixe.

M. J. GUÉRIN maintient qu'on n'est pas fondé à dire que le vaccin jennerien et le vaccin de génisse ont une puissance préservatrice égale. Il ressort des recherches de M. Vleminckx sur ce sujet que la vaccine jennerienne préserve pendant une période moyenne de quinze à vingt ans, tandis que nous n'avons encore que quelques années d'expérience pour le vaccin de génisse.

M. BLOT. La durée de quinze à vingt ans est très-problématique.

M. DEPAUL ne peut pas laisser passer les assertions de M. Guérin sur la durée de l'action préservatrice de l'ancien vaccin. Les documents officiels de l'Académie, qu'il doit connaître, sont là pour montrer que cette évaluation est erronée.

Sur l'invitation de M. le président, M. Blot donne lecture des conclusions de son rapport.

Une discussion s'élève sur ces conclusions, qui a pour résultat définitif de faire supprimer la deuxième phrase de la première conclusion et de faire ajouter une troisième conclusion ainsi conçue :

3° Quant à la revaccination dans le cas particulier signalé par M. Guilbert, c'est-à-dire les salles d'asile, où l'on ne reçoit que des enfants de deux à six ans, l'Académie ne la croit pas nécessaire.

Après le vote des conclusions ainsi modifiées, la séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 avril 1874 (1). — Présidence de M. DELASIAUVE.

COMMUNICATION

M. DE SAINT-GERMAIN. A propos du bruit qui s'est fait dans les journaux scientifiques et autres autour d'une fourchette appelée à de-

(1) Fin. — Voir le numéro du 8 septembre.

venir légendaire, je demanderai la permission de communiquer un fait qui me semble offrir un certain intérêt :

Roulette avalée par un garçon de cinq ans et demi, le 11 avril 1874, et rendu par l'anus au bout de dix-sept jours. — (Sera publié.)

DISCUSSION

M. BLONDEAU. Les corps étrangers des voies digestives sont fréquents et souvent remarquables par leur innocuité. Je connais un jeune homme de vingt ans qui avala un sou à l'âge de dix ans. Il n'a pas offert d'accidents, et pourtant ce corps étranger en cuivre, c'est-à-dire oxydable, n'a jamais été rendu.

M. DELASIAUVE. J'ai observé un épileptique qui introduisit quinze à vingt pièces de dix centimes dans son estomac et qui, sans avoir eu aucun trouble digestif, rendit successivement toutes ces pièces en moins de trois semaines. Les faits de ce genre, principalement chez les aliénés, ne sont pas rares, du reste.

M. DE RANSE. La variété des corps étrangers introduits dans le canal digestif est infinie : fourchette, couteau, pièces de monnaie, etc. J'ai reçu hier d'un confrère de Lyon le cas d'une fourchette avalée par un aliéné et qui, au bout de quelques jours, ayant déterminé de la tuméfaction et de la fluctuation au niveau de l'S iliaque, fut extraite par l'ouverture de l'abcès. La guérison fut complète. On rencontre plusieurs cas semblables dans la science. Tantôt les corps cheminent dans le conduit intestinal et sont, comme pour le fait de M. de Saint-Germain, rendu par l'anus, tantôt ils sont extraits, soit par l'estomac, soit par l'intestin, à la suite d'abcès survenus au niveau de la paroi abdominale.

LECTURE

M. MERCIER lit l'observation suivante :

Extraction d'une portion de sonde en gomme élastique brisée et restée dans la vessie. — Un cuisinier, homme fort, âgé de vingt-quatre ans, n'ayant que l'embonpoint de son âge, fut tout à coup frappé de paraplégie complète, avec impossibilité d'uriner. Le professeur Champouillon, qui avait été appelé à lui donner des soins, commença par le sonder chaque fois que le besoin s'en faisait sentir; mais il se vit bientôt forcé de lui mettre une sonde à demeure et de le faire entrer dans la maison des frères Saint-Jean de Dieu.

Il n'y avait que vingt-quatre heures que cet homme avait sa sonde qu'elle ne fonctionnait déjà plus. Le frère infirmier, voulant la remplacer par une autre, en fit l'extraction ; mais il fut bien surpris de n'en retirer que les deux tiers à peine. Avec une longue pince uréthrale, il essaya d'extraire le reste, mais il n'en ramena que 5 ou 6 centimètres. Le reste était tombé dans la vessie.

Tel était l'état des choses quand je fus appelé le 8 avril. Je n'avais avec moi que mon petit brise-pierre explorateur. Je sentis immédiatement le corps étranger, et, comme la vessie avait une grande dimension, je commençai par le mettre en travers sur la paroi postérieure; puis, couchant le bec de l'instrument à plat sur cette même paroi, je le fis passer sous la sonde, ce bec longeant la paroi latérale droite. Ceci fait, et laissant le bec femelle en place, j'attirai le bec mâle de manière à le ramener au devant de la sonde; après quoi je fis exécuter à l'instrument un léger mouvement de rotation, espérant, en relevant un peu les deux becs en avant et en les rapprochant ensuite, saisir l'objet à extraire à peu de distance de celle de ses extrémités qui avoisinait la paroi droite de la vessie. Je ne fus pas trompé dans mon calcul, et, en moins de temps que je n'y mets à décrire mon procédé, je retirai le bout terminal de la sonde; il avait environ 6 centimètres.

Je crus l'extraction terminée et ne fis pas d'autres recherches; mais lorsque M. Champouillon vit le lendemain ce bout de sonde, il lui sembla qu'avec les précédents il ne représentait pas toute la sonde qu'il avait mise, et il me fit prier de pratiquer de nouvelles recherches. C'est ce que je fis le 13, et la même manœuvre eut un résultat identique : ce quatrième bout était presque aussi long que le précédent.

Je ne saurais trop appeler l'attention sur la mauvaise qualité des sondes que certains fabricants mettent en vente depuis quelque temps. Dernièrement je me trouvais chez un client du docteur Dumontpallier, auquel je venais d'extraire des concrétions phosphatiques. « Il y a peu de temps, me dit-il, je fus sur le point de vous aller trouver pour me retirer un bout de sonde qui venait de se casser dans ma vessie; mais heureusement, avant de sortir, je fus pris d'un besoin d'uriner, et je vis sortir le bout resté dans les organes. » Il est probable qu'il n'était pas entièrement tombé dans la vessie, car ce malade n'urine spontanément que très-peu à la fois.

J'examinai les deux fragments de cette sonde, et ils me paraissaient en parfait état. Le malade me dit que c'était en effet la première fois qu'il s'en servait. « Ce n'aurait été, lui dis-je, qu'une petite affaire; j'ai imaginé un instrument qui saisit ces sondes avec une merveilleuse facilité, et qui, après les avoir ployées, les retire de même en double. » Je voulus joindre l'exemple à la théorie; mais, quelle ne fut pas ma stupéfaction quand deux morceaux me restèrent entre les mains ! Et cependant cette sonde sortait d'une maison bien famée.

La conclusion de ceci, c'est qu'avant de faire usage de mon duplicateur et de tous les instruments qui retirent de la vessie ces sondes en double, on fera toujours bien de se faire représenter le bout sorti et de se rendre compte de sa résistance.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel : Dr GILLETTE.

VARIÉTÉS

I. Traité de botanique de M. SACHS (1). — **Traité pratique de la détermination des drogues simples d'origine végétale,** par J. PLANCHON (2). — **III. Les explorations sous-marines,** par Jules GIRARD (3).

I.

Quand un livre spécial est arrivé à sa troisième édition, quand un homme de la valeur scientifique de M. Van Zieghem, maître de conférences à l'École normale, veut bien traduire et annoter un tel livre, il est vraiment presque inutile d'affirmer que cette œuvre est considérable. Tel est, en effet, le *Traité de botanique* du célèbre professeur de Wurzbourg, M. J. Sachs. Tous ceux qui s'occupent de botanique savent le rôle joué par M. Sachs; tous ceux qui tiennent à marcher avec la science savaient quels trésors d'érudition étaient contetenus dans ce livre; mais, hélas! écrit en allemand, cet ouvrage devait rester étranger au plus grand nombre. Nous devons donc de vifs remercîments à M. Van Zieghem. La traduction est si française, elle se trouve enrichie de notes si précieuses, que l'on oublie volontiers le lieu d'origine du *Traité de botanique*.

Nos lecteurs n'attendent certes pas que nous entrions ici dans une analyse détaillée de cette œuvre. Qu'il nous suffise de dire que tous les travaux de M. Sachs y sont résumés; que cette troisième édition renferme des recherches entièrement nouvelles sur les grains d'aleurone, les hépatiques, les lycopodiacées, l'action de la lumière et de la pesanteur, et le mécanisme de l'accroissement.

L'éditeur de cette belle traduction, M. Savy, mérite certainement qu'on lui rende justice pour la richesse d'illustration de ce livre : rien n'a été épargné, et certains bois sont de vrais chefs-d'œuvre de gravure.

II.

Nous retrouvons ce même soin et ce même luxe dans le premier volume du *Traité pratique des drogues simples d'origine végétale*, de M. G. Planchon. Ce premier volume, le seul encore paru, répond bien à l'intention de l'auteur: c'est un livre pratique, d'où toute discussion purement théorique a été volontairement écartée. Profes-

(1) Un très-fort vol. in-8 avec 500 gravures. — Prix : 20 francs. — Paris, F. Savy.
(2) Un vol. in-8 avec 280 fig. — Prix de l'ouvrage complet : 20 francs. —
(3) Un vol. in-8 avec 115 fig. — Prix : 5 francs. — Paris, F. Savy.

seur à l'école de pharmacie de Paris, M. G. Planchon a voulu faciliter la recherche des caractères qui permettent de grouper ou de séparer les drogues simples végétales.

Autrefois le coup d'œil extérieur, pour ainsi dire, semblait suffire. M. G. Planchon entre dans une voie plus scientifique. Il appelle à son aide le microscope, et, par des coupes que la gravure place sous nos yeux, il établit les caractères distinctifs des drogues d'origine végétale. Dire que le plus grand nombre des dessins sont dus à M. Faguet et ont été pris sur des échantillons types de l'école de pharmacie de Paris, c'est dire à la fois l'authenticité et la parfaite exécution de ces représentations. Encore un livre excellent dont le premier volume fera vivement désirer la rapide terminaison de l'ouvrage. Ce traité est un livre classique.

III.

A côté de ces deux livres, nous appelons l'attention sur un travail très-curieux, très-neuf, très-intéressant. M. Jules Girard a eu la très-bonne pensée de réunir et de grouper, sous le nom d'*Explorations sous-marines*, les documents jusqu'ici épars et peu connus qui touchent à l'hydrographie, aux appareils de sondage. Grâce à lui, le sol sous-marin nons devient familier; nous pénétrons la profondeur des mers, et nous assistons à la vie si curieuse de ce royaume.

Depuis plusieurs années, des savants avaient consacré tous leurs soins à ces recherches si intéressantes. Il nous a été déjà donné d'appeler l'attention de nos lecteurs sur *les Fonds de la mer*, que publient MM. Berchon, de Folin et Périer. Cette voie, si heureusement ouverte par ces savants, devient populaire grâce au travail de M. Jules Girard. Ce dernier auteur a voulu faire une œuvre de vulgarisation; il y a fort bien réussi. Aujourd'hui, ceux qui veulent suivre pas à pas les conquêtes si nombreuses de zoologie et de conchyliologie, auront, de par le livre de M. Girard, une excellente introduction à la savante publication que MM. Berchon, de Folin et Périer poursuivent sous le nom de : *les Fonds de la mer*.

M. Girard aura ainsi rendu un véritable service aux amis des sciences naturelles.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Notre confrère M. le docteur Beni-Barde vient d'être nommé adjoint au maire du XVIe arrondissement.

— *Administration générale de l'Assistance publique à Paris.* — Concours pour les prix à décerner aux élèves externes, en médecine et en chirurgie, des hôpitaux et hospices, et la nomination aux places d'élèves internes (année 1874).

L'ouverture du concours pour le prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 12 octobre, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de deuxième et de troisième année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont tous tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois heures, depuis le jeudi 10 septembre jusqu'au 26 septembre inclusivement.

— *Hospice général de Tours. — Concours pour deux places d'élèves internes et pour un nombre indéterminé de places d'élèves suppléants.* — Le concours pour l'internat est fixé au mardi 20 octobre, à midi, pour l'épreuve écrite, et au mercredi 21, à neuf heures du matin, pour l'épreuve orale (salle d'administration de l'hospice général). Le concours pour la suppléance est fixé aux 27 et 28 du même mois; il aura lieu au même lieu et aux mêmes heures que celui de l'internat.

Le registre d'inscription pour ces deux concours sera ouvert, au bureau du directeur de l'hospice, à partir du 1er octobre; il sera clos, pour les candidats à l'internat, le 20 octobre, à huit heures du matin, et pour les candidats à la suppléance, le 27 du même mois, à la même heure.

Chaque candidat, en s'inscrivant, est tenu de produire : 1° son acte de naissance; — 2° un certificat de bonnes vie et mœurs, délivré par le maire de la commune où il est domicilié; — 3° un certificat constatant : pour les candidats aux fonctions d'internes, la possession d'au moins huit inscriptions validées; pour les candidats aux places de suppléants, la prise des quatre inscriptions au moins, près d'une faculté ou d'une école de médecine. Ces diverses pièces devront être légalisées.

Les candidats appelés par le concours à remplir les places d'élèves internes ou suppléants à l'hôpital de Tours sont, en outre, informés que, pendant toute la durée de leurs fonctions, ils seront tenus de prendre leurs inscriptions à l'école de médecine de Tours.

Les élèves internes sont nommés pour deux ans; ils sont nourris, logés, chauffés, éclairés et blanchis; ils reçoivent la première année un traitement de 400 francs, et la seconde année un traitement de 600 francs.

Pour supplément de renseignements, s'adresser au directeur de l'hospice général.

— *État sanitaire de la ville de Paris.* — Population (recensement de 1872), 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 4 septembre 1874, on a constaté 760 décès, savoir :

Variole, 1; rougeole, 4; scarlatine, 3; fièvre typhoïde, 33; érysipèle, 4; bronchite aiguë, 22; pneumonie, 31; dysentérie, 3; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 17; choléra nostra, »; angine couenneuse, 5; croup, 10; affections puerpérales, 5; autres affections aiguës, 244; affections chroniques, 325, dont 132 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 39; causes accidentelles, 14.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 106. — SAMEDI 12 SEPTEMBRE 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 12 SEPTEMBRE 1874. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

C'est au congrès de Lille, à la session que vient de tenir dans cette ville l'Association française pour l'avancement des sciences (section des sciences médicales), que la Revue clinique empruntera aujourd'hui ses principaux éléments. Plusieurs des questions pratiques qui y ont été traitées dans les premières séances, telles que celles de l'alcoolisme dans les diverses classes de la société et dans ses rapports avec l'anesthésie, des suites des fractures des membres par projectiles de guerre, des amputations sous-périostées, etc., nous ont paru, en effet, contenir d'utiles enseignements que nous ne devons point laisser perdre pour nos lecteurs.

De l'alcoolisme dans les classes aisées.

La question de l'alcoolisme, qui a donné lieu à tant et à de si importants travaux dans ces dernières années, est encore loin d'être épuisée. Les sujets qui ont fourni les principaux éléments de cette étude appartenant pour la plupart aux classes qui peuplent les hôpitaux et les hospices, on a bien pu voir, sans doute, les grands traits généraux de cette affection, mais quelques traits particuliers ont pu échapper, notamment en ce qui concerne quelques-uns des effets ou des caractères spéciaux que peut présenter l'alcoolisme dans les classes aisées de la société, à raison des conditions habituelles d'hygiène et d'alimentation dans lesquelles elles vivent.

M. le professeur Leudet (de Rouen) a exposé au congrès une partie des observations qu'il a été à même de faire sur ce point parmi les malades de sa clientèle privée. Le premier fait général sur lequel il a insisté est la fréquence de l'alcoolisme dans les classes riches et la difficulté de le diagnostiquer lorsque l'attention n'est pas attirée directement sur ce point. Voici ensuite les principaux caractères qu'il a relevés : troubles dyspeptiques; ulcères de l'estomac subissant des alternatives d'apparition et de disparition jusqu'à ce que des hémorrhagies intestinales ou une hémathémèse viennent, par leur abondance, révéler toute la gravité de la situation; ictère alcoolique, affections du foie et et en particulier cirrhose, se montrant beaucoup plus fréquemment chez le riche que chez l'ouvrier; diarrhées pouvant durer un temps considérable; accidents paralytiques; phénomènes singuliers d'hypéresthésie, pris souvent à tort pour du rhumatisme; enfin la goutte à laquelle les abus alcooliques donnent une impulsion non douteuse.

Dans l'un des chapitres de la *Clinique médicale de l'hôtel-Dieu de Rouen*, publiée dans le courant de cette année, M. Leudet, se livrant à une étude séméiologique des inflammations du foie développées sous l'influence de l'abus des boissons alcooliques, fait ressortir en ces termes les différences qu'il a constatées dans les lésions du foie selon la position sociale et les habitudes hygiéniques et alimentaires des malades.

Les faits que j'ai recueillis, dit-il, l'ont été souvent dans des conditions spéciales. Un certain nombre de malades apparnant à la classe ouvrière buvaient journellement une grande quantité de boissons alcooliques et, à des intervalles plus ou moins rapprochés, commettaient des excès énormes, où la quantité d'eau-de-vie absorbée dans l'espace de quelques heures atteignait parfois un ou deux litres. Ces individus se nourrissaient le plus souvent assez mal.

D'autres individus étaient placés dans des conditions différentes; l'usage des alcooliques était constant, la quantité de liquide consommée toujours considérable, mais à peu près la même, et enfin l'alimentation était suffisante et de bonne qualité.

Ainsi, d'une part : absorption habituelle de quantités considérables d'alcooliques, exagérée parfois jusqu'à des quantités énormes; nourriture souvent insuffisante ou de mauvaise qualité, conditions qui favorisent le développement des altérations de la muqueuse du tube digestif et de la glande hépatique. De l'autre : usage considérable et constant, mais toujours à peu près le même, des alcooliques; alimentation suffisante et de bonne qualité; chez ceux-ci, ce sont surtout les formes les plus évidentes d'une inflammation interstitielle de la glande hépatique qui ont été observées, avec peu de troubles de la muqueuse gastro-intestinale.

Ce sont ces différences dans les conditions hygiéniques générales des alcoolisés qui expliqueraient comment les uns, les gens de la classe aisée en général, résistent plus ou moins longtemps à l'action délétère de l'agent toxique, tandis que d'autres, les individus de la classe ouvrière, parviennent plus ou moins rapidement à l'état cachectique.

On a invoqué aussi l'influence du climat dans lequel vivent les malades sur l'altération du foie chez les alcoolisés. M. Leudet, sans nier la part d'influence qui peut revenir aux climats, a été conduit à penser que les différences signalées à cet égard tiennent plutôt à la qualité et au genre de boissons alcooliques dont les diverses populations font usage. Ainsi, si la dé-

générescence graisseuse du foie est plus commune aux États-Unis qu'en Angleterre, ainsi que l'ont démontré les recherches du docteur Peter (de New-York), tandis que la cirrhose, au contraire, serait plus commune en Angleterre qu'aux États-Unis, M. Leudet pense que cette différence dans la fréquence relative de ces deux ordres de lésions provient surtout de ce que les Américains boivent principalement du rhum et de l'eau-de-vie, tandis que les Anglais boivent du genièvre. A Rouen, dit-il, où la consommation du genièvre est exceptionnelle dans toutes les classes de la société, l'inflammation de la glande hépatique est beaucoup plus commune que la dégénérescence graisseuse, abstraction faite des cas de cachexie.

Ces faits viendraient à l'appui de ce qui a été avancé relativement à l'influence du degré de l'alcool ingéré sur la production des lésions du foie. Ainsi, tandis que le vin et la bière ont peu de tendance à produire les maladies du foie, l'alcool, pris sous forme de liqueurs spiritueuses, se montre, au contraire, très-délétère sous ce rapport. M. Leudet a relaté, il y a longtemps déjà, un exemple très-remarquable de ce mode d'action de l'alcool, dans un travail inséré dans les Mémoires de la Société de biologie de 1860, sous le titre de : *Étude sur l'ictère déterminé par l'abus des liqueurs alcooliques*. Il s'agit d'un homme de 39 ans qui, à la suite d'une ingestion d'un verre d'alcool très-concentré, fut pris d'une ivresse de trois jours de durée, suivie d'accidents gastriques sérieux, et six jours après d'un ictère terminé par la mort. L'autopsie révéla l'existence d'ulcères de l'estomac et d'une atrophie aiguë du foie, se rapportant à la forme que Frerichs a désignée sous le nom d'hépatite diffuse. D'autres faits analogues sont consignés dans la *Clinique médicale de l'hôtel-Dieu de Rouen*, tendant à démontrer que, chez les individus qui abusent des spiritueux, les altérations du foie apparaissent à des époques assez variables de la dyscrasie alcoolique, et que leur expression séméiologique varie également suivant que l'inflammation avec hyperplasie cellulaire est simple ou compliquée de lésions dégénératives de l'élément cellulaire du foie ou de lésions d'autres organes.

Nous pourrons revenir sur ce point spécial de l'anatomie pathologique de l'alcoolisme. Nous le laissons de côté pour le moment, afin de revenir à un autre point de vue de la communication de M. Leudet au congrès de Lille.

Empoisonnement chloroformique chronique.

A propos de l'ictère alcoolique, et, en quelque sorte parallèlement, M. Leudet a cité un cas très-remarquable : c'est celui d'un alcoolique renforcé, qui, ne pouvant plus se procurer une ivresse suffisante avec l'alcool, s'enivrait avec du chloroforme dont il inhalait jusqu'à 150 grammes par jour (sa consommation habituelle de chloroforme s'élevait à 5 kilogrammes par an). Cet individu se procurait ainsi une sorte d'ivresse spéciale avec sentiment d'anéantissement. Une gangrène d'un orteil étant survenue en cette occurrence, il fallut procéder à la désarticulation. L'opérateur, ne voulant pas, avec raison, se servir de chloroforme dans cette circonstance, eut recours, pour produire l'insensibilité, à une petite dose d'opium (2 centigrammes d'extrait). Cette faible dose suffit pour déterminer une insensibilité qui dura près de vingt-quatre heures.

M. Leudet a fait remarquer, à ce propos, que dans l'empoisonnement chloroformique chronique, on peut obtenir une anesthésie complète avec une très-petite dose d'opiacés, 1 centigramme par exemple, alors qu'une dose dix fois plus considérable ne produisait pas le même effet antérieurement à l'empoisonnement par le chloroforme.

M. Verneuil a confirmé les opinions émises par M. Leudet, en insistant sur l'importance du diagnostic de l'alcoolisme, lorsqu'il s'agit de pratiquer des opérations chirurgicales, et sur la tendance qu'ont les tissus, chez les alcoolisés, à être frappés d'inflammations nécrosiques, à la suite d'un traumatisme souvent même très-minime. Il a signalé également la fréquence des congestions pulmonaires chez les alcooliques soumis à la chloroformisation. Enfin, frappé du fait de l'anesthésie produite par l'administration d'une petite quantité d'opium à un individu placé sous l'influence du chloroforme, M. Verneuil s'est demandé si, par analogie, on ne pourrait pas, avec cette petite quantité d'opium, obtenir un résultat équivalent sur les alcoolisés.

M. Ollier a répondu, en partie, au *desiderata* exprimé par M. Verneuil, en signalant l'utilité de l'association des opiacés au chloroforme pour produire l'anesthésie prolongée. En employant les injections de morphine répétées après une chloroformisation, il a pu continuer l'anesthésie au-delà de vingt-quatre heures.

Témoin d'un cas de mort à la suite de l'usage simultané et combiné de chloroforme et de laudanum, pour combattre un accès de névralgie (je n'ai pu, malheureusement, me procurer de renseignements précis sur la manière dont ces deux agents avaient été combinés, ni sur la dose employée), je serais, pour ma part, très-porté à recommander la plus grande circonspection dans l'association de ces deux agents. Quant à l'usage de l'opium à petites doses, pour produire l'insensibilité passagère chez les alcooliques qui doivent être soumis à une opération chirurgicale, c'est assurément une idée très-pratique, facile d'ailleurs à mettre à l'épreuve, et qui a en sa faveur l'analogie du fait si remarquable signalé par M. Leudet.

Dr BROCHIN.

ROULETTE AVALÉE

PAR UN GARÇON DE CINQ ANS ET DEMI, ET RENDUE PAR L'ANUS AU BOUT DE DIX-SEPT JOURS

Par M. de SAINT-GERMAIN.

Vers la fin de février, je fus appelé en toute hâte par une de mes clientes, dont le fils, disait-on, venait d'avaler une roulette. Point de détails, d'ailleurs. Je me rendis aussitôt là où l'on m'appelait, et je tombai au milieu d'une famille absolument consternée. La victime ou le coupable, comme on voudra l'appeler, semblait seul ne pas partager le trouble général. Deux heures avant mon arrivée ce garçon, âgé de cinq ans et demi, turbulent, tapageur et taillé en force, s'était présenté devant ses parents et leur avait déclaré qu'il venait d'avaler une des roulettes du mouton qu'on lui avait donné pour ses étrennes.

De là panique générale et réquisition de votre serviteur. J'examinai d'abord le gamin, qui ne paraissait point se douter de la gravité de l'acte qu'il avait commis ; je le retournai dans tous les sens, le palpai avec le plus grand soin et ne pus déterminer chez lui la moindre sensation de douleur à la pression de l'épigastre. Je le fis boire devant moi ; il avala avec la plus grande facilité et se borna à constater que l'heure du dîner était passée depuis longtemps. Il demandait à manger.

En présence de ce calme absolu, je me pris à douter de l'authenticité de l'ingurgitation de la roulette, et je fis part de mes doutes aux parents, leur relatant à l'appui de mon dire les traits de simulation tout à fait extraordinaires dont s'étaient rendus coupables des enfants au moins aussi jeunes que leur fils. On me répondit avec dignité que Léon ne mentait jamais. Je fis amende honorable et me prononçai pour l'expectation.

Le lendemain, rien. Le surlendemain, pas davantage. Le quatrième jour on me fit demander. L'enfant accusait d'assez violentes coli-

ques. Je prescrivis un purgatif, lequel soulagea complétement le petit malade ; mais ce fut tout.

Désirant, malgré la presque certitude où j'étais qu'il n'avait rien avalé, tirer la chose à clair, je chloroformai l'enfant, et je pus palper à mon aise les régions épigastrique et abdominale. Je ne perçus aucune sensation de corps étranger. Je songeai alors à compléter mon enquête par l'examen des trois roulettes sur lesquelles se portait encore le mouton, cause première de tout le mal. C'était, et j'insiste sur ce fait, un magnifique jouet, extrêmement soigné dans tous les détails. Je fis l'autopsie de chacune de ses pattes, et voici ce que je constatai : chacune d'elles recevait à son extrémité inférieure une longue pointe de fer extrêmement acérée, se terminant à l'extrémité libre par une gorge étroite, laquelle retenait une petite roue de cuivre tournant sur son axe avec la plus grande facilité. La déglutition d'une semblable engin me semblant incompatible avec les dimensions de l'arrière-bouche d'un enfant de cinq ans et demi, je persistai dans mon premier scepticisme, et je cessai de voir le malade.

Une douzaine de jours s'écoulèrent, et je commençais à croire que j'avais diagnostiqué juste, lorsqu'une après-midi (dix-sept jours après l'accident), ma cliente se précipita dans mon cabinet, triomphante et tenant dans la main la roulette introuvable. Nul doute comme origine. Elle avait mis elle-même le matin son enfant sur le pot et avait entendu le choc du corps étranger sur la porcelaine.

Ne pouvant contester une assertion à laquelle les sens de cette dame donnaient une affirmation aussi complète, je m'inclinai et demandai la permission d'examiner le corps du délit.

Toute la partie composée de cuivre était noire ; la pointe d'acier, légèrement oxydée, n'avait rien perdu de son acuité. Comment une pareille alène avait-elle pu traverser l'œsophage, l'estomac, l'intestin, sans accident. C'est ce que je cherchai à m'expliquer. Tout d'abord je n'y parvins pas, et j'allais m'en remettre au Dieu des bonnes gens quand une chose me frappa. En tournant et retournant la maudite roulette entre mes doigts, je constatai qu'il m'était impossible de la serrer, entre le pouce et l'index, de façon que sa pointe causât à la pulpe du doigt une certaine douleur. En effet, dès que la pression s'accentuait un peu, le jeu de l'instrument était si doux, si parfait, que la roulette tournait et prenait la tangente. Un phénomène analogue s'était-il produit au sein des viscères de mon sujet. C'est ce que j'ignore ; mais, dans tous les cas, cette idée ne me parut pas absolument déraisonnable, et je l'adoptai, faute de mieux. Je conclus donc à ceci : que la roulette, constamment, mais doucement pressée par les parois stomacales ou intestinales, n'avait jamais pu se placer perpendiculairement à leur axe, mais avait glissé, son extrémité la plus lourde en avant, jusqu'à son émission complète.

Quoi qu'il en soit, l'enfant n'a rien présenté depuis qui mérite la peine d'être noté. Il jouit d'une parfaite santé.

Comme je le disais en commençant, ce petit fait n'a guère d'importance ; on pourrait peut-être, pourtant, en tirer quelques enseignements, sans parler de celui qui consisterait à ne donner aux enfants que des jouets perfectionnés.

Le premier est de ne pas se prononcer contre la possibilité de l'introduction d'un corps étranger dans les voies digestives, alors même que les troubles sont nuls et que la palpation donne un résultat négatif.

Le second est à la portée de tout le monde. Il consiste à rester les bras croisés lorsque l'on ne constate aucun accident, et à laisser faire la bonne nature.

DES FRACTURES DITES PAR PÉNÉTRATION (1)

Par le docteur O. Lecomte, médecin principal de première classe.

Hâtons-nous de remarquer que ces formes, qui sont très-aisément reproduites par l'expérimentation cadavérique (2), sont plus rarement observées avec leur pureté complète dans les autopsies, et que, dans les fractures comminutives constatées par l'anatomie pathologique, la pénétration en ce qu'elle a de vrai, l'écrasement et l'éclatement de l'extrémité spongieuse viennent souvent s'y surajouter. Mais, dans ces cas-là même, il est possible de faire la part de ce qui appartient à la forme primitive des fragments dans les fractures conchoïdes et aux désordres qui ne portent que sur un seul fragment, enfoncement ou pénétration, écrasement, éclatement. Il suffit pour cela de reconstituer, par le rapprochement des parcelles osseuses, l'extrémité articulaire fracturée, ou d'observer que la pénétration n'a lieu souvent que sur un point limité de la surface conchoïdiale de la fracture. On reconnaît ainsi que, même dans le cas où elle existe, le rôle de la pénétration, dans le traumatisme osseux est beaucoup moins grand qu'on ne le dit.

Ces idées, que nous avons émises il y a déjà longtemps, heurtent de front la doctrine des fractures par pénétration, doctrine beaucoup plus ancienne, plus généralement adoptée, et, selon nous, radicalement fausse. Nous croyons qu'avec l'aide du temps elles seront reconnues les seules vraies, les seules acceptables. La présentation de M. Lannelongue et les considérations dont elle a été accompagnée leur apportent une véritable et sérieuse adhésion.

Déjà les vues que nous avons exprimées sur le rôle de l'arrachement dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius et sur la signification réelle, mais très-restreinte qu'il convient d'attribuer au phénomène de la pénétration, ont été partagées par plusieurs auteurs. M. Demarquay, en faisant une part très-large au mécanisme de l'arrachement, formule toutefois l'objection suivante : « Comment admettre, dit-il, que la transmission du choc n'ait pas une certaine influence quand on voit si souvent des fractures de l'extrémité inférieure du radius avec éclatement du fragment inférieur, ou pénétration du fragment supérieur dans l'inférieur. Il faut tenir évidemment un plus grand compte qu'on ne l'avait fait, avant Lecomte, de l'influence de l'arrachement, mais il nous paraît impossible de ne pas admettre que le choc a aussi un rôle qu'on ne saurait méconnaître. » (*Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. IV, p. 249.) Nous saisissons bien volontiers l'occasion de répondre à cette objection, qui nous a été faite quelquefois et qui, bien loin de contredire la théorie mécanique de l'arrachement, la fait comprendre comme nous l'avons comprise et exposée. L'arrachement, dans les fractures simples de l'extrémité inférieure du radius, agit seul, produit toute la lésion ; dans les fractures compliquées de pénétration, d'écrasement, d'éclatement, il commence nécessairement la lésion, divise l'os en deux fragments dont l'un supérieur, diaphysaire, sous l'influence du choc transmis par la violence fracturante non épuisée, pénètre plus ou moins dans le fragment inférieur, spongieux, qu'il écrase ou fait éclater. Voilà ce que nous avons toujours dit. Ainsi interprétée, la théorie générale de l'arrachement, liée intimement au phénomène de la pénétration, nous paraît inattaquable.

Il ne serait pas juste, d'ailleurs, de croire que ces idées sont du domaine de la théorie pure. Non-seulement elles nous paraissent satisfaire l'esprit ; non-seulement du mécanisme de la fracture bien compris dans tous ses éléments, on déduit ses formes, ses symptômes, ses complications, mais la pratique y trouve des indications très-utiles.

La doctrine des fractures par pénétration, que nous combattons, a conduit presque naturellement à l'abstention chirurgicale. Elle a fait considérer les efforts de réduction comme

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 10 septembre.

(2) Le procédé indiqué par Nélaton et celui que nous avons décrit dans notre travail permettent d'obtenir facilement les fractures de l'extrémité inférieure du radius, avec toutes leurs variétés, et spécialement avec les formes que nous avons appelées conchoïdes et conchoïdes alternes.

inutiles et même dangereux par les désordres qui pouvaient en résulter ou par le changement d'une position regardée comme un heureux effet de la pénétration. Nous protestons contre une telle pratique, persuadé que la pénétration est nulle dans bon nombre de cas, et faible dans beaucoup d'autres, et prenant encore pour exemple la fracture de l'extrémité inférieure du radius, nous estimons qu'il faut toujours s'efforcer d'obtenir soit la réduction primitive, soit la réduction secondaire des fragments. On peut rechercher la réduction primitive à l'aide d'un procédé que nous avons vu mettre en usage par M. le professeur Legouest, la flexion forcée de la main sur le genou du chirurgien. Si cette réduction immédiate offre quelques difficultés, si le déplacement tend à se reproduire, comme dans les fractures plus ou moins comminutives, chercher à obtenir la réduction secondaire, qui est d'ailleurs un résultat presque certain. Dans ce but on répudiera tous les appareils inamovibles ou autres, qui ont le grave défaut d'assurer la fixité des rapports vicieux attribués à la pénétration, et l'on aura recours à ceux qui, par la flexion forcée de la main (Robert, Legouest), par la pression continue sur la face dorsale du fragment inférieur (Goyrand, Nélaton), ou par les deux modes d'action combinés, comme dans l'appareil auquel nous nous sommes arrêté définitivement, déterminent progressivement la réduction secondaire de la fracture.

En résumé, nos conclusions sont les suivantes : il n'y a pas de fractures par pénétration. *C'est une expression vicieuse, source d'erreur et de confusion. Il y a des fractures avec pénétration comme il y en a avec écrasement, éclatement d'un seul fragment, presque toujours le fragment articulaire, spongieux. La pénétration est beaucoup plus rare qu'on ne le croit, et, quand elle existe,* c'est à un degré *moindre qu'on ne le suppose. L'étude anatomique des pièces anciennes, mieux observées, et celle des fractures récentes, qu'elles soient simples avec les formes conchoïdales que nous avons décrites, qu'elles soient compliquées, en outre, de pénétration, d'écrasement et d'éclatement, le démontrent avec une entière évidence.*

Enfin ces considérations sont loin d'être indifférentes à la pratique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er juillet 1874 (1). — Présidence de M. PERRIN.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE GALVANO-CAUTÈRE

M. VERNEUIL continue :

Cette occasion s'est tout récemment présentée, et j'ai pu cette fois, avec l'aide de MM. Dieu fils et Habran (de Reims) mener à bien l'entreprise sans difficultés et sans émotion.

Il s'agissait, comme je l'ai dit plus haut, d'un épithélioma ayant envahi le trou postérieur du voile du palais, le bord libre des piliers et la face interne des amygdales, en un mot toute la circonférence de l'isthme du gosier, la langue exceptée.

Je procédai comme il suit : le patient placé devant une fenêtre, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide et la bouche largement ouverte sans le secours d'aucun instrument, je circonscris avec la pointe du couteau galvanique toute la portion altérée du voile, par une incision courbe à convexité antérieure, parallèle au bord libre de ce voile et se prolongeant à droite et à gauche jusqu'à la moitié environ de la hauteur du pilier antérieur. Cette section fut faite en plusieurs fois parce qu'au début le malade ne savait pas contenir sa respiration en tenant la bouche ouverte, et que d'ailleurs le voile du palais avait une grande épaisseur.

(1) Fin. — Voir le numéro du 5 septembre

Ce premier temps ne donna pas une goutte de sang, mais il restait à détacher l'extrémité inférieure des piliers et les deux amygdales ici j'étais gêné par la langue, dont la base involontairement soulevée masquait les parties et venait toucher la tige du couteau galvanique; il résultait de ce contact une légère brûlure qui faisait plus encore contracter l'organe.

Avec de la patience et en attirant fortement la langue en avant, j'aurais pu sans doute vaincre cette petite difficulté, mais je crus plus commode d'achever l'ablation avec l'écraseur linéaire, c'est pourquoi, je divisai sur la ligne médiane le lambeau en forme de pont que j'avais détaché avec le couteau galvanique ; puis, saisissant avec la pince à griffes latérales l'amygdale et la portion restante des piliers, j'attirai fortement le tout en dedans et en avant de manière à en entourer la base adhérente avec la chaîne de l'écraseur. La même manœuvre fut répétée de l'autre côté, après quoi je serrai simultanément les deux chaînes à raison de deux crans à la minute; en quelques instants j'enlevai de la sorte les deux moitiés de la tumeur. La gorge étant débarrassée du mucus et du sang, je vis du côté gauche à la partie déchirée de la plaie un point suspect. Je le saisis de nouveau avec la pince à griffes et l'excisai sous la chaîne. Je pus me convaincre alors que l'extirpation était bien complète.

Cette opération n'avait guère duré moins d'une heure, mais de ce temps il faut défalquer les nombreux repos que nous accordions au patient sur sa demande, et d'autant plus volontiers que, la plaie galvanique étant exsangue, rien ne nous forçait à nous presser. La douleur provoquée par le couteau rougi était véritablement très-supportable et n'arracha pas un cri; le dernier temps fut, au contraire, assez pénible : d'abord la section médiane de la tumeur fournit un peu de sang, ainsi que les manœuvres nécessaires pour placer convenablement les chaînes, sang qui, malgré sa petite quantité sollicita des efforts d'expulsion; l'introduction dans l'arrière-gorge des pinces et des doigts conduisant la chaîne fut également désagréable, enfin la constriction progressive de celle-ci parut assez douloureuse.

Mais en résumé, et je veux insister sur ce point, l'extirpation fut conduite d'un bout à l'autre sans le moindre incident fâcheux et avec une perte de sang qui n'a pas dépassé quelques grammes.

M. DEMARQUAY. J'ai beaucoup employé la galvano-caustie, et je suis loin de contester son utilité; toutefois, pour la section du col utérin, je donnerai volontiers la préférence à l'écraseur.

Il est très-facile, en effet, de saisir avec la chaîne le col une fois fixé, sans lui imprimer d'abaissement ni de traction tendant à porter en avant le cul-de-sac vésico-vaginal. Le fil, me dira-t-on, est d'une application aussi aisée; j'en conviens; mais une fois le fil placé et l'appareil mis en marche, il devient impossible au doigt du chirurgien, sous peine de brûlure, de suivre le mouvement de l'instrument. D'autre part, j'ai vu, entre mes mains, malgré l'assistance éclairée que me prêtait M. Trouvé, le fil se rompre. La chaîne peut se casser, mais beaucoup plus rarement. Une fois l'opération faite, quelle que soit la méthode, écraseur ou galvano-cautère, le résultat est identique; or, comme tout le monde n'a pas à sa disposition un galvano-cautère, comme, ainsi que vient de le prouver M. Verneuil, on peut, quand on va en province, oublier une des pièces essentielles; comme, enfin, au point de vue des hémorrhagies primitives et secondaires, le résultat est le même, je donnerais, dans l'espèce, la préférence à l'écraseur. J'arrive aux tumeurs rectales. M. Verneuil s'est exagéré, je crois, les services que peut rendre dans ce cas le galvano-cautère. Pour moi, je fends l'anus jusqu'au coccyx, je lie les vaisseaux qui se présentent, et je dissèque les parties malades. Quand j'ai isolé le rectum, je le fends en arrière ; je jette des anses de fil à l'aide des aiguilles de Deschamps, et je coupe immédiatement au-dessous; je n'ai jamais eu dans cette opération d'hémorrhagies graves. Je préfère ce procédé, qui est de mise partout, d'autant plus, je le répète, que le chirurgien peut se brûler à l'aide du galvano-cautère et, une fois brûlé, se trouver dans l'impossibilité de continuer l'opération avec la dextérité nécessaire.

M. LABBÉ. Je désirerais demander à M. Verneuil son avis au sujet de l'emploi du galvano-cautère pour pratiquer les incisions libératrices dans la staphyloraphie. Après une opération analogue pratiquée par moi il y a quelque temps, j'ai eu vingt-quatre heures d'inquiétudes très-vives par suite du gonflement périphérique qui

s'était produit et avait déterminé une asphyxie imminente. Je signale ce fait pour attirer l'attention à cet égard. Quant à M. Demarquay, je me permettrai de lui faire observer qu'il a avancé des propositions qu'il est difficile d'admettre. Nous savons tous quelle grande valeur il faut accorder à l'écraseur; mais de là à ouvrir de grosses veines avec le bistouri, il y a bien loin. Nous n'en sommes plus au procédé de Lisfranc, et je ne comprends pas que lorsqu'on peut disposer d'un instrument aussi précieux que le galvano-cautère, on persiste à employer des moyens aussi dangereux.

Je conviens qu'on peut écraser le col utérin; mais je ne crois pas que le résultat soit le même qu'avec le galvano-cautère. J'insiste sur ce fait que, quoi que l'on fasse, on est presque toujours obligé, quand on use de l'écraseur, d'employer les tractions utérines; or, quand on voit des retentissements du côté du petit bassin suivre de près les opérations les plus bénignes; quand on voit dans les faits de Nélaton, remis en mémoire par M. Gillette, un simple toucher déterminer une métro-péritonite, on peut conclure qu'il n'est pas inoffensif de tirer, si peu que ce soit, sur l'utérus. Or l'anse malléable, docile à se mouler sur les surfaces qu'elle touche, peut être facilement placée avec les doigts introduits au fond du vagin, et l'on a, de cette façon, l'immense avantage que loin de s'exposer à prendre les culs-de-sac, on repousse, au contraire, le col en arrière et qu'on les évite, pour ainsi dire, malgré soi.

M. TRÉLAT. J'approuve pleinement l'ingénieuse fusion du galvano-cautère et de l'écraseur préconisée par M. Verneuil. M. Demarquay, dont je regrette le départ, a énoncé des faits qui ne peuvent se concilier avec la réalité. Pour lui, les surfaces de section produites soit par le galvano-cautère, soit par l'écraseur, sont identiques. Elles n'ont que ce caractère commun; elles sont exsangues; mais là s'arrête leur similitude; et le mécanisme de leur production est absolument différent, comme Beckel et moi-même l'avions démontré. M. Demarquay fait une peinture absolument fantaisiste des opérations qu'il a tentées, et la faute qu'il a commise est grande lorsqu'il s'est confié, pour le choix de l'anse coupante, à un fabricant d'instruments. Lorque son fil s'est brisé, il l'a été à la suite d'une manœuvre mal conduite; et quand on veut manier le galvano-cautère, il est nécessaire d'en connaître les finesses. M. Demarquay craint de se brûler les doigts, alors qu'à défaut d'un aide habitué à ces sortes d'opérations, il suffit de presser un bouton ou de faire diriger le jet d'un irrigateur sur l'anse métallique pour arrêter l'incandescence d'un fil, que M. Demarquay nous dépeint comme un embrasement général.

En fin de compte, un écraseur est moins encombrant, plus portatif qu'un galvano-cautère, surtout quand on se transporte à de grandes distances. Il ne faut pas repousser une méthode pour des raisons aussi puériles.

Je ne nie pas que, pour l'ablation du col, on ne puisse établir un parallèle entre l'écraseur et le galvano-cautère; mais pour les tumeurs érectiles analogues à celle que nous a présentées M. Tillaux, le galvano-cautère est le seul instrument possible. Le procès que lui fait M. Demarquay est fondé sur des pièces contre lesquelles je proteste.

M. TILLAUX. J'avoue avoir peu saisi l'opportunité de la comparaison qu'a établie M. Demarquay entre le galvano-cautère et l'écraseur.

J'ai voulu prouver : 1° qu'on pouvait, avec cet instrument enlever, sans une goutte de sang, des tumeurs très-vasculaires;

2° Qu'on ne peut employer pour certaines opérations, d'autre instrument que le galvano-cautère; j'ai montré qu'en me servant de la chaîne de l'écraseur, je ne me suis arrêté que devant l'impossibilité absolue de pousser plus loin la constriction; aussi suis-je d'avis qu'au lieu de se livrer à un parallèle stérile, il serait bien préférable d'accepter franchement le galvano-cautère, de le modifier, d'en graduer les effets.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

Séance du 8 juillet 1874. — Présidence de M. LE FORT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine ;

2° La lettre suivante de M. Sarazin, membre correspondant, relative à une modification du pansement ouaté de M. Guérin.

« Bourges, 6 juillet 1874.

Monsieur le secrétaire,

Permettez-moi de profiter du titre de membre correspondant que la Société de chirurgie a bien voulu m'accorder. Je désire lui soumettre une modification du pansement ouaté de M. A. Guérin.

Malgré les prétentions des intransigeants du coton, il faut bien reconnaître que lorsque les liquides sécrétés par la plaie sont abondants, l'odeur, en été surtout, devient intolérable. Outre l'inconvénient qui en résulte pour le blessé et pour le milieu dans lequel il vit, se présente alors la nécessité de changer le pansement. En effet, la superposition de nouvelles couches de ouate, les lotions faites avec des solutions d'acide phénique, les composés chlorés, le permanganate de potasse, ne présentent, dans ces conditions là, qu'une action insuffisante ou passagère.

Cherchant un désinfectant antiseptique, non volatil, non caustique, facile à appliquer et facile à se procurer, je me suis adressé au goudron. Les résultats que j'ai obtenus m'ont semblé mériter une minute de votre attention.

Je procède de la façon suivante : le membre est enduit de goudron et recouvert du pansement ouaté, appliqué suivant la méthode de M. A. Guérin. Je n'exagère ni l'étendue ni l'épaisseur de ce pansement. Lorsqu'il est en place, je le couvre d'une bonne couche de goudron, puis d'une feuille de ouate et d'une bande.

Lorsque je cherche la réunion immédiate, je supprime la couche de goudron appliquée sur la peau.

Si l'immobilité est nécessaire, mes attelles malléables en toile métallique complètent l'appareil. Comme elles sont maintenues par des courroies bouclées, elles peuvent suivre le retrait du coton et maintenir la pression exercée par le pansement. L'appareil ainsi composé échappe aux reproches qu'on a pu faire à ceux de M. Ollier.

Je ne me permettrai pas de vous imposer le détail des observations dans lesquelles le goudron a bien rempli le but que je poursuivais. Ce sont :

1° Une resection du genou chez un enfant de douze ans. L'abondance et la putréfaction des liquides sécrétés par la plaie forcent à renouveler l'appareil deux fois en douze jours. Au troisième pansement, le membre, la plaie et l'appareil, sont enduits de goudron. A partir de ce moment, toute odeur disparaissait, la fièvre tombe; cicatrisation rapide des plaies...

2° Une resection du coude chez une jeune fille atteinte de carie articulaire. La plaie, le membre et l'appareil sont enduits de goudron. Fièvre très-modérée au début; jamais d'odeur ni d'acidents. Aujourd'hui, cinquième semaine, troisième pansement; la plaie est à peu près cicatrisée.

3° Deux amputations de seins cancéreux, réunion immédiate, sauf à l'angle externe, où sont réunies les ligatures (sutures au collodion), pas de goudron sur la peau. Ces deux malades sont parties guéries, l'une le quinzième, l'autre le vingt et unième jour.

4° Tumeur blanche du coude (scrofules), ulcères cutanés tellement étendus, que la resection est impossible. Sécrétion abondante et infecte, fièvre hectique. Pansement ouaté et goudronné *intus* et *extra*. Toute odeur disparaît, la fièvre cesse, l'appétit et le sommeil reviennent.

J'aurais voulu pouvoir communiquer de vive voix à la société les résultats que j'ai obtenus par cette modification si simple. Je me serais peut-être laissé aller à parler trop longuement de ces pansements ouatés, car je les crois appelés à rendre de signalés services à la chirurgie d'armée. Seront-ils modifiés ou conservés tels que leur auteur les a présentés? L'avenir nous apprendra.

J'ai l'honneur d'être, etc. »

M. DOLBEAU dépose une brochure intitulée : *Laryngopathie*, par le docteur Moura.

M. DESPRÈS lit l'observation suivante de M. Monteil, de Mende, membre correspondant :

Tumeur du testicule gauche. Castration. — X..., trente-quatre ans, constitution bonne.

Chute il y a treize ans, à cheval, sur le pommeau de la selle. Violente contusion du testicule gauche, ecchymose et gonflement. Pas de traitement.

Nouvelle chute, dans les mêmes conditions, il y a dix-huit mois. Augmentation du volume de l'organe.

L'année dernière, au mois d'octobre, ponction de la tumeur par un médecin qui croyait à l'existence d'un hydrocèle. Issue du sang par la canule du trocart.

Apparition de douleurs dans le rein gauche et dans le côté gauche, à manifestations irrégulières.

Etat actuel à son entrée à l'hôpital, le 30 juin dernier :

Santé générale bonne; absence de fièvre.

Testicule gauche remplacé par une tumeur de 21 centimètres de circonférence, de 17 centimètres de hauteur, indolore au toucher et à la pression, la surface uniforme; méat arrondi, lisse, élastique, sillonné de veines sous-cutanées ; ganglions inguinaux à l'état normal ; absence de ganglions pelviens.

Amputation par dissection préalable de la tumeur; ligature en masse du cordon; ligature de la crémastérique.

M. DESPRÈS, à la demande de M. Monteil, a examiné la pièce et a donné les détails suivants :

Il s'agit d'une variété de sarcome kystique du testicule ; la partie la plus récemment atteinte est l'épididyme, de sorte que ce fait est bien d'accord avec ce qui a été observé pour les cancers kystiques du testicule, qui est pris le premier.

Ce qui caractérise cette tumeur, ce sont les hémorrhagies qui ont eu lieu dans les kystes et qui sont révélés par des caillots anciens faciles à reconnaître.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un sarcome très-franc ; il y a un grand nombre de cellules embryoplastiques et quelques cellules fusiformes. Le liquide des kystes ne renferme que des noyaux de cellules.

DISCUSSION

M. DESPRÈS. Je demande la parole, à propos de la correspondance.

La charpie goudronnée est employée depuis longtemps par les Anglais et les Américains. Je me rappelle que, pendant la guerre, ils nous en donnèrent une certaine quantité, que nous employâmes. Nous pûmes alors remarquer que l'odeur de suppuration disparaissait dans les premiers jours, mais reparaissait bientôt.

M. LARREY. Il y a près de trente ans que j'ai vu faire des essais de charpie goudronnée. J'ai vu également, pendant le siége, cette charpie donner de bons résultats à l'ambulance américaine.

M. GUÉRIN. Je désire prendre la parole au sujet de la lettre de M. Sarazin, dont la situation et le caractère m'inspirent la plus grande considération. Je crois qu'il n'a pas vu appliquer dans toute sa rigueur l'appareil ouaté. Lorsque cette application est irréprochable, l'odeur exhalée est nulle; lorsqu'une odeur nauséabonde se manifeste, cela prouve qu'une certaine communication s'est produite avec l'air ambiant; mais il faut se garder, dans ce cas, d'arroser le pansement d'acide phénique, ce qui rendrait la filtration de l'air impossible. M. Pasteur a cherché des vibrions dans le pus de six de mes malades traités par la ouate; il a constaté l'existence de grands cristaux de graisse, mais point de vibrions; son préparateur, M. Guillon, a trouvé des principes analogues à ceux que l'on constate dans le lait et dans les œufs conservés. Je me hâte d'ajouter qu'il est extrêmement difficile de très-bien appliquer le coton; j'échoue moi-même quelquefois, et dans certaines régions, comme le ventre et la poitrine, il est à peu près impossible d'empêcher l'aspiration vers la plaie. Je reviens sur ce fait qu'il est mauvais d'arroser le pansement; je préfère recommencer la confection de l'appareil ou, mieux, resserrer souvent les tours de bande, la ouate n'ayant qu'une élasticité très-limitée.

M. LABBÉ. J'ai fait beaucoup de pansements ouatés, et j'ai la conscience de les avoir faits classiquement, guidé que j'étais par M. Hervé, un des anciens internes de M. Guérin; j'ai tiré, je dois le dire, de ces appareils, d'immenses avantages.

Quant à l'odeur, elle dépend presque toujours, comme l'a dit M. Guérin, de la confection du pansement; mais alors même que l'odeur désagréable se produit, il n'y a pas lieu de changer pour cela l'appareil; je m'oppose également à ce qu'on l'arrose; je me borne à le saupoudrer d'amidon phéniqué, car il ne faut pas perdre de vue que la durée considérable du maintien de l'appareil est une grande condition de guérison.

M. GUÉRIN. M. Labbé vient de soulever une question que j'aurais dû traiter il y a longtemps, et je dois dire à cet égard que M. Verneuil, qui a le mérite bien rare de se passionner pour les idées de ses contemporains, m'a souvent engagé à communiquer mes opinions sur ce sujet. Il est démontré pour moi que les appareils à odeur désagréable peuvent et doivent être conservés nonobstant. Il y a, en effet, deux odeurs considérables à distinguer : celle du pus et celle qui provient des sécrétions naturelles de l'individu.

A cet égard, j'ai fait, à titre d'expérience, envelopper simultanément de coton un pied atteint d'un mal perforant, et l'autre pied absolument sain. Au bout de peu de temps, il était manifeste que le pied malade était de beaucoup le moins odorant. M. Gosselin me faisait remarquer tout dernièrement que les appareils ouatés donnaient d'excellents résultats, mais sentaient mauvais. Je crois qu'il y a là encore un vice d'application ; alors même, enfin, que le pus ayant traversé la ouate, vient à l'air se putréfier, etc. Cela se passe à la surface même de l'appareil; et je n'en veux pour preuve que l'odeur qui va constamment en diminuant à mesure qu'on se rapproche des couches profondes lorsqu'on défait mes pansements. Je ne saurais trop m'associer à l'idée de M. Labbé, relative à la longue durée d'application de la ouate, et j'ai pu maintes fois obtenir ainsi des réunions immédiates et profondes.

M. DESPRÈS. J'ai eu souvent occasion d'employer la ouate dans le traitement des tumeurs blanches, ainsi que le voulait Nélaton; je ne l'ai pas employée à la suite des amputations, parce que j'aime à voir très-souvent ce que deviennent les tissus constituant le moignon, et j'estime que les statistiques me donnent raison au sujet de la manière de comprendre le pansement des amputés. J'ai remarqué que le pansement ouaté sur des tumeurs blanches ulcérées ne sont pas mauvais; mais qu'il survienne une escarre, un phlegmon, l'odeur nauséabonde ne tarde pas à se faire jour; aussi, considérant que beaucoup d'amputés suppurent très-peu, je répète que, pour juger la question de la fétidité, il faut envisager, comparer des cas analogues, si cela est possible.

M. LARREY. M. Guérin m'a montré ses pansements ouatés; je les ai examinés avec le plus vif intérêt, et je crois comme lui que l'odeur qu'on y constate parfois provient surtout des produits de sécrétion; je me fonde, à cet égard, sur la pratique de mon père, qui était grand partisan des pansements rares (quinze ou vingt jours, par exemple); j'ai répété ces pansements, dans les hôpitaux militaires, et je me suis convaincu que les sécrétions avaient une très-grande part dans la production de la fétidité. Quant aux changements dont parle M. Desprès et que peuvent apporter les saisons, l'humidité, la chaleur, je crois à ces modifications, et j'estime qu'il serait bien curieux d'en apprécier la valeur.

M. PAULET. Si M. Sarazin assistait à la séance, je ne prendrais pas la parole ; je crois, en son absence, devoir faire observer que si, comme j'en ai la conviction, un pansement ouaté bien fait ne dégage aucune odeur, il est souvent extrêmement difficile d'arriver à empêcher que la putréfaction ne se développe au fond ou à la surface. M. Sarazin a employé les lotions; on sait pourquoi il a échoué; il s'est alors adressé au corps qui détruit tous les ferments, à savoir le goudron appliqué en couches très-minces. Je ne vois pas, pour ma part, d'inconvénient à employer ce procédé. Ou le pansement a été bien fait, et alors le goudron n'y change rien; ou il a été incomplétement appliqué, et le goudron vient corriger cette imperfection. Je me résume en disant que l'idée émise par M. Sarazin me paraît simple, logique, et facile d'application.

M. LABBÉ. Il est impossible d'établir la moindre comparaison

entre l'appareil ouaté de Nélaton et celui de M. Guérin. Il est évident que si, de parti pris, on accumule sous ce pansement une quantité considérable de matières en décomposition, le résultat ne peut guère être favorable. Quant à l'application de la ouate aux resections, j'affirme qu'elle est très-heureuse et que j'ai pu tenir six semaines durant des resections sous cet appareil.

M. MARJOLIN. Je me bornerai à demander à M. Guérin un simple renseignement. A-t-on essayé, comme désinfectant autour des appareils qui dégagent une mauvaise odeur, les sachets de poudre de charbon. Le charbon prévient, comme on le sait, la décomposition du poisson, de la viande, et je l'ai souvent essayé avec succès comme désinfectant des plaies suite de brûlures.

M. DESPRÈS. Je crois que M. Labbé n'a point compris ce que j'ai avancé. J'ai dit : il y a des plaies qui suppurent beaucoup et d'autres qui suppurent très-peu ; il est impossible que, dans l'un ou dans l'autre cas, la ouate donne des résultats identiques.

M. BLOT. M. Desprès vient de nous dire que la quantité plus ou moins considérable de pus agit sur la putrescibilité. C'est, suivant moi, une monstrueuse hérésie. Dès qu'il y a du pus quelque part, en si petite quantité que ce soit, la putrescibilité est possible, et ce sont les conditions physiques qui influent sur son développement ou sur son absence.

M. DESPRÈS. Pour juger la question, je propose à M. Blot de panser une nécrose avec abcès pendant six semaines. Je passerai dans un abcès semblable un drain, et je panserai le malade tous les jours; nous verrons celui des deux malades qui sentira le plus mauvais.

M. LE FORT. Il y a une différence notable entre le badigeonnage de M. Sarazin au goudron frais et l'étoupade des Américains fabriquée à l'aide de vieux cordages goudronnés.

M. GUÉRIN. Parmi les objections qui m'ont été faites, quelques-unes tombent d'elles-mêmes; aussi ne les relèverai-je pas. Je répondrai à M. Marjolin que je crois le charbon pilé inutile avec mes appareils. J'apporterai ici du pus conservé six semaines dans la ouate et non putréfié; car l'air filtre à travers la ouate, mais n'a pas d'action fermentescible. Convaincu de cette vérité, je tends tous les jours à perfectionner mes appareils; je compte, du reste, faire, d'ici à quelques jours, une amputation du pied; j'espère qu'il me sera possible d'amener ici mon malade et de vous convaincre que l'appareil dont il sera porteur n'exhalera aucune odeur désagréable.

M. DESPRÈS. Je demande la parole pour un fait personnel. M. Guérin a dit que certaines objections faites à son procédé tombaient d'elles-mêmes. Cette phrase, de mise peut-être dans un journal, me paraît regrettable au sein de la Société de chirurgie, où l'opinion émise par un collègue devrait avoir, ce me semble, droit à plus d'égards.

M. GUÉRIN. Je maintiens mon assertion d'une manière absolue, et je demande qu'il soit fait mention de cette affirmation au procès-verbal.

M. DESPRÈS. Je demande que le procès-verbal fasse également mention de ma protestation.

La société se forme en comité secret à cinq heures dix minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpital civil de Mustapha. — Le lundi 14 décembre 1874, un concours sera ouvert pour un emploi de médecin-adjoint vacant à l'hôpital civil, et le lundi 21, même mois, un autre concours sera ouvert pour deux emplois de chirurgien-adjoint, vacants au même hôpital.

Seront admis à concourir les docteurs en médecine des facultés de France, ayant vingt-cinq ans révolus.

Les candidats devront se faire inscrire avant le 7 décembre prophain, à la préfecture d'Alger (Assistance publique), et produire : 1° leur acte de naissance; — 2° leur diplôme de docteur en médecine; — 3° un certificat de bonnes vie et mœurs; — 4° la justification de leurs titres ou travaux scientifiques et des services publics qu'ils auraient précédemment rendus.

Les fonctions de médecin ou chirurgien-adjoint ne sont point rétribuées; toutefois, lorsqu'un remplacement aura lieu par suite de congé régulièrement accordé, le médecin ou chirurgien qui suppléera touchera la moitié des appointements du titulaire. Aux fonctions de médecin titulaire est attaché un traitement de 1,500 francs par an.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

274. Demange. Étude sur la lymphadémie, ses diverses formes et ses rapports avec les autres diathèses.
275. Paillé. De l'exostose sous-inguinale du gros orteil.
276. Branlat. Histoire des tumeurs parotidiennes.
277. Seuvre. Recherches sur l'inflammation des trompes utérines et ses conséquences.
278. Dubos. Du myosis.
279. Logeais. Des principaux emplois de l'eau dans les affections aiguës.
280. Verron. Etude sur les tumeurs du quatrième ventricule.
281. Cloquet. Etude sur l'hygiène des camps.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur l'organisation de la médecine en France et à l'étranger, par LÉON LE FORT, professeur à la faculté de médecine de Paris. — In-8° de 112 pages. — Paris, 1874, Germer-Baillière. — Prix : 3 francs.

Leçons sur l'anatomie pathologique et sur les signes fournis par l'auscultation dans les maladies du poumon, professées par M. V. Cornil, professeur agrégé, et recueillies par M. P. BUDIN, interne des hôpitaux. — In-8° de 91 pages.— Paris, 1874. — Germer-Baillière. — Prix : 2 francs.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

MÉDECINE LÉGALE

ASSASSINAT D'UNE FAMILLE DE HUIT PERSONNES PAR UN DE SES MEMBRES

Le mot *impossible* n'existe pas dans les annales criminelles. Nous n'en voulons pour preuve que la relation suivante, extraite d'un rapport médical publié par le docteur Goeze dans la *Vierteljahrschr. f. ger. u. off. Med.*, nouvelle série, t. XV, n° 2, et dont nous reproduisons la traduction d'après les *Annales d'hygiène et de médecine légales :*

Dans la nuit du 7 au 8 août 1866, la ferme de Jean Thode, à Gros-Kampen (Schleswig), fut incendiée dans des circonstances qui ne laissaient pas le moindre doute sur l'existence d'un crime extraordinaire. De tout le personnel habitant la maison, père, mère, cinq fils adultes, une fille et une domestique, un seul échappa à la mort ; c'était le fils Timm Thode, âgé de vingt ans à peine. Il s'était affaissé devant la maison d'un voisin en criant : Au feu ! et avait été porté dans l'intérieur, sans connaissance et sans pouvoir donner de renseignements. Il portait avec lui deux cassettes renfermant l'argenterie, les papiers de valeur et quelque argent en papier, et, de plus, quelques vêtements.

Ce voisin, accompagné de son fils, courut immédiatement à l'incendie, trouva toutes les portes fermées et pénétra à travers une fenêtre dans la chambre à coucher de la famille. Tout était silencieux dans l'intérieur de la maison, encore peu entamée par le feu, tandis que la grange, située tout près, était en pleines flammes. Ces hommes retirèrent de deux lits quatre cadavres humains recouverts en partie de paille enflammée et présentant, outre des brûlures, des plaies, des taches de sang, en un mot des signes de mort violente. Impossible de faire encore d'autres recherches ; mais le lendemain on trouva, sous les décombres, les quatre autres cadavres fortement carbonisés. Deux d'entre eux étaient dans l'écurie attenante à la maison, avec les restes carbonisés d'un grand chien ; les deux autres sur les débris de lit presque entièrement brûlés, l'un dans la chambre à coucher des trois frères, l'autre, la domestique, dans sa chambre. Les quatre premiers cadavres étaient ceux du père, de la mère, de la sœur et d'un frère de quinze ans, les deux couchés dans un lit.

Le survivant de la famille était dans un état d'absence apparente tout le lendemain, jusque dans la matinée du 9 août. Puis il raconta qu'en se réveillant d'un sommeil lourd il avait vu la grange en flammes, qu'il s'était emparé à la hâte des deux cassettes que le père lui avaient données à garder déjà depuis quelque temps, et de quelques vêtements trouvés sous la main, qu'il avait sauté par la fenêtre et avait vu, dans la cour, quatre à cinq hommes ; croyant que c'étaient les siens, il leur avait parlé, mais avait essuyé d'abord un coup de feu suivi de quelques autres après sa fuite ; qu'il s'était réfugié vers la maison du voisin, distante de trois cents pas, et que là il s'était affaissé après avoir perdu connaissance.

Plusieurs circonstances firent porter les soupçons sur Timm Thode; mais le juge d'instruction, après une courte arrestation préventive, le mit en liberté sous une espèce de surveillance de la police, pensant que, s'il était impliqué dans l'affaire, il aurait été seul à commettre le crime, ce qui semblait une impossibilité physique et morale d'autant plus évidente que l'examen minutieux de l'accusé n'avait pas fait découvrir la moindre trace d'excoriation ou de trace de sang, quoique l'autopsie eût démontré de la résistance de la part de quelques victimes. Malgré toutes les recherches, aucun indice nouveau ne se révéla, et ce n'est qu'au commencement de mai 1867 qu'une révision de la commission criminelle supérieure éclaircit cette affaire ténébreuse ; Timm fut arrêté, son procès mieux instruit, et quinze jours après il fit des aveux complets.

Depuis longtemps déjà il avait fait le plan d'assassiner toute sa famille pour se mettre en possession de la fortune et de la ferme, et voici comment il s'y prit : dans l'après-midi du 7 août, le père et la mère étaient partis en voiture, et le frère aîné était également absent. Timm était occupé avec ses trois frères, Martin, Cornils et Reimer, à lier des bottes de paille destinées à la couverture des toits, et à les porter dans la grange, distante de trente à quarante pas. Pendant que Reimer et Cornils allaient vers la maison d'habitation pour y chercher la dernière portion, il précéda Martin dans la grange, s'arma d'une espèce de massue de bois pesant de 7 à 8 kilogrammes, et dont quelques-unes avaient leur place régulière dans la grange, se cacha, laissa passer son frère, l'assomma par derrière au moyen d'un coup vigoureux sur la tête, et lui en asséna encore quelques autres après qu'il fut tombé en avant. Le cadavre fut recouvert de paille avant le retour de Reimer qui, arrivé avec les dernières gerbes, fut tué de la même manière, avec la même arme, et également caché sous de la paille. Comme il n'y avait plus rien à apporter, il fallut attirer le troisième frère par ruse dans la grange. A cet effet, Timm lui dit que Martin pensait qu'il fallait monter la paille dans le grenier et qu'il devait venir avec la fourche. A son entrée dans la grange, Cornils fut reçu de la même façon, vit le coup, mais trop tard pour l'éviter entièrement, fut renversé à terre et tué par quelques coups portés rapidement sur la tête.

Timm ferma alors la grange à clef et alla dans la maison pour mettre d'autres bottes et un autre pantalon ; les premiers, n'ayant pas été maculés de sang, devaient être repris après la boucherie et leur intégrité constater le lendemain que leur porteur avait été étranger au crime commis la veille. Il s'agissait ensuite de cacher les cadavres, car il était six heures, et l'autre frère, Jean, pouvait revenir d'un moment à l'autre avec sa voiture à pierre et vouloir la remiser dans la grange. A cet effet, le meurtrier construisit, avec la paille liée, une espèce d'escalier jusqu'à l'entrée d'un grenier au-dessus de

l'étable, et y déposa les cadavres en les tirant par les jambes et les recouvrit de paille. Il ferma ensuite la porte de la grange, passa un large pantalon de toile sur celui qu'il portait et qui était taché de sang, dit à sa sœur que ses frères étaient probablement sortis pour leur commerce moutons, et se rendit sur la digue pour y mieux passer le temps jusqu'au retour de ses parents et de son frère Jean.

A sept heures et demie, Timm rentra dans la maison et s'y trouva seul avec sa sœur et la domestique: une couturière, seul témoin de cette après-midi, venait de partir. Il soupa avec sa sœur et la domestique, mit de côté, dans sa chambre, du linge propre et une paire de pantoufles, et réfléchit encore à l'exécution ultérieure de son plan. Il fallait d'abord tuer Jean et le père, « il en aurait bien vite fini avec les femmes ». Il commençait à faire sombre quand Jean rentra avec sa voiture et, bientôt après, les parents. Timm attira son frère dans la grange fatale et le tua de la même façon que les autres. Une première tentative contre son père ne réussit pas; il l'avait appelé dans l'écurie, mais il y arriva accompagné de la sœur. Prétextant alors que les bestiaux s'étaient répandus dans les blés, il fit venir le père dans un pâturage situé près de la ferme, le suivit en cachant sa massue sous une planche, et l'assomma au moment où il se tournait vers lui. Il rentra à la maison, se munit d'une brouette et d'une bêche, et transporta ainsi le cadavre et une partie de gazon sanglante dans l'écurie. Il fallait ensuite se débarrasser des deux grands chiens qui auraient pu devenir gênants. L'un fut pendu, l'autre devait avoir le cou coupé avec un grand couteau de poche; mais la blessure n'était pas assez profonde, et le chien s'échappa en hurlant. A ce bruit, la mère sortit de la chambre avec une chandelle. Craignant que cette femme et la sœur prissent des soupçons et parvinssent à lui échapper par la fuite, le meurtrier résolut d'en finir brusquement. Il chercha dans une armoire une grande hache de boucher et pénétra dans la petite chambre où se trouvaient sa mère et sa sœur, celle-ci déjà au lit. La scène qui s'en suivit se refuse à toute description. Les femmes n'avaient pour se défendre que leurs supplications et leurs bras désarmés; elles furent massacrées par ce monstre à coups de tranchant et de dos de la hache, et, comme la sœur n'en finissait pas assez vite, il saisit un couteau de table et en frappa et coupa aveuglément tout ce qu'il rencontra.

La dernière victime de ce drame affreux était la domestique, déjà couchée et endormie, et qui fut assommée dans l'obscurité avec la hache.

Tout était terminé, mais il fallait cacher le crime et mettre la maison au pillage. Il se passa alors le fait le plus inouï et le plus diabolique que l'on ait jamais signalé dans les annales criminelles. Les cadavres furent amenés par des détours à travers l'écurie, parce que le meurtrier craignait que l'ouverture de la grande porte ne fût remarquée par un passant. Chaque cadavre devait être transporté dans son lit; il parvint à y coucher le père et la mère, Reimer et la sœur, ainsi que Cornils; mais Martin et Jean furent laissées dans l'écurie, ils étaient trop lourds, peut-être aussi que le meurtrier était épuisé par son travail. Comme Jean avait toujours encore « un peu de vent », il lui donna, sur la tête, des coups d'un marteau suspendu dans l'écurie, jusqu'à ce que « la respiration fût sortie ».

Pour recueillir autant que possible les cris de son crime, Timm commença le pillage par les cadavres. Il retourna à l'écurie auprès de Jean, qu'il savait avoir de l'argent sur lui, lui prit le porte-monnaie et le couteau, et se mit à rechercher un thaler qui était tombé et que l'on a retrouvé plus tard sous les décombres auprès du cadavre. Déjà auparavant, il avait pris au père la bourse et la clef de la petite caisse des objets de valeur et celle du secrétaire. Dans la poche de la mère, il prit la monnaie et la clef d'une petite caisse dans laquelle on renfermait le produit de la vente des œufs.

Avant de vider les caisses, il se lava dans la cuisine et dans l'obscurité, pour ne pas être vu de la digue; puis il remit les habits qu'il avait portés de jour. Il ramassa toutes les caisses, se rendit avec elles dans la chambre de la domestique, située sur le derrière, boucha la fenêtre et rangea les différentes valeurs. Finalement, il fouilla le secrétaire dans la grande chambre, prit d'une armoire, dans la chambre où étaient le père, la mère, la sœur et Reimer, deux à trois paquets du meilleur linge, et passa à l'incendie. Il alluma d'abord la grange dans laquelle, avant tout, il fallait faire disparaître les traces de sang, puis il porta de la paille dans la chambre de la domestique, couvrit de paille les cadavres de la petite chambre et mit le feu à ces deux endroits.

Il sortit ensuite par une fenêtre de la grande chambre à demeurer, dans laquelle il couchait ordinairement, muni de son butin, d'une portion de bons vêtements et de literie. Son intention était de rester près du foyer jusqu'à ce qu'il vînt du monde qui devait le trouver à terre sans connaissance. Mais il n'était cependant pas à son aise, et il ne put rester en place.

Prenant les deux caisses sous le bras et autant de linge qu'il pouvait porter, il se rendit le long de l'étang, vers la ferme du voisin, et y attendit l'extension de l'incendie. Quand le toit de la grange se fut enfoncé, il crut ne plus pouvoir tarder, quoique la maison d'habitation ne fût pas encore en flammes. Il se rendit devant la chambre à coucher des voisins, cria : Au feu ! et se laissa emporter sans connaissance. Il continua cette comédie jusque dans la matinée du 9 août. (*A suivre.*)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Ictère du nouveau-né. — Hémorrhagies incoercibles.

Par le docteur Perkowski (de Beaumont-sur-Sarthe).

Le 27 octobre 1873, on apporta dans mon cabinet un enfant mâle âgé de dix-sept jours. Son père, G..., âgé de vingt-sept ans, agriculteur de la commune de Doucelles (à 5 kilomètres de Beaumont), petit, trapu, d'un tempérament sanguin, avait toujours joui d'une excellente santé. La mère, âgée de vingt et un ans, grande, élancée, nerveuse, bien réglée à quinze ans, ne se rappelle pas avoir été malade. Mariée depuis trente mois, elle accoucha pour la première fois, il y a dix-neuf mois, d'une petite fille, aujourd'hui vivante et bien portante. Rien à signaler pendant le cours de deux grossesses, et les couches tout à fait normales.

Le petit garçon est venu à terme, pas très-gros, mais bien proportionné, rose, plein de vie, criant avec force, tetant avec avidité; le méconium a été expulsé quelques heures après la couche. Le cordon mince, petit, se dessécha rapidement et se sépara le cinquième jour, sans suppuration. (Renseignements fournis par la sage-femme.)

Le troisième jour après la naissance, l'enfant commença à jaunir; pendant que l'ictère devenait plus marqué, le sixième jour de son existence, apparaissent, sans cause connue, trois petits boutons (dit la mère), au côté droit du menton, qui, peu de temps après, se mirent à saigner d'une manière continue pendant quatre jours. A la fin du dixième jour de l'ictère, cette hémorrhagie s'arrêta spontanément. Le lendemain on avait été surpris de découvrir une large ecchymose au bas de l'aisselle gauche, et un petit bouton au talon correspondant pareil à ceux du menton (toujours au dire de la mère), mais qui faisait sourdre le sang en plus grande abondance que les trois premiers.

L'enfant, très-affaibli par cette dernière perte, refusa le sein (quatorzième jour de l'ictère), n'ayant plus la force nécessaire pour exercer la succion, ainsi que le prouvaient les mouvements instinctifs, insuffisants des lèvres.

Dans le courant de la nuit du lendemain, la femme G... trouva les langes et la petite chemise tachés de sang venant de l'ombilic (dix jours après la chute du cordon). Ce n'est qu'à ce moment que les parents s'inquiètent et s'adressent aux lumières d'un « affranchisseur. » Celui-ci tenta d'arrêter ces hémorrhagies en y faisant appliquer des morceaux d'amadou... Effrayé de son insuccès, il conseilla au père de faire le voyage pour consulter le médecin.

Pendant tout le cours de cette scène morbide, pas d'autres particularités à signaler. Le petit garçon, toujours assoupi depuis ses pertes, n'avait poussé que de rares vagissements. Point de hoquet, ni convulsions, ni vomissements; trois ou quatre selles régulières par jour, d'un jaune foncé et d'une consistance méconiale.

État actuel. — Teinte ictérique généralisée; on la trouve aussi sur les conjonctives et la face inférieure de la langue. Le pouls lent,

perceptible ; les jambes et les bras refroidis ; les yeux habituellement fermés, ainsi que la bouche. Il ne pouvait ni ne voulait rien avaler ; cependant la motilité était conservée, ainsi que le cri. La muqueuse buccale décolorée, sans lésion.

La figure non altérée, amoindrie, présente un mélange de coloration ictérique avec la teinte jaune caractéristique des hémorrhagies.

Sur le menton et à droite, trois taches rouges de 2 à 3 millimètres de diamètre, chacune avec un petit point noir au centre, sans dépression ni saillie sensibles ; elles ne disparaissent pas sous la pression du doigt.

On serait tenté de les prendre pour trois piqûres de puce ; elles ne méritent point la dénomination vulgaire de bouton donnée par la mère. Il nous reste encore à signaler la présence d'une très-petite ecchymose capillaire, irrégulière, bleuâtre, dont le siége est la paupière supérieure gauche.

Les respirations sont régulières, rares, peu profondes ; on dirait que l'enfant commence à perdre le besoin de respirer.

L'abdomen, débarrassé de langes tachés de sang et d'urine d'un jaune très-caractéristique, lavé avec soin, présente la cicatrice ombilicale profonde, environnée d'un bourrelet prononcé, formé par la peau jaunie et sans traces d'inflammation antérieure.

Le sang suinte de la profondeur d'anfractuosités de la dépression infundibuliforme. La surface saignante est comme une éponge imbibée de sang, que l'on voit sourdre par des gouttelettes qui se réunissent en nappe. Elle fut touchée à plusieurs reprises avec le crayon affilé de nitrate d'argent, sans résultat ; l'hémorrhagie n'en continua pas moins ; la compression digitale, exercée pendant longtemps, fut aussi infructueuse. La ligature en masse du tubercule, à laquelle j'avais d'abord songé, me parut contre indiquée par suite de la profondeur du hiatus ; mais ayant sous la main une forte solution de perchlorure de fer, j'en imbibai quelques brins de charpie, et j'introduisis le plus profondément possible, au fond d'anfractuosités de la dépression ombilicale, une boulette trempée dans la même solution bien exprimée ; une compresse graduée, une bande, complétèrent l'appareil compressif. Sans me faire d'illusion sur son peu d'efficacité, en insistant sur l'extrême gravité du pronostic, j'engageai les parents à emporter le reste de ma solution, et à refaire ou resserrer le bandage s'il venait à se déranger pendant le voyage de retour.

Ces hémorrhagies hémophiliques nous intriguèrent vivement. Aussi avons-nous mis tous les soins pour compléter l'exploration du malade. Le ventre est assez souple ; la pression paraît douloureuse. Le foie déborde de trois à quatre travers de doigts les fausses côtes. La rate, difficile à délimiter, dépasse le rebord costal avec une matité étendue dans l'hyponchondre gauche.

A la partie de l'aisselle gauche, une ecchymose rougeâtre, bleuâtre par place, mal délimitée. Au niveau de l'insertion du tendon d'Achille, correspondant, sans ecchymose ni dépression sensible, une éraillure superficielle de l'épiderme (de 8 millimètres de longueur sur 4 millimètres de largeur) faisait sourdre de nombreuses gouttelettes de sang, se réunissant en nappe ; tous les moyens cités furent sans résultat pour arrêter cette hémorrhagie.

Les parties saillantes du corps, exposées au choc ou au frottement d'objets extérieurs ne présentaient aucune trace d'épanchement ni lésions pareilles à celles que nous venons de décrire.

Point et jamais d'hémorrhagie par les muqueuses.

L'enfant avait rendu, en notre présence, des matières fécales, d'un jaune foncé et d'une consistance méconiale.

L'urine analysée dénote l'abondance de matière colorante de la bile. Point d'albumine ni sucre.

Pour rendre cette observation plus complète, nous vîmes (le lendemain après midi), le petit garçon à Doncelles.

La suspension illusoire d'omphalorrhagie ne fut que très-momentanée. Les hémorrhagies (de l'ombilic et du talon) n'en continuèrent pas moins, malgré la compression et les applications de perchlorure. Elles se tarirent spontanément le jour suivant, quelques heures avant mon arrivée. L'enfant, immobile, donne à peine quelques signes de vie ; le pouls imperceptible, les yeux voilés, la motilité abolie ainsi que le cri, la respiration très-rare, saccadée. On est pourtant surpris de trouver les lèvres plus rosées que la veille ; cette teinte insolite tient à la perspiration insensible, continuelle de nombreuses gouttelettes de sang. Les autres muqueuses ne présentaient pas ce phénomène.

Le petit garçon ne s'éteint que trente-six heures après (sans d'autres symptômes ni pertes sanguines) à l'âge de vingt et un jours, dix-neuf jours après le début de l'ictere, treize après la première hémorrhagie mentonnière, cinq après l'omphalorrhagie, et à peu près quarante heures après l'arrêt spontané de toute perte sanguine.

Cette observation, intéressante à plusieurs titres, nous engagea à faire les recherches possibles à la portée du praticien éloigné du grand centre et de ses nombreuses ressources.

En compulsant les faits qui ont quelques analogies avec le nôtre, c'est-à-dire où les hémorrhagies furent précédées d'ictère chez le nouveau-né, on trouve la relation de Mansley (citée par Bouchut). Ici, l'omphalorrhagie fut primitive, immédiate après la chute du cordon.

Grandidier rapporte plusieurs cas d'hémorrhagies ombilicales chez les nouveau-nés issus de familles où régnait l'hémorrhaphilie. Point de traces de cette prédisposition fâcheuse dans les antécédents de la famille de notre petit malade.

Campbell (cité par Trousseau), en 1844, rapportait trois observations d'ictère avec hémorrhagie du cordon qui s'étaient terminées par la mort. Dans ces observations, la rétention biliaire était la conséquence d'un arrêt de développement ou de l'atrésie de l'appareil excréteur de la bile ou bien encore d'une obstruction par concrétion biliaire, dans le canal cholédoque.

Dans tous les cas, l'ictère était prononcé ; dans deux, il y avait eu hémorrhagie par l'ombilic ; dans le troisième cas, il n'y eut point d'hémorrhagie ombilicale, mais l'enfant succomba dans un état comateux après avoir vomi un liquide qui ressemblait à du marc de café.

Dans le cas particulier que nous venons de relater, l'omphalorrhagie apparut dix jours après la chute et la cicatrisation du cordon ; elle ne fut point primitive, mais bien précédée par le suintement sanguin abondant des boutons mentoniers et du talon. Ces prétendus boutons, au moment de notre examen, ne méritaient point cette dénomination vulgaire : en effet, c'étaient trois petites taches rouges, circulaires, bien délimitées, ayant chacun un petit point noir au centre formé par le sang desséché ; elles eurent toutes les analogies possibles avec trois piqûres de puce, excepté celle de ne pas disparaître sous la pression du doigt, et aucune ressemblance avec les pétéchies, qui s'accompagneraient quelquefois (d'après Bouchut) d'un soulèvement de l'épiderme donnant lieu à une phlyctène noirâtre. Il est nécessaire de mentionner l'absence complète de lésions pareilles sur les autres parties du corps.

Sans discuter ici la pathogénie de l'ictère du nouveau-né (s'il est symptômatique d'une hépatite aiguë, d'une affection organique des vaisseaux biliaires ou le résultat d'une phlébite ombilicale, qui succéda à la ligature du cordon et qui, de l'ombilic, où elle prend sa naissance, va s'étendre aux vaisseaux du foie), nous tenons à faire ressortir : que l'enfant n'avait jamais eu de vomissements, de coliques, *surtout point de constipation : les selles furent d'un jaune foncé, non décolorées, d'une consistance méconiale et plusieurs fois quotidiennes.*

Se basant sur ce dernier symptôme, sommes-nous autorisé à conclure que l'excrétion biliaire n'avait point été supprimée, qu'elle arrivait dans le duodenum, ainsi que cela était prouvé par l'aspect non décoloré des matières, que le canal cholédoque existait, et que les conduits biliaires n'étaient pas oblitérés? Notre but est seulement de faire constater que la rétention biliaire ne pouvait être que partielle (par le fait d'un

mécanisme que nous ignorons; n'ayant pas la possibilité de faire l'autopsie); que ce produit excrémentiel dut être sécrété en bien plus grande abondance qu'excrété, et partant devait être absorbé par les veines et les lymphatiques (ainsi que le prouva l'ictère et l'examen d'urine contenant beaucoup de matière colorante de la bile); que de la bile passée en masse dans la circulation générale aurait suffi pour déterminer une altération profonde de l'organisme chétif du nouveau-né, et que la dissolution du sang, manifestée par les hémorrhagies incoercibles, n'en fut qu'un symptôme, ce qui ne serait pas là une simple hypothèse; en effet, la pathologie comparée et les expériences de Cl. Bernard ont établi que la rétention biliaire amenait la mort chez le jeune chien au bout de quelques jours, tandis que les chiens adultes peuvent ne pas succomber, lorsqu'il y a obstruction complète du canal cholédoque.

L'opinion que nous venons d'émettre (basée sur la rétention partielle et l'absorption de la bile, son passage dans la circulation, et partant l'altération discrasique du sang), ne serait non plus une contradiction, mais une atténuation de celle de Frerichs et d'anciens auteurs; le premier s'exprimes ainsi dans son *Traité des maladies du foie :* « Si la bile est exclue de l'intestin, les enfants nouveau-nés périssent au milieu d'hémorrhagie des vaisseaux ombilicaux. »

En finissant ces quelques réflexions, il est utile de faire remarquer l'absence complète de symptômes typhoïdes dans l'observation rapportée; malgré cela, oserait-on ranger ce cas particulier sous le titre d'ictère grave, qui, chez l'adulte, est la conséquence de la dégénérescence spéciale du foie, et *qui ne dérive jamais d'une obstruction des canaux biliaires?* D'après Trousseau et la grande majorité des auteurs, on ne connaît point de faits d'ictère grave, proprement dit, chez les nouveau-nés.

Nous laissons à de plus autorisés de trancher cette question; notre but est d'appeler sur un point, si digne d'intérêt, l'attention des observateurs et de leur rendre plus court le chemin de la vérité.

CROUP TRAITÉ PAR L'ÉMÉTIQUE.

Par le docteur Espinouse.

L'enfant R. de B..., âgé de quatre ans, était enroué depuis quelques jours; le 14 mars, l'oppression étant plus marquée, un vomitif fut administré, et l'enfant reprit ses amusements. Le soir, à neuf heures, il est pris tout à coup de suffocation et ne peut plus se faire entendre. Je suis appelé.

La respiration est fréquente et fort pénible; le sifflement laryngé très-accentué; la voix éteinte, la toux rauque, déchirée; le visage est fortement coloré, et les lèvres sont cyanosées; le pouls est fréquent et fort; la peau brûlante et couverte de sueurs. La poitrine est sonore, mais le murmure vésiculaire est totalement aboli. L'arrière-gorge est rouge ainsi que les amygdales. Le petit malade est anxieux; il ne conserve aucun position. Il n'y a pas d'anesthésie.

Des sinapismes sont appliqués, et 5 centigrammes d'émétique dans 40 grammes d'eau sucrée sont donnés. Peu de boissons et du riz comme potage.

Il y a des nausées, mais point de vomissements; une selle abondante a été provoquée. A minuit, nouvelle crise : la même dose d'émétique est donnée, et l'on a deux vomissements de matières gluantes, mais sans fausses membranes.

15. — Le matin à quatre heures, l'enfant s'est endormi, malgré la gêne de la respiration qui persiste. A six heures le sommeil continue, le pouls est tombé, la face est pâle et la respiration moins bruyante, plus régulière quoique bien gênée encore. A l'auscultation, le murmure vésiculaire se fait à peine entendre dans les parties inférieures des poumons.

A neuf heures, l'enfant est moins abattu et demande ses jouets; la respiration est plus libre et se fait avec moins de bruit. Il y a eu deux autres vomissements. Quelques débris de fausses membranes. Potion avec émétique 3 centigrammes, et sirop d'ipéca 40 décigrammes à donner tous les quarts d'heure; potage très-épais.

A une heure, la respiration est gênée de nouveau; elle redevient bruyante, rugueuse; une nouvelle crise survient. Les amygdales sont recouvertes d'un enduit blanchâtre, et l'enfant se plaint du cou.

La potion est suspendue et 5 centigrammes d'émétique sont administrés comme les autres fois. Il y a trois vomissements presque consécutifs, et l'on trouve encore des débris de fausses membranes offrant une certaine consistance au toucher. La fièvre est revenue. Pas de selles. A quatre heures, la respiration est meilleure; le bruit laryngé a beaucoup diminé d'intensité. Le malade est fatigué. A neuf heures, l'état est le même; peu de toux. Deux selles en diarrhée. La potion au sirop d'ipéca est continuée pendant la nuit.

16. — L'enfant a dormi quelques heures. La toux est encore rauque; la respiration embarrassée; mais le murmure vésiculaire se perçoit. Il n'y a eu ni selles, ni vomissements. Bouillons épais.

Quatre heures du soir, la journée a été assez bonne. Pas de crise, mais la respiration est plus gênée et la toux plus fréquente et plus rauque que le matin.

5 centigrammes d'émétique dans 40 grammes d'eau sont ordonnés. Il y a deux vomissements contenant des débris blanchâtres, mais en moindre quantité. Une selle. Potages épais.

17. — La nuit a été bonne. Une selle. L'enfant respire largement; le bruit laryngé est à peine sensible, et le murmure vésiculaire s'entend partout. La toux est moins déchirée et semble plus grasse. L'arrière-gorge est moins rouge et moins douloureuse. Il n'y a plus de traces de plaques blanchâtres. Le pouls est bon. L'enfant demande de la nourriture. Les vomitifs sont suspendus; infusion de polygala de Virginie à prendre toutes les demi-heures. Potion calmante. Collutoire au chlorate de potasse. Nourriture légère.

Dans la journée, le petit malade a été levé; il a fatigué. Aussi, le soir, de nouveaux symptômes se présentent; l'enfant est assoupi; il y a de la fièvre; voix rauque: toux sèche; respiration embarrassée; bruit laryngé très-marqué.

De nouveau, 5 centigrammes d'émétique sont donnés en trois fois. Plusieurs vomissements sans rejet de fausses membranes.

18. — Le malade a été agité pendant la nuit; il n'a pas eu de crise, mais la respiration a été continuellement bruyante. La fièvre persiste; le visage est congestionné et le regard fixe.

La respiration, sauf un peu de sifflement laryngé, n'offre rien d'anormal. Le murmure vésiculaire s'entend partout. Pas de selles depuis la nuit du 16 au 17. Diète, cataplasmes sur le ventre, tisanes rafraîchissantes.

Le soir, même état. Sinapismes; calomel 30 centigrammes en six paquets à prendre toutes les heures.

19. — Moins de fièvre. A eu plusieurs selles dans la nuit; le malade est moins assoupi depuis la matinée. Il tousse peu, mais la toux est toujours rauque. Respiration normale.

20 centigrammes de calomel en quatre paquets à prendre toutes les deux heures, diète et tisanes.

Le soir, l'enfant est mieux; le pouls est régulier, mais encore un peu fort. Médication calmante.

20. — La nuit a été bonne. Peu de toux. La toux est humide et la voix parfaitement claire. La respiration continue à être normale. L'enfant n'est point affaibli et demande à manger.

Côtelette d'agneau. OEufs frais. Vin de Bordeaux.

L'enfant a passé une excellente journée et n'a pas été fatigué par la nourriture.

21. — Le petit malade est dans un état très-satisfaisant. La toux persiste, mais humide, tout à fait catarrhale. La voix est parfaitement revenue. Même régime.

22. — Le mieux continue. La guérison est complète.

Dans cette observation, le diagnostic n'est pas douteux, le symptôme caractéristique et indiscutable, le rejet de fausses membranes, prouve largement que j'ai eu à traiter un croup déjà avancé.

On voit aussi que, dans l'espace de trois jours, on a pu arriver à la

dose de 25 centigrammes d'émétique, sans aucun accident, si ce n'est un peu de diarrhée, qui assurément n'a été que favorable à notre malade, vu son état congestif.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 avril 1874. — Présidence de M. PETER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un mémoire de M. Caulet, intitulé : *Existe-t-il une médication phosphatée calcique? Du rôle thérapeutique du biphosphate de chaux.*

2° Un travail de M. Krishaber, intitulé : *Maladie des chanteurs.* (Extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*)

DISCUSSION

M. LUNIER. A propos des corps étrangers des voies digestives, je citerai l'histoire d'une jeune femme aliénée, qui fit plusieurs tentatives de suicide. Une première fois, elle prit une décoction de deux ou trois paquets de tabac, qu'elle avait fait bouillir pendant une demi-heure. Plus tard, elle avala deux quarterons d'épingles, et s'en enfonça un troisième dans le cuir chevelu. Enfin, ayant réussi à se procurer 2 hectogrammes de poudre à canon, elle y mit le feu après s'être placée au-dessus. Toutes ces tentatives de suicide ne réussirent qu'à la rendre malade. Elle évacua par l'anus un très-grand nombre d'épingles. Au bout de trois ou quatre jours seulement, on s'aperçut de celles qu'elle avait dans le cuir chevelu; on en retira une trentaine. Au bout de trois mois, elle était complétement guérie. C'est un fait qui prouve une fois de plus cette innocuité relative qui est particulière aux aliénés.

M. GILLEBERT D'HERCOURT se demande si le cuivre introduit dans le tube digestif ne se recouvre pas d'un sulfure insoluble.

M. PETER. Pendant mon internat, j'ai observé un jeune homme entré à l'hôpital de la Charité pour un abcès situé dans l'aine droite, qui était étrange quant à son aspect; les bords en étaient calleux, le pus qui s'en échappait était fétide et contenait des matières fécales. M. Giraldès y introduisit une sonde et, tout au fond de l'abcès, eut la sensation d'un corps dur produisant un son métallique. Il y avait donc un corps étranger qui avait été la cause de l'abcès : l'extraction en fut difficile à cause de la présence de matières fécales indurées qui englobaient le corps étranger, lequel n'était autre chose qu'une épingle ayant perforé le cœcum et s'était trouvée arrêtée dans sa migration par la tête. Il survint une péritonite, qui amena la mort. A ce sujet, je fis un travail sur la migration des corps étrangers introduits dans les voies digestives, pour lequel je réunis un certain nombre d'observations. Un bateleur, ayant avalé un sabre, entra dans le service de Dubois, à la Charité. Des accidents graves survinrent; il se déclara une inflammation adhésive, qui s'abcéda. Le sabre se divisa en deux parties, et l'extraction eut lieu en deux fois.

Un matelot, pour un demi-litre de brandy, avalait un couteau, qu'il rendait ensuite facilement. Mais un jour il ne put le rendre, il y eut des accidents graves, qui entraînèrent la mort au bout de trois ou quatre ans. A l'autopsie, on trouva une gastrite chronique ulcéreuse. Quant au couteau, il fut retrouvé; mais le manche, qui était en corne, avait été complétement digéré, et des cinq ou six lames, il ne restait plus que des vestiges.

Un femme hystérique, qui avait avalé un paquet d'aiguilles, en rendit 396 par les seins, les bras, la poitrine, etc.

M. RELIQUET. Un malade présentant tous les symptômes d'une hernie étranglée fut opéré par M. Maisonneuve. On reconnut, pendant l'opération, que les accidents d'étranglement avaient été déterminés par la présence d'une patte d'alouette avalée par le malade, et qui s'était mise en travers de l'intestin.

M. FORGET. L'interne de M. Gallard a présenté des pièces anatomiques recueillies chez un garçon d'hôtel, entré une première fois a l'hôpital à la suite de coups qu'il avait reçus sur la poitrine, et qui déterminèrent des accidents généraux, dont il guérit. Quelque temps après, il rentra de nouveau à l'hôpital pour des accidents abdominaux auxquels il succomba. A l'autopsie, on trouva des adhérences anciennes entre le péricarde et la lame correspondante du poumon. Ces deux organes étaient fixés par une épingle, dont la pointe faisait saillie dans l'intérieur du péricarde, où elle était très libre. Elle ne touchait le cœur que rarement, et sur la surface de celui-ci, on trouva une série de courbes concentriques produites par cette pointe d'épingle, qui inscrivait sur le cœur même ses propres mouvements, comme l'aurait fait le stylet d'un sphygmographe.

Ce fait, très-intéressant au point de vue physiologique, prouve aussi qu'une seule épingle avalée peut entraîner la mort.

M. DUROZIEZ. Les pièces de monnaie semblent circuler facilement dans le tube digestif. Un individu, entré à l'Hôtel-Dieu, après avoir avalé six pièces de vingt francs, les rendit toutes et guérit sans accident.

LECTURE

M. de Beauvais lit, à l'appui de sa candidature, un mémoire intitulé : *De la balanite, de la balano-posthite et du phimosis symptomatique du diabète.*

Une commission composée de MM. Forget, Lolliot et Reliquet, rapporteur, est chargée d'examiner ce travail.

ÉLECTION

M. Marcet est nommé membre titulaire de la société, à l'unanimité des membres présents.

COMMUNICATION

M. DUROZIEZ fait la communication suivante :

La radiale est classique pour l'examen du pouls; elle présente, en effet, de grandes facilités et suffit pour les cas ordinaires; mais lorsqu'on cherche des renseignements précis sur l'état de la circulation, il faut s'adresser aux autres artères; toutes doivent être palpées et auscultées avec soin. Nous avons trouvé dans la crurale des signes précieux, la carotide en fournit d'autres. Il nous paraît que l'humérale n'est pas assez utilisée. Elle est double de la radiale et aussi facile à palper; elle indique le redoublement du pouls lorsque la radiale ne le fait pas encore; on y saisit, à coup sûr, des finesses impossibles à celle-ci.

Pour moi, toutes les fois que j'ai intérêt à bien étudier l'état de la circulation, je ne me contente jamais du pouls radial, je m'adresse au pouls huméral. Je tâte l'humérale sur la face de l'épitrochlée, en ayant le soin d'élever le bras du malade et de fléchir l'avant-bras. Ce n'est pas le lieu de citer toutes les observations où ce procédé m'a rendu service. Le médecin juge s'il doit passer sur le petit inconvénient de tâter le pouls d'une malade au pli du coude, plutôt qu'au poignet. Il me suffit d'avoir attiré l'attention sur ce point.

DISCUSSION

M. DE RANSE demande si l'examen de l'humérale est facile chez les jeunes gens, et notamment chez les femmes.

M. DUROZIEZ. J'examine toujours l'humérale, et je ne me souviens pas d'avoir été jamais arrêté par l'état gras.

M. CHARRIER. Dans les cas d'hémorrhagies graves *post partum*, lorsqu'on ne sent plus le pouls radial, on sent encore battre l'humérale, qu'il faut chercher à la face interne de l'articulation du coude. Lorsque la femme revient à elle, c'est encore là qu'on sent tout d'abord battre le pouls.

M. PETER. Chez un malade de mon service, j'ai pu sentir le pouls huméral alors qu'on ne le sentait plus à la radiale.

Bien qu'il ne rentre pas dans la discussion actuelle, je vous demanderai la permission de vous dire deux mots de ce cas très-intéressant par lui-même. Il s'agit d'une femme âgée de quarante-huit ans, entrée à l'hôpital avec une hémiplégie et une aphasie, qui fut tout d'abord méconnue. Elle formule des phrases dans lesquelles il man-

que un mot, et fait écho pour elle-même et pour les autres. Si elle dit qu'elle a mal à la jambe, elle répète le dernier mot *jambe;* de même, quand on lui parle. C'est l'aphasie fruste de Trousseau. L'hémiplégie et l'aphasie existant ensemble, constituent une forme grave, car il y a en même temps ramollissement du cerveau au niveau de la troisième circonvolution gauche, et le plus souvent embolie dans l'artère cérébrale moyenne. Il peut même arriver qu'il y ait maladie de tout le système artériel, et qu'il se fasse des embolies ailleurs, dans le tronc tibio-péronier, par exemple. C'est précisément ce qui s'est passé chez ma malade. Quelques jours après son entrée, elle est prise de refroidissement et de douleur dans le membre inférieur droit, et plus tard de gangrène. C'est donc une aphasie par ramollissement dû lui-même à une endartérite généralisée, d'où thrombose, oblitération artérielle et gangrène. Le pronostic de l'hémiplégie droite avec aphasie est, par conséquent, plus grave que celui de l'hémiplégie sans aphasie.

M. DUROZIEZ. J'ai vu, avec MM. Guibout et Piogey, un malade pris subitement, au milieu d'une bonne santé, d'accidents rapportés par les personnes qui l'entouraient à une indigestion. Ce qui nous frappa, ce fut l'absence de battements artériels. On ne sentait le pouls ni aux bras, ni aux jambes, ni aux carotides. Nous pensâmes qu'il s'était formé un caillot dans l'aorte ; toutefois j'ai peine à comprendre que ce malade ait pu vivre encore huit à dix jours. Il s'éteignit sans présenter d'autres accidents que l'absence du pouls et l'intelligence un peu altérée. J'aimerais mieux admettre un état d'asystolie du cœur, peut-être une dégénérescence graisseuse de cet organe.

M. MERCIER pense qu'il y avait peut-être un rétrécissement de l'orifice ventriculo-aortique.

M. DUROZIEZ ne partage pas l'opinion de M. Mercier.

M. PETER. Les rétrécissements, en effet, sont l'œuvre du temps. On ne pourrait admettre qu'une hypérinose, telle qu'il s'en produit souvent dans certaines cachexies. Il se forme alors des stalactites, qui peuvent obstruer les orifices du cœur, et amener des troubles profonds de la circulation, ainsi que de toutes les fonctions, par suite du manque de force de l'ondée sanguine.

M. DE RANSE objecte que ces stalactites se déposent principalement sur les parties du cœur, où le cours du sang est le moins rapide, et non pas, par conséquent, sur l'orifice ventriculo-aortique.

M. PETER. Je les ai, en effet, trouvé à l'orifice auriculaire, sur les faces de la valvule mitrale, et enchevêtrées dans les piliers, mais aussi aux nodules des valvules sigmoïdes de l'aorte.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr LOLLIOT.

Séance du 9 mai 1874. — Présidence de M. PETER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Marcet, qui remercie la société de l'avoir nommé membre titulaire ;

2° Une lettre de M. Charpentier, qui demande un tour de lecture;

3° Une lettre de M. Duroziez à propos de la discussion académique sur la physiologie du cœur.

M. DUROZIEZ. Dans la lettre que je viens de déposer sur le bureau et qui a été insérée dans la *Gazette des Hôpitaux*, je m'occupe du mode de fonctionnement des valvules auriculo-ventriculaires. Il y est aussi question du bruit présystolique, et à ce sujet j'avais à répondre à trois personnalités : 1° ceux qui, avec Beau, admettent que le bruit du deuxième temps n'existe pas dans le rétrécissement mitral; 2° ceux qui partagent la théorie de Fauvel n'admettant dans le rétrécissement mitral que le bruit présystolique ; 3° enfin ceux qui admettent qu'il peut y avoir un bruit au deuxième temps, et un bruit présystolique. Je me rattache à cette théorie. M. Bouillaud admet bien le deuxième bruit, mais pas le bruit présystolique. C'est la théorie de Beau qu'il faut attaquer le plus vigoureusement. Pour cela il y a un moyen bien simple, c'est d'ausculter, et quand il y a une intermittence ou quand le cœur bat lentement au lieu d'avoir un *bruit continu*, il se produit une intermittence, et l'on entend alors le bruit de roulement suivi immédiatement du silence. Il est donc évident qu'il peut y avoir un bruit au deuxième temps. Dans la même expérience on peut constater aussi l'existence du bruit présystolique.

Il me semble qu'on ne s'est pas assez servi du pouls de la jugulaire. Il n'est pas très-difficile de voir qu'il y a le battement de la jugulaire précédant légèrement le pouls de la carotide qui peut être considéré comme synchrone, avec le premier battement, et qui est immédiatement suivi d'une dépression.

M. PETER demande si le bruit de roulement est le bruit de dédoublement, ou s'il en est distinct.

M. DUROZIEZ. Il en est distinct. Il y a deux espèces de dédoublement. Celui du second claquement qui est un signe de rétrécissement mitral, et celui du premier claquement que j'ai vu exister également dans le rétrécissement mitral. Après le premier battement à la pointe et présystolique, vient le battement de la carotide qui correspond au deuxième battement. Le premier battement, je l'explique par la contraction de l'oreillette, et j'imagine qu'il y a une sorte de tension qui produit un claquement à rebours, comme la voile d'un navire soulevée brusquement par le vent. On trouve deux claquements au premier temps, l'un présystolique, et en même temps un battement à la pointe qui correspond au battement de Beau.

M. DE RANSE. Comme conséquence, il y a un battement dû à la contraction auriculaire.

M. DUROZIEZ. Je crois être le premier à l'avoir démontré.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES STATIONS MÉDITERRANÉENNES DANS LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE.

M. PETER. Il importe de distinguer le tuberculeux du phthisique; à ce dernier, surtout lorsqu'il y a de la fièvre, une grande faiblesse, de l'émaciation, aucune station ne convient. Pour le tuberculeux, au contraire, on peut retarder le moment où il deviendra phthisique, et cela en le mettant dans des conditions favorables à l'hématose et aux fonctions digestives. A ce point de vue, les voyages sur mer procureront de grands avantages, malgré les assertions contraires de Rochard, qui s'est trompé dans ses conclusions, parce qu'il avait fait ses observations sur des matelots exposés aux intempéries, surchargés de travaux pénibles, se trouvant par conséquent dans des conditions très-mauvaises et bien différentes de celles où se trouve le malade riche, qui, sans avoir les inconvénients de voyage sur mer, en a tous les avantages : excitation de l'appétit, et de la respiration, plus grande amplitude des mouvements respiratoires, et augmentation des facultés d'assimilation. Pareille chose a lieu dans certaines stations, qui pourront être bonnes ou mauvaises, suivant le degré de la maladie.

Pour moi, le problème doit être ainsi posé : De l'hygiène du tuberculeux et non pas du phthisique, et parmi les tuberculeux il y aurait encore à établir des distinctions nombreuses, suivant l'étendue des lésions, l'état général, et l'intégrité plus ou moins grande des fonctions digestives; mais, d'une manière générale, on doit procurer au tuberculeux l'air le plus pur, le plus riche en oxygène, puis solliciter, provoquer ou conserver l'aptitude digestive, afin d'empêcher le plus possible l'évolution des granulations existantes, et de retarder le développement de nouveaux tubercules.

M. GILLEBERT D'HERCOURT fils. J'avais fait la distinction entre les phthisiques avérés et les tuberculeux. Dans les stations méditerranéennes, je ne voyais guère que des phthisiques, et c'est dans ces cas-là que j'ai observé les mauvais effets de l'air marin.

M. GUIBOUT. Je proteste contre certaines assertions que j'ai entendu élever sur l'influence soi-disant néfaste des émanations salines. Il y a là une confusion. La phthisie n'est pas *une*, toujours *identique* à elle-même. Que dans la forme galopante les émanations salines aient une influence fâcheuse, je ne le conteste pas; mais prenez une forme torpide, la forme scrofuleuse avec débilitation générale, succédant à

des excès; dans ces cas-là les émanations de la mer sont excellentes. Le mot *phthisie* ne doit pas être employé d'une manière trop générale, car il y a autant de différences au point de vue du traitement qu'il y a de formes diverses de la maladie.

J'ai entendu parler aussi des dangers des altitudes élevées. Plus le terrain est bas, dit-on, plus la pression augmente et plus facilement se font les fonctions respiratoires et digestives. C'est encore là une assertion contestable. Sales-Girons a préconisé la diète respiratoire qui, en amenant un repos relatif de l'organe malade, en facilite la guérison. Les médecins suisses se sont emparés de cette idée et ont établi un grand nombre de stations dans la vallée de Davos, où l'altitude est de 1,000 mètres et la température à peu près constante de 12 à 15 degrés; point de vent, point d'effluves. Les phthisiques s'y trouvent bien, et il a un grand parti à tirer de ces stations.

M. CHARRIER ne partage par l'enthousiasme de M. Guibout pour les stations suisses; il pense qu'il y a là surtout une question de mode qui s'est établie en Allemagne et en Suisse depuis la dernière guerre. Dans tous les cas, il faut attendre une série d'années avant de se prononcer.

M. GUIBOUT n'a pas d'expérience personnelle, mais s'appuie sur les appréciations de MM. Jaccoud et Hardy.

M. PERRIN. Gouraud, dans un travail complet sur le développement de la phthisie en rapport avec les climats, a démontré que cette maladie croissait avec la température et diminuait avec l'altitude. Je demande comment l'on peut concilier de semblables statistiques avec l'influence favorable généralement admise de la pression atmosphérique et de la température sur la tuberculisation.

M. PETER. M. Perrin soulève une double question, la rareté de la phthisie suivant l'altitude et suivant la latitude. En Norvége, la phthisie est presque inconnue, à ce point qu'une hémoptysie annoncera non pas la tuberculisation, mais des échinocoques du poumon. Il en est de même dans les altitudes élevées, cela répond à la théorie suivante : à savoir que la phthisie est d'autant plus rare que les voies respiratoires fonctionnent davantage. Or dans les basses températures et dans les altitudes élevées, la respiration se fait au maximum; tous les lobes du poumon entrent en fonction, non-seulement les lobes supérieurs, mais aussi les lobes inférieurs que j'ai appelés *lobes de renfort,* parce qu'ils restent presque inactifs toutes les fois que les fonctions respiratoires ne se font que faiblement.

Mais de ce que les altitudes élevées sont défavorables au développement de la tuberculisation, il ne faudrait pas conclure qu'elles sont favorables aux tuberculeux, qui ont, au contraire, besoin d'avoir la plus grande quantité possible d'oxygène, avec le moins de mouvements respiratoires possible. Les températures trop élevées sont également très-nuisibles aux phthisiques. Malheur aux Anglais qui ayant des tubercules vont dans l'Inde, ils y meurent presque tous de phthisie aiguë.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr LOLLIOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Amphithéâtre d'anatomie (année 1874-1875). — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 19 octobre, à l'amphithéâtre de l'administration, rue du Fer-à-Moulin, nº 17.

Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1º *Anatomie chirurgicale.* — M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les mardis et vendredis;

2º *Anatomie descriptive.* — M. le docteur Marchand, prosecteur, les lundis et jeudis;

3º *Physiologie.* — M. le docteur Terrillon, prosecteur, les mercredis et samedis;

4º *Histologie.* — M. le docteur Grancher, chef du laboratoire, les mardis et vendredis, à deux heures.

Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques. Le musée d'anatomie sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

Errata. — Dans l'article sur *les fractures dites par pénétration,* par le docteur Lecomte :

1º Page 835, 2e colonne, 5e alinéa, au lieu de : la pénétration ainsi comprise est beaucoup plus *grave*, il faut lire : la pénétration ainsi comprise est beaucoup plus *rare*.

2º Page 836, 2e colonne, 5e alinéa, ligne 3, au lieu de : on n'envisage encore que les *forces,* il faut lire : on n'envisage encore que les *formes.*

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

282. Hahn. Des complications qui peuvent se présenter du côté du système nerveux dans la phthisie pulmonaire chronique.
283. Guerchoux. Essai sur la compression broncho-trachéale.
284. André. Considérations sur l'ulcère simple de la jambe.
285. Poncet. De l'ictère hématique traumatique.
286. Haultcœur. De l'emphysème par ruptures des voies aériennes pendant les efforts de l'accouchement.
287. Benoni Ficheux. Causes d'erreur dans le diagnostic de la grossesse.
288. Fontan. Etude sur un cas de plaie de la moelle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Merveilles de l'industrie ou Description des principales industries modernes, par Louis FIGUIER. La 14e série qui vient de paraître à la librairie Furne et Jouvet est consacrée à l'*Industrie du papier.* Elle est accompagnée de 25 figures, représentant les appareils pour la fabrication du papier de paille et du papier de bois. — L'ouvrage complet formera environ 20 séries brochées à 1 fr. 10.

Études sur le goître et le crétinisme, par MAX PARCHAPPE. Documents mis en ordre et annotés par le docteur LUNIER. — 1 vol. gr. in-8º de 252 pages et 15 tableaux. — Prix : 10 francs.

Étude sur les tubercules de la prostate, par le docteur G. DELFAU. — In-8º. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Sur les indications du traitement de la fièvre typhoïde par la créosote ou l'acide phénique et les affusions d'eau froide, par le docteur G. PÉCHOLIER, professeur agrégé à la faculté de médecine de Montpellier. — Paris, 1874, P. Asselin. — Prix : 1 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse....	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0 900	0.672
— fer et mang.	0.0 6	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs;— PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0. 44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

VIN TONIQUE RECONSTITUANT
DU DOCTEUR FORESTIER
VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
à l'écorce d'oranges amères

Tous les organes de la presse médicale : *Gazette des Hôpitaux, Courrier médical, France médicale, etc.*, ont depuis dix ans, signalé l'excellence de cette préparation qui contient, dissous dans d'excellent vin de Malaga, les deux éléments formateurs des *os* et du *sang*, le *quinquina* et le *pyrophosphate de fer*.

La facilité avec laquelle l'économie s'assimile le vin de quinquina au pyrophosphate de fer, l'absence de toute saveur styptique, la double influence qu'en raison de ses deux éléments formateurs il semble devoir exercer, tant sur la composition du système osseux, que sur la reconstitution du sang, telles sont les qualités qui recommandent à priori *cette nouvelle préparation ferrugineuse* (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*).

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 41.

CONTREXÉVILLE
(SOURCE DU PAVILLON)

CONTRE LA GRAVELLE, LA GOUTTE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT

DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

Dépôt central : 23, r. de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

VIN MARIANI
à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. 5 francs la bouteille.

MARIANI, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

CONSTIPATION

Guérie sans purger par les pilules de **PODOPHYLLE COIRRE**. 3 fr. — 24, rue du Regard, Paris, et principales pharmacies.

Granules arsenicaux de Challonneau
Chevalier de la Légion d'honneur.

Pharm., 143, *ancien* 229, *rue St-Denis, à Paris.*

Exactement dosés à 1 milligr. et préparés avec les arséniates de **soude**, de **potasse**, de **fer**, d'**ammoniaque**, d'**antimoine**, et avec l'**acide arsénieux**. — *Exiger mon cachet et ma signature.*

ÉPILEPSIE
HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

VIN ET SIROP DE CHENNEVIÈRE
au chlorhydro-phosphate de chaux

PHTHISIE, NÉVROSE, GASTRALGIE, av. Wagram, 50.

PILULES DE LOUVARD
AU FER *PUR* INALTÉRABLE ET A L'ABSINTHE

A la dose de neuf par jour, en trois fois, une heure avant le repas, c'est la préparation ferrugineuse la plus efficace et celle dont l'action est la plus rapide dans la chlorose et l'anémie. Quels que soient les désordres de l'estomac, elle est toujours bien tolérée, et, sous son influence, les fonctions digestives sont rétablies en quelques jours.

Pharmacie **LOUVARD**, rue Royale, 60, à **Versailles.** — Vente au détail, pharm. GUINHABERT, 108, r. de Grenelle-Saint-Germain, Paris, et dans les principales pharmacies.






PEPSINE BOUDAULT
SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, SUCCESSEUR DE BOUDAULT, 24, RUE DES LOMBARDS, A PARIS.

DIGITALINE CRISTALLISÉE
PRINCIPE PUR, DÉFINI DE LA DIGITALE

DÉCOUVERT PAR A. NATIVELLE, PHARMACIEN

Prix Orfila de 6,000 francs

Décerné par l'ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 19 mars 1872

Se prescrit en **Granules** et en **Sirop**. Un granule agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe. Chaque flacon de Sirop porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. — Dans toutes les pharmacies. — DÉTAIL : rue Coquillière, 25. — GROS : rue de la Perle, 11.

PRIME DE **16,600** FRANCS — MÉDAILLES D'**OR** A LAROCHE

QUINA LAROCHE

Extrait COMPLET **des 3 SORTES de quinquinas**

Triple ÉLIXIR *de* QUINQUINA *reconstituant, tonique et fébrifuge*. A base de vin d'Espagne et d'un goût agréable, ce produit participe du *vin* et du *sirop* de quinquina, mais leur est bien supérieur en efficacité.

Le procédé **Laroche** consiste à ÉPUISER, par une série de véhicules variés et un outillage spécial, la *totalité* des nombreux principes contenus dans les trois meilleures sortes de quinquinas (*jaune, rouge et gris*), principes essentiels qui se complètent l'un par l'autre, et qui manquent presque toujours dans les préparations ordinaires de quinquina.

Combiné au fer le *Quina Laroche* **FERRUGINEUX** offre une préparation aussi *complète* que possible, pour tous les cas où le *quinquina* et le **Fer** sont jugés utiles.

PARIS, 22 et 15, rue Drouot, et dans toutes les pharmacies françaises et étrangères du monde.

J. Laroche

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie — c'est-à-dire le groupe de vingt et quelques membres qui la représentent en ce moment — s'est maintenue hier dans les régions calmes et sereines de la science pure. Pas un nuage à l'horizon, pas la plus petite agitation, pas la moindre exclamation venant interrompre le débit placide des lecteurs. Trois sujets ou plutôt deux et demi ont été portés à la tribune, car on ne peut compter pour un sujet entier le rapport commencé par M. Blot sur un cas de monstruosité, dont les détails n'ont pu être exposés complétement faute de renseignements suffisants. Quant aux deux autres lectures, elles ont eu pour objet : l'une, la poursuite des recherches expérimentales sur la transmission de la tuberculose par voie d'ingestion; l'autre, l'exposé d'un procédé chirurgical pour la ligature des artères interosseuses de l'avant-bras.

On n'a pas oublié peut-être la communication qu'un vétérinaire d'Arras, M. Viseur, faisait il y a environ un an à l'Académie sur la transmission de la tuberculose à des chats alimentés avec des poumons tuberculeux de vaches. M. Chauveau qui avait, à cette époque, émis des doutes sur ces expériences, est venu aujourd'hui, dans une note dont M. Bouley a donné lecture à sa place, affirmer la réalité des faits énoncés par M. Viseur. M. Collin était absent... mais la contradiction n'y perdra rien pour attendre.

Le sujet de la deuxième lecture faite par M. Gosselin, au nom de M. le professeur Michel, de Nancy, a pour objet d'attirer l'attention des chirurgiens sur une source d'hémorrhagies consécutives, dans les plaies par armes à feu de l'avant-bras, fournie par les artères interosseuses, dont il ne paraît pas qu'on se soit jusqu'à présent suffisamment méfié. L'auteur indique un procédé de ligature destiné à obvier aux conséquences graves de ces hémorrhagies, ou plutôt à les prévenir. Ce procédé, dont on trouvera la description dans le compte rendu de la séance, a été mis en œuvre avec avantage dans un cas grave de blessure par arme à feu de l'avant-bras. Malheureusement le fruit de l'opération a été perdu, le blessé ayant succombé plus tard à l'invasion d'une infection purulente. Mais le résultat du procédé n'en restera pas moins acquis à la pratique.

Dr BROCHIN.

MÉDECINE LÉGALE

ASSASSINAT D'UNE FAMILLE DE HUIT PERSONNES PAR UN DE SES MEMBRES (1)

La conception et la réussite de ce plan de destruction de toute une famille seraient taxées d'impossibilité s'il avait pris naissance dans l'imagination d'un romancier. Un homme se met en tête de tuer en un jour son père, sa mère, quatre frères, chacun, à l'exception du cadet, doué au moins de la même force corporelle que le meurtrier, et finalement une sœur adulte et une domestique. Chaque meurtre devait être commis dans une combinaison telle que les survivants ne pussent en prendre l'ombre d'un soupçon; et ceci devait se répéter, non une ou deux fois, mais sept fois, avant que le dernier assassinat n'offrît les moyens de recueillir les fruits de cette horrible boucherie. Un seul incident non calculé, un seul cri de la victime faisait crouler tout cet échafaudage; et rien n'est intervenu; cette entreprise, commencée entre quatre et cinq heures de l'après-midi, a duré jusque dans la nuit, jusqu'à neuf ou dix heures et s'est achevée sans dérangement, sans témoin. Le pillage, le transport des cadavres d'un endroit à l'autre, le changement d'habits, le nettoiement à fond du corps et la disparition de toute trace de sang, l'incendie, tout réussit, même jusqu'à un certain point, l'erreur première de la justice. Il y avait cependant un indice accusateur : le pantalon, qui avait été ôté quand on a couché le meurtrier dans la chambre du voisin, portait des éclaboussures récentes du sang auxquelles le premier juge n'avait accordé aucune attention, les ayant attribuées à du sang répandu par des sangsues ordonnées par le médecin appelé cette nuit auprès du soi-disant évanoui.

Un autre point des plus remarquables sous le rapport médico-légal est l'absence de toute lésion de la peau et de la moindre trace de sang sur le meurtrier. L'examen le plus minutieux fut fait le lendemain matin, des pieds à la tête; des cheveux, des sourcils, du bord latéral des ongles, etc. Cela paraît une impossibilité matérielle si l'on se rappelle les détails du fait : la tuerie elle-même, le transport des cadavres de la grange par la cour et l'écurie dans la maison et dans les lits, le tout dans l'obscurité, les fouilles, le saut de la fenêtre sur le pavé. Que de motifs de contusions et d'excoriations ! Aussi doit-on mettre toujours beaucoup de réserve à déclarer une chose inconcevable ou physiquement impossible.

Quelques mots encore pour caractériser la personnalité du meurtrier. Timm Thode, vingt et un ans, le second fils, était de taille moyenne, d'une ossature et musculature fortes. Il se tenait mal; sa démarche était pesante, et en général tout son extérieur avait un cachet de lourdeur. L'expression de sa physionomie était sensuelle, presque bestiale, produite surtout par des lèvres grosses, des yeux gris bleu, petits, dénotant peu d'intelligence et de sentiment, regardant rarement en face, mais presque toujours en bas. Il faisait à tout le monde l'impression d'un gros paysan rude, sans véritable méchanceté dans les traits, mais aussi sans franchise. Aucun de

(1) Fin. — Voir le numéro du 15 septembre.

ceux qui l'ont vu ne l'ont cru capable d'un tel crime; on le regardait comme trop bête, trop bonasse, trop faible moralement, ainsi que physiquement.

Ses parents étaient de riches paysans de la Marche de Wilster, vivant, en apparence du moins, d'une façon paisible et honnête ; mais l'instruction criminelle fit découvrir un état ignoré du public. Un travail de nègre pour gagner de l'argent, la parcimonie allant jusqu'à la plus sordide avarice, absence de tout sentiment d'affection, d'intérêt intellectuel, de croyance religieuse, à plus forte raison chrétienne, telle était la triste atmosphère de cette maison. Le père était un homme renfermé, froid, dur, sans cœur, n'ayant qu'un seul but de son existence, celui d'augmenter sa propriété; rude et despote vis-à-vis de sa femme et de ses enfants; il résultait de cet état de choses que les fils ne travaillaient qu'avec humeur et mauvaise volonté, se sauvant pour se procurer quelques-heures d'amusement ; souvent en dispute entre eux, mais faisant cause commune contre le père, qu'ils ne pouvaient ni aimer, ni estimer. La mère était plus douce et d'une autre nature; elle était bienfaisante, mais obligée de se cacher de son mari. La fille tenait de la mère, et les deux avaient toujours montré de l'affection à Timm. La mère, d'ailleurs, était faible de caractère et n'exerçait pas la moindre influence sur l'esprit général de la maison. On n'avait aucun commerce avec les voisins, et même les relations avec les parents habitant la contrée étaient en partie presque nulles, en partie tout à fait rompues.

Tel était le milieu dans lequel s'est développé le jeune Timm, milieu d'autant plus déplorable pour lui qu'il tenait surtout du père et se trouvait dans quelques conditions exceptionnelles. Déjà, dans son enfance, quoique doué de dispositions intellectuelles médiocres, sa lourdeur le rendait souvent le sujet des moqueries et des dédains de ses frères, augmentés encore jusqu'à l'aversion, par une incontinence d'urine dont il était affecté dès son enfance. Cette infirmité était sans contredit d'une grande influence sur le développement intellectuel et moral déplorable du jeune homme, en lui faisant sentir de tout leur poids l'injustice et le manque total de cœur de ses frères à son égard. De lourd, le garçon est devenu paresseux; de repoussé, il est devenu renfermé et plein d'amertume; les méchancetés et les mensonges qui en découlaient appelaient naturellement des punitions qui ne faisaient que l'exaspérer davantage et renforcer toutes ces mauvaises dispositions. A l'âge de dix à douze ans, il commença à voler et continua jusqu'à la fin en allant toujours en augmentant; ses premiers larcins seuls furent découverts, les autres n'ont été connus qu'à la suite de l'instruction. Il préférait la compagnie des valets de ferme, avec lesquels il se livrait aux plus grossiers amusements. Plus tard, il est allé en condition, mais ne restait nulle part, et quittait ses places en cachette; une fois, entre autres, il incendia en plein jour le moulin de son maître pour quitter « convenablement » ce service de meunier qui ne lui convenait pas. Le voisinage de Hambourg finit par le perdre, il était toujours en compagnie de mauvais sujets, mais sans qu'on ait pu découvrir de relation avec des criminels décidés.

Revenu à la maison à laquelle il était devenu étranger, il commit, au mois d'avril 1866, un vol au préjudice de son frère Jean ; mais il fut découvert par Martin, et, de plus, accusé de tous les vols domestiques antérieurs. A partir de ce moment, la position de Timm devint impossible, et, à cette époque, surgirent en lui les premières pensées de meurtre : « ses frères le laisseraient alors en repos ». Elles disparurent pour revenir, à chaque occasion, plus intenses et plus élargies au point de se formuler dans le meurtre de toute la famille pour devenir seul propriétaire du bien.

Le 6 juillet, la foudre tomba sur la maison sans faire de mal. L'impression que Timm en ressentit chassa ses sinistres projets pour quelque temps, huit jours peut-être. Malheureusement cet événement devint ensuite un aiguillon à leur réalisation. C'est que, dans cette contrée, on a la croyance singulière qu'un coup de foudre froid pourrait faire éclater un incendie encore longtemps après dans la maison frappée. L'idée surgit alors de mettre le feu aux bâtiments pour cacher son crime, feu que l'on mettrait sur le compte de la foudre. Ces pensées devenaient de plus en plus absorbantes, ne le quittaient plus au travail et troublaient son sommeil. Sa première idée était de tuer tout le monde au lit, puis il lui sembla plus facile de surprendre chacun à son occupation, et de l'assommer par derrière. Le dimanche soir, il en était obsédé après être rentré de la danse avec ses frères, mais il eut quelques doutes, non des cris de sa conscience, mais des doutes sur la possibilité de réaliser son plan. Sa résolution fut définitivement prise dans la nuit du lundi au mardi, et exécutée dans l'après-midi du mardi.

Ces indications rapides ne suffisent pas pour expliquer psychologiquement ce crime inouï. On peut en concevoir certains points, mais il reste des lacunes ouvertes. Ce parricide et fratricide est une monstruosité morale, née dans un sol convenablement disposé, par une absence de cœur, d'affection, de tout sentiment moral et de conscience, par une impiété poussée à ses dernières limites, en même temps que par une cupidité excessive, une hardiesse stupide dans l'organisation, une ténacité et une persévérance immenses dans l'exécution du plan arrêté.

Après le crime commis, lorsque le danger immédiat d'une découverte paraissait écarté, il ne manifesta pas la moindre trace d'inquiétude intérieure ou de voix de la conscience. Il menait une vie tranquille de fainéant, dormait et mangeait bien, chantait et plaisantait, jouait avec les enfants, et fréquentait les réjouissances publiques. Il poursuivait avec ardeur l'érection d'un monument funéraire à ses parents, avec l'inscription suivante, faite avec le secours de son maître d'école : « *Ici reposent paisiblement en Dieu, mes chers parents, frères et sœurs, morts par les mains d'un meurtrier, dans la nuit du 7 au 8 août.* » Suivent quelques vers sur l'impromptu de la mort et sur la dépendance de la félicité future de la vie terrestre.

Dans le courant des derniers interrogatoires, il a souvent pleuré et manifesté une violente émotion qni n'était pas feinte dans le moment, mais sans aucune durée ; car immédiatement après, il criait famine et mangeait d'excellent appétit. Dans les premiers mois, il ne se rendait nullement compte de la grandeur de son crime, puisque souvent, après s'être accusé et avoir versé des pleurs en présence de l'ecclésiastique, il se livrait aux conversations les plus basses et ordinaires. Après le mois d'octobre, il survint un changement notable dans sa manière d'être. Il devint bruyant, agité, siffla toute la journée ou chanta des ponts-neufs, dit des obscénités, sauta et dansa dans sa cellule. Il disait n'y plus pouvoir tenir, mener une vie de chien, mourir d'ennui, et chanter et siffler pour se faire passer le temps. Il est vrai que par la brièveté des jours sa cellule était presque toujours trop sombre pour permettre la lecture; mais il y avait une autre cause bien plus puissante : cet homme commença à éprouver un sentiment de malaise intérieur, de vide et d'inquiétude dont il lui était impossible de se délivrer. Ce n'est que vers Noël, quand on lui eut annoncé que sa cause paraîtrait aux assises de fin janvier, qu'il devint plus tranquille, plus recueilli et plus sensible aux exhortations du pasteur; l'idée de voir son grand-père témoigner contre lui et l'obligation de renouveler ses aveux en public lui pesaient surtout lourdement et aidaient puissamment à dompter son esprit sauvage.

Pendant les débats, son maintien était généralement convenable; il fit l'aveu détaillé de son crime sans manifester de l'émotion ou du repentir, ayant l'air d'accepter ce qui était inévitable. Il entendit son arrêt de mort sans en être ébranlé, parce qu'il s'y attendait. Le calme ne l'a plus abandonné depuis; il a souvent parlé de sa culpabilité, souvent avec d'abondantes larmes, se désignant lui-même comme un homme dans lequel toute crainte de Dieu et tout sentiment humain avaient été morts. Il a subi le dernier supplice sans faiblesse.

Ce crime est beaucoup plus épouvantable que celui de Tropmann; sous le rapport médico-légal et juridique, il nous montre entre autres ce dont un seul individu est capable; sous le rapport psychologique, il nous fait voir que l'homme, arrivé à un certain point de dénaturation, est capable de franchir d'un bond d'énormes distances, reliées ordinairement entre elles par des étapes successives. C'est pour cette raison que nous ne pensons pas avoir été trop long dans l'exposé précédent.

HOPITAL MILITAIRE DE CHERCHELL

Ulcère tuberculeux de l'estomac. — Tuberculisation abdominale.

Par M. Hattute, médecin-major de 1re classe.

M. le docteur Revillout a récemment appelé l'attention des cliniciens sur les difficultés que présente le diagnostic de l'ulcère simple et de l'ulcère cancéreux de l'estomac. Il rapporte à l'appui de cette opinion un certain nombre d'observations prises dans les hôpitaux de Paris. Il les classe en trois catégories qu'il résume sous les titres suivants : Types de cancers de l'estomac; types d'ulcères simples simulant un cancer.

L'observation suivante, prise dans notre service, nous permettra d'ajouter une variété nouvelle aux précédentes; nous l'intitulerons : Ulcère tuberculeux de l'estomac simulant un ulcère simple ou un cancer.

T..., brigadier des douanes, âgé de quarante-sept ans, entre à l'hôpital militaire de Cherchell le 5 mai 1874; il se plaint de vomissements alimentaires depuis environ huit ans; il n'a eu précédemment d'autre maladie depuis l'âge adulte que les fièvres intermittentes au Sénégal et une atteinte de rhumatisme articulaire en Algérie. Cet homme est profondément émacié, ses muqueuses sont décolorées, sa voix faible, presque éteinte. T... éprouve après chaque repas des douleurs vives, lancinantes, au creux épigastrique; son estomac se gonfle, se ballonne, et au bout d'un temps très-court, quelquefois dix ou vingt minutes, plus rarement au bout d'une heure, les aliments sont brusquement expulsés en laissant dans le pharynx et la bouche une saveur acide très-prononcée. Tous les aliments indistinctement : viande crue ou cuite, laitage, poisson, légumes frais ou secs, sont également mal supportés; les liquides eux-mêmes, en si petite quantité qu'ils soient ingérés, sont vomis presque immédiatement après leur introduction dans l'estomac.

La facilité avec laquelle s'opérait la déglutition des solides ou des liquides, le temps quelquefois assez long pendant lequel ils pouvaient être supportés lorsque les douleurs n'étaient pas trop vives, écartaient tout de suite la supposition d'un rétrécissement de l'œsophage ou du cardia : aussi nous ne jugeâmes pas nécessaire de fatiguer notre malade par un cathétérisme pénible; notre exploration se porta tout d'abord sur la région épigastrique.

Par le toucher, la douleur s'exaspère et se localise vers l'hypochondre droit, au niveau du bord externe du muscle droit de l'abdomen. A la percussion, nous constatons un tympanisme stomacal tellement étendu, que nous éprouvons assez de difficulté à limiter le foie; ce dernier organe nous paraît très-petit, il commence supérieurement à quatre travers de doigt au-dessous du mamelon, il ne déborde pas inférieurement les cartilages costaux; son lobe gauche ne semble pas exister, ou du moins la percussion ne donne aucune notion sur son étendue; il est probablement masqué par le développement de l'estomac.

En présence de cet ensemble de symptômes, nous songeons à une altération organique de l'estomac, mais nous restons dans le doute sur sa nature. T... ne porte pas le cachet caractéristique du cancer; il est pâle, exsangue, mais la coloration de sa peau n'a rien de spécial. Avons-nous affaire à un ulcère simple de l'estomac; à une gastrite chronique? Nous ne constatons ni la douleur xiphoïdienne, ni le point vertébral correspondant, donnés par Cruveilhier comme caractéristiques de la première affection; ni les vomissements bilieux pathognomoniques de la seconde selon Louis. Nous réservons donc notre diagnostic, et nous faisons inscrire au cahier de visite le mot *dyspepsie* qui n'exprime, selon nous, qu'un symptôme et ne préjuge rien sur la nature réelle de la maladie.

Nous mettons T... au régime de la viande crue ou rôtie, du vin généreux; à l'eau de Vichy (source de l'Hôpital); enfin nous cherchons à calmer la contraction douloureuse de l'estomac, par l'administration de 1 gramme de chloral immédiatement avant les repas.

Une amélioration passagère se produisit ensuite de ce traitement chez notre malade, les aliments parurent mieux supportés pendant quelques jours, les vomissements furent un peu moins fréquents, les douleurs épigastriques moins violentes; mais vers la fin du mois de mai, la tolérance ou pour mieux dire l'habitude du chloral s'étant établie, tous les accidents se reproduisirent.

Bientôt surviennent des phénomènes plus graves : les membres inférieurs et les bourses s'infiltrèrent, le ventre se météorisa. Les vomissements devinrent incessants et mélaniques. Enfin la fièvre survint, fièvre peu intense, sans rémittences bien caractérisées. Le malade mourut le 15 juin.

Que dûmes-nous conclure de ce tableau? Que notre malade avait dû succomber à une affection cancéreuse de l'estomac ayant déterminé l'inanition, et compliquée dans sa période ultime de phénomènes inflammatoires secondaires du côté du péritoine.

L'autopsie nous ménageait des surprises.

Péritoine. — Des granulations miliaires et des masses tuberculeuses, ayant jusqu'au volume d'un pois, sont disséminées, tant sur les feuillets viscéraux (intestins, foie, vessie, mésentère, etc...), que sur le feuillet pariétal de la séreuse. Le grand épiploon est ratatiné, épaissi et farci de granulations.

L'estomac est considérablement dilaté; il contient une assez grande quantité de liquide noir et visqueux. On sent, à travers les tuniques de l'organe, son orifice pylorique garni d'un anneau dur, presque cartilagineux. L'œsophage ayant été lié sur un robinet, le liquide qui arrive dans l'estomac, avec une assez forte pression, ne peut passer dans le duodénum. Le rétrécissement pylorique est constitué par un anneau complet de 1 centimètre d'épaisseur. Cet anneau, sur lequel la muqueuse est relevée et détruite par places, est constitué par un amas de granulations ou de masses identiques à celles que nous avons trouvées dans la cavité péritonéale; elles sont serrées les unes contre les autres au sein d'un feutrage de tissu connectif, qui leur forme de véritables loges.

Intestins : sont en quelque sorte atrophiés; d'un calibre considérablement rétréci.

Ganglions mésentériques et bronchiques : sont tous ou bien engorgés et injectés, ou bien farcis d'une substance blanche à des degrés variables de consistance; dans quelques-uns, ce sont des granulations miliaires dures; dans d'autres, des masses volumineuses caséeuses ou presque liquides.

Poumons : sains, crépitants et perméables dans toute leur étendue; cependant à la base gauche, nous constatons des adhérences pleurales anciennes et un noyau d'induration pulmonaire.

Les centres nerveux n'ont pas été examinés.

L'analyse microscopique des granulations miliaires, ou des agglomérats plus volumineux pris dans la tumeur de l'estomac, dans le péritoine, ou dans les ganglions mésentériques et bronchiques, nous démontre partout la présence des éléments du tubercule : corpuscules et granules, tels que les entend Lebert, aux diverses phases de leur évolution. Dans quelques masses éparses sur le feuillet pariétal du péritoine et dans quelques ganglions, la régression caséeuse était complète.

Sur certains points de la tumeur pylorique, la muqueuse, profondément ulcérée par suite du travail de ramollissement tuberculeux, avait fourni, par la destruction de ses vaisseaux, les hémorrhagies abondantes qui avaient coloré les matières alimentaires et les boissons vomies pendant la dernière période de la maladie.

Les ulcères tuberculeux de l'estomac sont assez rares, à en juger du moins par le silence gardé à leur sujet par les ouvrages classiques de pathologie médicale.

Les recherches que nous avons pu faire dans les collections périodiques et dans les ressources, nécessairement assez restreintes, de notre bibliothèque de médecine militaire, ne nous permettent pas d'affirmer que notre observation soit la seule dans l'espèce. Nous trouvons, en effet, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, de Jaccoud, tome XIV, page 272, un passage qui se rapporte à l'ulcère tuberculeux de l'estomac :

« Le vrai tubercule est au moins exceptionnel dans l'estomac. On a pu prendre comme tel des athéromes sous-muqueux, de la nature de ceux qui conduisent, dans quelques cas, à l'ulcère rond. Suivant A. Förster, on reconnaît qu'un ulcère stomacal est tuberculeux, à ce que les ganglions lymphatiques voisins se trouvent infiltrés de matière tuberculeuse. Les tubercules de la tunique péritonéale de l'estomac peuvent, par leur ramollissement, devenir la cause des perforations (Beneche, cité par Förster). »

HOTEL-DIEU DE NANTES. — M. Letenneur.

Ostéome de la mâchoire inférieure (1).

Marie R..., âgée de vingt et un ans, domestique, née au Clion (Loire-Inférieure), est entrée à l'hôtel-Dieu de Nantes, salle de clinique, le 8 juillet 1873.

Cette jeune fille, qui, d'ailleurs, a toutes les apparences d'une brillante santé, nous présente un gonflement considérable à la région massétérine gauche.

Elle nous raconte qu'au mois de juin de l'année précédente, elle ressentit des douleurs sourdes dans le côté gauche de la mâchoire. Ces douleurs devinrent bientôt plus vives, ressemblaient assez bien à celles que cause une dent malade, et présentèrent un caractère intermittent fort remarquable. Elles duraient en général cinq ou six jours et se calmaient complétement pendant une semaine, pour reparaître ensuite.

Ce n'est qu'au mois de septembre, c'est-à-dire trois mois après l'apparition des premières douleurs, qu'un peu de gonflement se manifesta vers l'angle de la mâchoire. Ce gonflement augmenta peu à peu par sortes de poussées correspondant aux crises de douleur.

Enfin les souffrances devenant assez violentes pour troubler le sommeil, et le visage ayant perdu sa régularité, Marie R... consulta un médecin qui nous l'adressa.

Chose singulière! Cette fille, qui n'a encore que trois dents de sagesse, les deux de la mâchoire supérieure et celle correspondant au côté malade de la mâchoire inférieure, ne s'est point aperçue de l'apparition de ces dents et ne peut nous dire, par conséquent, si la dent de sagesse de la mâchoire inférieure s'est montrée au moment où se manifestèrent les douleurs dont nous avons parlé. Cette coïncidence nous paraît cependant d'autant plus probable que, du côté droit, la dent de sagesse soulève la gencive et paraît sur le point d'achever son évolution.

Au moment où nous examinons la malade pour la première fois, voici ce que nous constatons : la dernière crise de douleurs est passée depuis plusieurs jours.

Il existe à la région massétérine, c'est-à-dire sur la branche du maxillaire, du côté gauche, une tumeur du volume d'un œuf de poule. Elle est régulièrement arrondie, lisse, d'une dureté osseuse, se confondant, par une large base, avec l'os maxillaire, et recouverte par le masséter qui, soulevé et distendu, se contracte avec difficulté. La peau qui recouvre la tumeur a sa couleur normale et est parfaitement libre de toute adhérence. En pressant la tumeur on ne réveille pas les douleurs. L'articulation temporo-maxillaire est saine.

En faisant ouvrir la bouche, nous remarquons que la dent de sagesse, très-saine, est placée à la même hauteur que la grosse molaire voisine, mais elle est un peu déjetée en dehors.

A la base de cette dent, l'alvéole paraît avoir en dedans et en dehors un volume un peu exagéré. A sa face interne, le maxillaire au-dessous de la dent, ne présente aucun gonflement; en dehors, au contraire, on sent manifestement que la tumeur vient se terminer par une pente insensible jusqu'à l'alvéole.

Autour des dents voisines, l'os maxillaire est parfaitement normal. Ainsi hyperostose de l'alvéole qui contient la dent de sagesse, et, à partir de ce point, tumeur osseuse qui acquiert tout son développement sous le muscle masséter.

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 15 juillet 1874.

Quelle était la nature réelle et l'origine de cette tumeur? On pouvait songer à un odontome radiculaire; mais alors la tumeur se serait développée moins loin de l'arcade alvéolaire, et l'écartement des deux lames de l'os se serait fait sentir en dedans comme en dehors. Je m'arrêtai en conséquence à la pensée qu'il s'agissait d'un ostéome ayant son siége dans la lame externe du maxillaire et ayant pour cause un trouble de nutrition provoqué par l'évolution de la dent de sagesse.

La dureté éburnée de la tumeur ne permettait pas de compter sur une diminution de volume, même après l'avulsion préalable de la dent. Tous les fondants internes ou externes auraient été employés en pure perte. D'un autre côté, cette tumeur augmentait de volume, et l'on pouvait prévoir qu'un moment arriverait où toute l'épaisseur de l'os pouvait être envahie et où le condyle pouvait être atteint. L'expectation offrait donc des dangers; la malade d'ailleurs désirait l'opération.

Elle fut pratiquée le 15 juin.

Pour éviter la difformité résultant des incisions faites sur le côté de la face, j'incisai la lèvre inférieure sur la ligne médiane, et je conduisis mon incision depuis le menton jusqu'à 1 centimètre au-dessus de l'angle de la mâchoire en suivant toujours le côté interne du bord de l'os. Le lambeau fut détaché avec le bistouri jusqu'au niveau de la tumeur. Là elle fut circonscrite dans sa partie antéro-inférieure par une incision partant de l'intervalle qui sépare la dent de sagesse de la dent voisine et intéressant le périoste.

A l'aide d'une spatule, je mis la surface osseuse à nu en décollant le périoste et en détruisant les insertions du masséter. Le lambeau fut soulevé avec des crochets mousses.

Je commençai alors par arracher la dent de sagesse, qui avait trois racines. L'une de ces racines fortement implantée dans l'os, se brisa. Cette dent, comme je l'ai dit plus haut, était parfaitement saine.

Alors commença la partie laborieuse de l'opération. La tumeur mal circonscrite et ressemblant, comme l'a dit O. Weber, à un cal très-solide, fut attaquée d'abord par le perforatif; plusieurs trous furent creusés à petite distance les uns des autres vers la circonférence de la tumeur; puis, avec la gouge et le maillet, je cherchai à réunir ces ouvertures et à faire sauter les parties comprises entre elles. Je ne pus obtenir à la fois que des fragments de 5 à 8 millimètres, tant le tissu osseux était dur. Cette partie de l'opération dura une heure environ. J'obtins, à force de travail, une surface plane très-régulière, formée par la face profonde de la lame interne du maxillaire; le canal dentaire ne fut pas ouvert. Toute la paroi externe de l'alvéole, très-hyperostosée, fut enlevée avec la tumeur.

L'incision des parties molles fut réunie au moyen de quinze épingles fines, entre lesquelles on groupa les fils placés sur les artères.

A la suite de cette opération, la malade se plaignit de vives douleurs à la gorge et de dysphagie; ces phénomènes avaient pour cause l'action du chloroforme sur la muqueuse buccale et pharyngée, car nous avions dû faire respirer une grande quantité de chloroforme pour maintenir une anesthésie suffisante pendant cette longue opération.

Des morceaux de glace et un looch huileux procurèrent du soulagement. Le gonflement du visage fut très-considérable; les épingles furent enlevées après le quatrième jour, et les fils des sutures furent, par précaution, enduits de collodion.

Il s'écoula pendant quelques jours une quantité notable de pus par la bouche et le long des fils à ligatures.

Mais bientôt tout cet appareil inflammatoire se calma, la réunion de la plaie était parfaite, la malade se promenait chaque jour dans le jardin, et, comme une épidémie d'érysipèle se déclara dans la salle, je me hâtai de renvoyer mon opérée dans sa famille.

Au mois d'octobre j'écrivis au médecin habituel de la malade, le docteur Bocandé (de Pornic), pour savoir quel était le résultat définitif de mon opération. Mon honorable confrère me répondit qu'il existait encore un peu d'empâtement dans les parties molles, et que, bien que la guérison parût certaine, il serait peut-être prudent d'attendre encore avant de publier l'observation de ma malade. Le conseil était sage, et j'ai attendu patiemment.

Le 3 mai 1874, dix mois après l'opération, je reçois une lettre du docteur Bocandé, qui, cette fois, affirme une guérison bien complète;

il n'existe plus de gonflement des parties molles, la surface du maxillaire, dans le point occupé naguère par la tumeur est parfaitement plane, il n'y a plus de traces de l'ostéome et, n'était la cicatrice linéaire de la peau, rien ne rappellerait la maladie et l'opération. Cependant je dois noter un incident qui ne manqua pas d'intérêt. Dans le courant de mars et au commencement d'avril, la fille R... avait été prise de douleurs atroces dans la mâchoire avec un gonflement notable de la joue; elle croyait à la nécessité d'une nouvelle opération lorsqu'elle reçut des conseils d'un guérisseur mystérieux. Les douleurs et le gonflement de la joue disparurent peu à peu, à la plus grande gloire du sorcier.

Que s'était-il passé ? Nous ne devons pas oublier que, pendant le développement de l'exostose que j'ai enlevée, ma malade avait eu des accès intermittents de douleurs dans la mâchoire avec gonflement des parties molles recouvrant la tumeur osseuse. Ces douleurs et ce gonflement, qui n'ont pas été sans doute étrangers à l'accroissement de la production morbide, avaient bien le caractère d'une névralgie. Il me paraît donc plus que probable que les accidents éprouvés en mars et avril par la fille R... n'étaient pas autre chose qu'une névralgie; mais la lame osseuse sur laquelle la tumeur s'était formée, ayant été enlevée dans une large étendue, il n'est pas probable que l'ostéome se reproduise, dussent les accès névralgiques revenir encore de temps en temps; les conditions anatomiques ne sont plus les mêmes qu'avant l'opération.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 septembre 1874. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département des Basses-Alpes pendant l'année 1873 ;

2° Un extrait du registre d'inscription des maladies traitées à l'hôpital thermal miltaire d'Hammam Meskoutin;

3° Des demandes d'avis sur des sources minérales sises à Vittel et à Cornillon en Trièves.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre du maire de Bordeaux demandant l'avis de l'Académie sur le service de la constatation des naissances et des décès ;

2° Une lettre de M. le docteur Lanoix, répondant aux allégations contenues dans le rapport de M. le docteur Guilbert.

Par une enquête, je me suis assuré, dit M. Lanoix :

1° Que les enfants atteints par l'épidémie varioliforme dont parle le rapporteur ne peuvent être compris au nombre de ceux vaccinés en 1870, avec le vaccin de génisse. Ils appartiennent pour la plupart à la classe des enfants vaccinés en 1868 et 1869 avec du vaccin humain ;

2° Que parmi ces enfants et de l'aveu même de M. le docteur Guilbert, quelques-uns ont été vaccinés en province avec du vaccin humain ;

3° Que le seul enfant que l'on m'ait désigné comme ayant succombé aux suites de l'épidémie aurait succombé non pas à une variole, mais à une rougeole.

Des faits allégués il ne resterait donc rien qui incrimine les vaccinations faites en 1870, avec le vaccin de génisse.

M. Larrey présente : 1° au nom de M. le docteur O. Lecomte, médecin principal de l'armée, un essai de physiologie mécanique du mouvement de rotation de la main ; 2° au nom de M. le docteur Feuvrier, médecin-major en mission au Monténégro, un travail intitulé : *Deux cas de morsure de serpent venimeux, injection intraveineuse d'ammoniaque dans un cas.*

RAPPORT

M. Blot lit la première partie d'un rapport sur un cas de monstruosité.

LECTURE

M. H. Bouley lit, pour M. Chauveau correspondant à Lyon, une note intitulée : *Faits nouveaux de transmission de la tuberculose par la voie digestive chez le chat domestique.*

M. Viseur, médecin-vétérinaire d'Arras, présentait l'année dernière à l'Académie plusieurs chats nourris à diverses reprises avec des poumons tuberculeux provenant de vaches tuées à l'abattoir. Chez quatre des animaux soumis à l'expérience (sur cinq), on trouvait dans l'intestin grêle, les ganglions mésentériques, la rate, le poumon, les ganglions bronchiques et des lésions qu'il paraissait impossible de ne point rattacher au développement de la tuberculose. Cependant M. Chauveau avait cru devoir émettre quelques doutes sur la nature tuberculeuse de ces lésions. Mais ces doutes ne tardèrent pas à être ébranlés lorsqu'il eut examiné les préparations microscopiques de M. Paul Bouley, qui lui montrèrent sur les tissus de tous les animaux soumis à l'expérience, sans exception, les caractères que présentent habituellement les lésions des poumons, des ganglions, de la rate, etc., chez les tuberculeux.

Aujourd'hui, grâce à une nouvelle expérience de M. Viseur, dont il a été témoin, M. Chauveau croit pouvoir affirmer qu'en se plaçant dans les conditions nécessaires, on réussira à communiquer la tuberculose par les voies digestives au chat domestique, tout aussi sûrement qu'aux jeunes animaux de l'espèce bovine. Il suffira pour cela de faire manger plusieurs fois à de jeunes chats de notables quantités de matières tuberculeuses provenant du poumon des animaux de l'espèce bovine.

Ligature des interosseuses de l'avant-bras. — M. Gosselin donne lecture, au nom de M. le docteur Michel, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, d'un mémoire ayant pour titre : *Ligature du tronc des artères interosseuses de l'avant-bras. Opération nouvelle.* Il s'agit d'un cas de fracture par une balle de l'extrémité supérieure du radius; hémorrhagies artérielles; ligatures successives de l'artère humérale au quart inférieur, des cubitale et radiale au tiers supérieur; retour des hémorrhagies; ligatures du tronc des interosseuses ; arrêt définitif des hémorrhagies.

Voici les réflexions principales que ce fait inspire à M. Michel :

Malgré des insuccès antérieurs, cette observation montre la possibilité de pratiquer sûrement la ligature de la cubitale à son tiers supérieur. Elle affirme que la ligature du tronc des interosseuses doit dorénavant trouver sa place régulière dans les livres de médecine opératoire.

Voici les procédés opératoires que M. Michel propose pour cette dernière opération.

Premier procédé. Par la face antérieure de l'avant-bras, après avoir reconnu le bord inférieur du muscle rond pronateur, on trace dans cette direction une incision cutanée de 8 centimètres de longueur. La peau et le tissu cellulaire coupés, on tombe sur l'interstice du rond pronateur et du grand palmaire ; on traverse toute son épaisseur, et l'on atteint ainsi sous la face postérieure du muscle épitrochléen. Le nerf médian mis à nu est écarté en dedans, et l'on tombe sur l'artère cubitale. Disséquant cette dernière à ce niveau, on découvre facilement sur sa face postérieure l'origine du tronc des interosseuses enveloppé de ses veines satellites et de quelques ramissencès musculaires du nerf médian. (Ce procédé n'a été mis en œuvre que sur le cadavre.)

Le deuxième procédé auquel M. Michel a donné la préférence et qui lui a réussi dans le fait ci-dessus relaté, est le suivant :

Procédé par l'interstice du cubital antérieur et du fléchisseur superficiel des doigts.

Tracer la dissection de l'interstice musculaire du cubital antérieur et du fléchisseur superficiel des doigts, en conduisant une ligne du côté interne de l'os pisiforme à l'épitrochlée, comme pour la ligature de la cubitale à son tiers supérieur. Sur cette ligne, faire en haut une incision cutanée de 8 centimètres au moins, dont le centre correspondra à la tubérosité bicipitale du radius. Couper l'interstice musculaire jusque près de son extrémité supérieure. Faire fléchir le poignet sur l'avant-bras et les doigts sur la main. Séparer et écarter entièrement en haut le fléchisseur superficiel du fléchisseur profond.

On apercevra l'origine de la cubitale. Suivre sa face postérieure, sur laquelle on verra l'origine du tronc des interosseuses, enveloppé de ses veines satellites.

Le travail de M. Michel est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Trélat, Demarquay et Verneuil.

La séance est levée à quatre heures un quart.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 juillet 1874. — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine.

M. SEUVRE, ancien interne des hôpitaux de Paris, adresse deux exemplaires de sa thèse pour le concours du prix Duval : *Étude sur l'inflammation de la trompe utérine*.

M. LÉON BRIÈRE, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, adresse, pour le même concours, deux exemplaires de sa thèse : *Étude clinique et anatomique sur le sarcome de la choroïde*. Cette thèse ne peut pas prendre part au concours, qui n'admet que *les internes titulaires* des hôpitaux civils ou militaires de France.

M. NAPIERALSKI, de Pont-Audemer, adresse une observation manuscrite de resection de la partie supérieure de l'humérus, suivie de guérison et permettant le bon usage du membre. (Commission: MM. Polaillon, Cruveilhier, Guyon.)

M. BOUVIER fait hommage à la société d'un travail imprimé sur les déviations du rachis.

M. LARREY offre un extrait d'un travail de M. Feuvrier sur la : *Morsure de la vipère avec injections d'ammoniaque dans les veines.*

M. CONDEREAU adresse une réclamation de priorité à propos de la présentation de l'*instrument pour la transfusion du sang*, présenté dans la séance du 10 juin.

Adénome kystique du voile du palais. — M. DESPRÈS. Je viens donner à mes collègues la suite de l'observation de la malade que j'ai fait présenter à la société il y a quinze jours.

J'ai opéré la malade jeudi dernier, c'est-à-dire il y a six jours. Voici quel était l'état de la tumeur : toute la moitié gauche du voile du palais était envahie par une tumeur bosselée ayant le volume d'un moyen œuf de poule. La partie droite du voile du palais était refoulée à droite ; la tumeur descendait presque sur l'épiglotte et donnait à la malade des envies continuelles de vomir ; la voix était nasonnée ; l'appétit était presque nul.

La tumeur offrait de nombreuses bosselures, dont les supérieures, translucides, avaient toutes les apparences de kystes séreux ; elle était indolente, et c'était seulement quand l'on touchait la partie du voile du palais intacte qu'on provoquait des envies de vomir.

Je rappelle que la tumeur datait de quinze années.

Le jeudi 9 juillet j'ai procédé à l'opération, qui a été exécutée avec la plus grande facilité.

La malade a été assise sur une chaise. Un trocart long a ponctionné les deux kystes les plus apparents, et j'ai évacué environ une cuillerée à bouche d'un liquide séreux, un peu mêlé de sang ; la tumeur a été diminuée d'autant. J'ai pu alors ponctionner avec un trocart le voile du palais, au-dessus de la tumeur et au ras du bord postérieur de la voûte palatine.

Par cette ouverture, j'ai introduit une sonde de Belloc, et le ressort est venu se dégager près du pilier droit du voile du palais, au-dessous de la tumeur. J'ai attaché au bec de la sonde un fil, auquel a été attaché une corde de fouet, à laquelle j'avais lié un fil de fer. Le tout passa à la suite de la sonde de Belloc. Je montai alors le fil de fer sur le serre-nœud écraseur, et je serrai ; la tumeur se pédiculisa naturellement de ce côté, et le voile du palais fut sectionné en même temps, sans le moindre écoulement de sang ; la malade, qui est presque de notre métier, et qui est sage-femme de province, supporta très-bien la douleur, et en dix minutes, montre en main, le voile du palais et ses piliers furent sectionnés au ras de la tumeur, qui ne fut pas entamée et qui fut séparée du voile du palais comme un gland chassé hors de sa cupule. La première section faite de la sorte, la tumeur fut attirée avec une pince à griffes et ressemblait à un polype parfaitement pédiculé ; un serre-nœud à fil de fer fut alors passé sur le pédicule de cette tumeur, ainsi attirée dans la bouche, et porta sur la partie correspondante au milieu du voile du palais, et je serrai. En cinq minutes, le voile du palais fut coupé ; il ne s'écoula pas une goutte de sang, et la tumeur fut amenée à l'extérieur ; l'opération était terminée.

La malade a été nourrie avec du bouillon froid et se gargarisa avec un gargarisme au miel rosat froid. Les deux premiers jours, elle ne pouvait boire que couchée ; la voix était à peine nasonnée.

Le cinquième jour après l'opération, la malade se lève ; elle mange au souper du pain et de la viande, elle boit facilement, sans que les boissons passent dans le nez.

Aujourd'hui sixième jour, la malade, qui est présente ici et que vous avez vue tout à l'heure, parle bien et n'a pas la moindre trace d'inflammation dans la bouche. On voit, dans les points où l'écraseur a coupé le tissu, une surface bourgeonnante en voie de réparation. La malade ne souffre ni en mangeant, ni en buvant, ni en parlant.

Cette observation montre, messieurs, jusqu'à quel point la méthode opératoire a été simple. La tumeur, vous le voyez, a été pédiculisée aux deux traits d'écrasement ; elle a été amenée au dehors intacte, entièrement intacte, et je vous présente la malade, qui a été opérée il y a six jours. La malade est si bien qu'elle a pu venir à la société se présenter à vous. Il n'y a pas traces d'inflammation.

C'est là, messieurs, une supériorité incontestable qu'a l'écrasement linéaire sur le galvano-cautère, qui cause des brûlures profondes et une réaction inflammatoire vive. L'écrasement a eu, sur l'opération avec l'instrument tranchant cette supériorité dans le cas présent ; qu'il n'y a point eu d'écoulement de sang, ce qui peut gêner considérablement l'opération lorsqu'il agit sur le voile du palais. En effet, la malade est pour ainsi dire asphyxiée par le sang, et l'on est exposé à ne pas enlever régulièrement la tumeur.

Enfin j'insisterai sur l'avantage immense qu'a l'écraseur pour s'insinuer sur les contours de la tumeur et la pédiculiser et l'isoler presque aussi bien que le ferait une dissection sur le cadavre.

(La pièce est déposée au musée Dupuytren.)

L'examen microscopique de la pièce sera exposé à la Société anatomique, et il trouvera sa place naturelle dans les Bulletins de cette société. Je puis dire cependant que la tumeur est constituée par l'hypertrophie glandulaire appelée adénome, et que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de sarcome des glandes.

COMMUNICATION

M. GUÉRIN. J'ai demandé la parole pour donner à la société connaissance de deux faits qui donnent un démenti à ce que j'ai avancé dans une précédente séance sur les fractures du col du fémur.

Rappelant, en effet, le travail fait sous ma direction par un de mes internes, M. Kerguistel, je disais que, depuis douze à treize ans que je m'occupe de fractures du col du fémur, il résulte de mes expériences le fait suivant : toutes les fois qu'un vieillard tombe sur le grand trochanter avec violence, il se fait une fracture extra-capsulaire. Je confirmais en cela l'opinion de Bonnet, si diamétralement opposée à celle d'Astley Cooper. M'appuyant sur ce fait qu'il est impossible, à l'aide d'un coup, de produire une fracture intra-capsulaire sur le cadavre, je concluais que les mêmes fractures ne peuvent se produire sur le vivant à la suite d'une chute, et j'étais en cela bien servi par la clinique, puisque mes fractures se consolidaient, alors que, dans l'hypothèse de fractures intra-capsulaires, nous n'aurions pu obtenir que des cals fibreux.

J'ai perdu tout récemment deux de mes malades atteints de fracture du col du fémur. Dans le premier cas, malgré l'absence d'écrasement du grand trochanter, j'avais diagnostiqué une fracture extra-capsulaire. La malade fut prise, dès le lendemain, de vomissements, et succomba à une affection intercurrente des voies respiratoires.

Dans le second cas, on avait évidemment affaire à une fracture intra-capsulaire; on la reconnaissait à cette augmentation de volume considérable marquée au milieu du cal, alors que dans l'extra-capsulaire on sait que le changement de forme tient à l'agrandissement du grand trochanter.

Voici, du reste, les pièces anatomiques ainsi que les observations relatives à ces deux cas.

Fractures du col du fémur. (Observation recueillie par M. Kirmisson, interne du service.) — Obs. I. — C... (Joséphine), âgée de soixante-dix ans, entre, le 20 mai 1874, dans le service de M. Guérin, à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Maurice, n° 27). Cette femme, maigre et très-affaiblie, raconte que, la veille de son entrée à l'hôpital, au moment où elle se relevait de dessus son vase de nuit, elle est tombée sur la hanche du côté gauche. Depuis ce moment, elle n'a pu marcher, et elle souffre beaucoup dans toute la région sur laquelle a porté la contusion. Il existe un empâtement considérable de toute la partie supérieure de la cuisse, surtout marqué en avant dans le pli de l'aine, où l'on sent battre l'artère fémorale énormément dilatée, et en arrière au niveau du grand trochanter. La pression sur cette éminence osseuse est très-douloureuse, et la malade accuse aussi de la douleur dans le genou du côté correspondant. Le membre est dans l'abduction et dans la rotation en dehors, le bord externe du pied appuyant dans toute sa longueur sur le plan du lit. La malade ne peut imprimer à sa jambe aucun mouvement d'élévation, et tous ses efforts aboutissent à traîner le talon. Le raccourcissement du membre mesure 1 centimètre et demi.

On évite de faire exécuter à la cuisse des mouvements, de peur d'augmenter l'étendue du déplacement, et la malade, dès le jour de son entrée, est mise dans une gouttière de Bonnet. Aucun phénomène important ne se montre du côté de la hanche malade; mais bientôt surviennent des vomissements répétés chaque jour, le lait est le seul aliment toléré par l'estomac; enfin la fièvre s'allume, la langue se dessèche, une diarrhée abondante épuise la malade, qui succombe le 8 juin, à onze heures du soir.

L'autopsie a permis de constater, outre la fracture du col du fémur, un vaste foyer de gangrène pulmonaire siégeant dans l'épaisseur du poumon droit.

Obs. II. — R... (Marie), soixante-trois ans, blanchisseuse, entre, le 31 mai 1874, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Maurice, où elle est couchée au n° 32 de cette salle. Le jour même de son entrée, au moment où elle montait sur un trottoir, elle est tombée, et dans sa chute, c'est le grand trochanter du côté droit qui a porté sur le sol. La douleur au niveau de la hanche est vive, et l'on peut constater sur cette malade tous les symptômes déjà signalés dans le cas précédent : impossibilité d'élever le membre au-dessus du plan du lit, abduction et rotation du pied en dehors, mais moins prononcées que dans la première observation; le raccourcissement mesure environ 3 centimètres.

Aucun mouvement n'est imprimé au membre fracturé, et la malade est placée aussitôt dans une gouttière de Bonnet.

Le 5 juin, un violent point de côté se fait sentir, et l'auscultation permet de constater l'existence d'une pneumomie occupant toute la hauteur du poumon droit. La résolution de l'inflammation ne se fait pas; il reste toujours du souffle dans le tiers inférieur du thorax du côté droit; de larges escarres se développent au sacrum au niveau des trochanters et aux talons. Enfin, le 2 juillet, la malade succombe.

Comme dans le cas précédent, la fracture du col est tout à fait intra-capsulaire, mais l'insertion de la capsule sur le col est ménagée dans une plus grande étendue, ce qui explique la déviation moindre du membre observée pendant la vie; la pneumonie a passé à la suppuration; les branches de l'artère pulmonaire du côté malade renferment des caillots fibrineux volumineux.

DISCUSSION

M. Hervez de Chégoin. J'ai, il y a quelque quarante ans, publié des planches et un texte dans lesquels j'appelle cette fracture *enfoncement du col du fémur dans le grand trochanter*.

M. Desprès. Les autopsies de fractures du col du fémur sont assez rares pour qu'on les examine avec le plus vif intérêt. Je me rappelle, à ce sujet, avoir lu à la société, alors que j'étais candidat, un travail où je disais que la comminutivité seule empêchait la consolidation de la fracture intra-capsulaire. Cette opinion se trouve surabondamment démontrée par les pièces de M. Guérin.

M. Trélat. L'une de ces pièces est pour moi une fracture mixte. Le grand trochanter est, en effet, brisé, et l'on en aurait la démonstration bien nette en sciant l'extrémité osseuse en long.

M. Verneuil commence une communication sur le traitement des anévrysmes. (Sera publié.) (*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, ilustré de figures intercalées dans le texte. Directeur de la rédaction : le docteur Jaccoud. — Prix de chaque volume : 10 fr.

Les tomes I à XIX sont en vente. Le tome XIX comprend 800 pages avec 101 figures intercalées dans le texte.

Les principaux articles sont : *Inguinal* (canal et hernie), *Inhalation*, par Beni-Barde; *Inhumation*, par A. Tardieu; *Inoculation*, par Alfred Fournier; *Intercostale* (névralgie), par Desnos; *Intermittence* et *Intermittente* (fièvre), par Hirtz; *Intestin*, par A. Després et Luton; *Iode, Iodures, Iodates*, par Buignet et Barrallier; *Ipécacuanha*, par Héraud; *Iris*, par Abadie; *Jambe*, par Poncet et Chauvel; *Jaune* (fièvre), par Barrallier; *Kyste*, par Heurtaux, etc.

De la maladie de Ménière, par le docteur Edouard Voury. — In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 109. — SAMEDI 19 SEPTEMBRE 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 19 SEPTEMBRE 1874. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Tumeur cérébrale diagnostiquée à l'aide de l'ophthalmoscopie.

M. Ball, suppléant de M. Béhier à l'Hôtel-Dieu, a commencé la semaine dernière une nouvelle série de conférences cliniques. Dans ses conférences de l'année dernière, à pareille époque, il avait traité l'importante question des tumeurs cérébrales. Le premier fait clinique intéressant qui s'est présenté à son observation lors de la reprise de son service de suppléance et qui a servi de texte à sa première leçon, a été également un cas de tumeur cérébrale, dont l'histoire a servi en quelque sorte de lien naturel entre ces deux séries de conférences. Nous sommes en mesure de commencer incessamment la publication de ces leçons. Nous nous bornerons pour aujourd'hui à exposer sommairement l'histoire de ce dernier fait et à donner quelques détails sur les résultats des explorations ophthalmoscopiques et l'examen nécroscopique auxquels il a donné lieu, laissant à M. Ball lui-même et à son collaborateur M. Liouville, le soin de reproduire plus tard les considérations cliniques intéressantes que ce fait a suggérées.

Il s'agit d'une femme de quarante-quatre ans, qui était entrée d'abord à l'hôpital Saint-Antoine, et qui est venue ensuite à l'Hôtel-Dieu, où elle a fait un séjour de deux mois. Elle offrait les symptômes classiques des tumeurs cérébrales : céphalalgie frontale, hémiplégie incomplète. La paralysie ne prenait pas les proportions que l'on observe généralement à la suite d'un ramollissement ou d'une hémorrhagie. Enfin elle présentait un strabisme convergent, et puis, plus tard, est survenue peu à peu une amaurose double, qui a fini par devenir complète.

Voici ce qu'ont révélé chez cette malade deux examens ophthalmoscopiques faits pendant la vie, le premier par M. Dianoux, interne, le deuxième par M. le docteur Galezowski.

M. Dianoux a constaté : un gonflement énorme de la papille, saillie considérable facilement reconnaissable au coude des vaisseaux, dont la continuité est même tout à fait interrompue à la partie externe et inférieure de la papille. La papille est plus que triplée de dimension dans tous ses diamètres. Ce gonflement est dû à l'œdème et au développement de fins capillaires. Les veines sont très-dilatées, très-tortueuses et noyées par places dans un exsudat grisâtre qui en interrompt la continuité.

Cette discontinuité des veines ne se remarque que sur la papille même et ne doit pas être confondue avec celle qui est due au changement de niveau, qui ne se voit que sur les bords interne et inférieur.

Les bords externe et supérieur se continuent insensiblement avec le reste du fond de l'œil : à ce niveau, les vaisseaux sont voilés par un hâlo grisâtre.

Les artères sont invisibles sur la papille.

L'œil gauche présente des phénomènes analogues, mais à un moindre degré.

Voici en quels termes M. Galezowski, invité à procéder à un deuxième examen, en a caractérisé les résultats : amaurose double ; un peu d'exophthalmie ; injection considérable des conjonctives ; double rétinite optique. En résumé : première période très-nette, aiguë des symptômes d'une néoplasie du nerf optique et de la papille, symptomatiques d'une tumeur cérébrale.

Cette femme a succombé, peu de temps après ces deux examens, à un accident qui est fréquent dans les asiles d'aliénés, la pénétration d'un bol alimentaire dans la trachée.

L'autopsie faite par M. Liouville a présenté les particularités suivantes :

Les voies aériennes, depuis le haut du larynx jusqu'au sixième anneau de la trachée, étaient obstruées par une masse alimentaire qui s'y était profondément engagée. L'intérêt principal de cette autopsie devait se concentrer naturellement sur l'état du cerveau. C'est sur les détails de ce qui a été constaté dans cet organe que nous nous arrêterons plus particulièrement.

A l'ouverture du crâne il s'écoule une certaine quantité de liquide séreux, jaunâtre, contenu dans la cavité arachnoïdienne et paraissant aussi s'échapper des parties sous-arachnoïdiennes.

Le cerveau, qui, vu sur le sommet et sur les côtés, n'offrait rien de spécial, présente à sa base à gauche, une tumeur volumineuse. Cette tumeur adhérant à la fois au rocher et à la protubérance et au bulbe, avait déformé les parties molles encéphaliques et érodé les parties osseuses. Du volume d'une grosse noix, elle était composée de deux parties bien nettes, l'une plus extérieure, solide, la seconde, plus interne, liquide, kystique et correspondant au bulbe et à la partie latérale inférieure de la protubérance annulaire. Cette portion du cerveau est refoulée et comprimée, mais elle n'est point altérée dans sa texture.

Il n'en est pas de même du côté de l'os, à la partie postéro-

interne du rocher et vers sa pointe, il existe une petite excavation à laquelle adhère la tumeur. L'os est à nu et usé dans ce point.

Cette tumeur est recouverte d'une petite enveloppe qui rappelle la méninge et est sillonée à l'extérieur par de petits vaisseaux.

Dans sa partie molle, elle paraît composée de petits kystes rappelant les kystes de la toile choroïdienne.

Dans sa partie dure, elle est formée de petites masses agglomérées, se désagrégeant entre elles assez facilement.

L'examen histologique fait par M. Liouville a montré qu'il s'agissait d'un sarcome fasciculé.

Voici, indépendamment des rapports de la tumeur avec la protubérance et le bulbe signalés plus haut, quels sont les désordres consécutifs produits sur les autres parties de l'encéphale :

Compression des pédoncules cérébelleux à gauche.

Cinquième paire, du même côté, comprimée, étalée, infiltrée.

Sixième paire comprimée, tuméfiée et rouge.

Tubercule quadrijumeau postérieur correspondant un peu saillant.

Tubercule quadrijumeau antérieur, du même côté, un peu aplati, d'une coloration grisâtre anormale.

Aucune altération apparente de l'origine visible des nerfs acoustiques.

Rien de spécial dans le quatrième ventricule.

Tous les ventricules sont dilatés, pâles et remplis de sérosité. La partie postérieure du corps calleux est ramollie et comme macérée.

Du côté gauche les nerfs bulbaires passent au-devant de la tumeur, au-dessous d'elle, la contournant un peu. Ils sont comme étalés sous elle, mais par places un peu accolés à la paroi du kyste. C'est en ces points surtout qu'ils sont un peu hypérémiés (adhérences pathologiques).

Le nerf auditif, dans sa portion osseuse, paraît altéré. Il était compris dans la masse indurée de la tumeur. Toutefois il n'y avait pas d'écoulement par l'oreille.

Plus en avant, les nerfs de la troisième paire, de la deuxième et de la première, examinés à la vue simple, ne paraissent pas modifiés dans leurs rapports. Les seuls nerfs optiques et le chiasma n'ont cependant pas l'apparence normale.

Dans quelques points les circonvolutions étaient mollasses, un peu hypérémiés, adhérentes par leur face externe aux méninges, et il y avait quelques zones de méningo-encéphalite, mais pas à un degré aussi prononcé qu'on l'observe dans la paralysie générale.

L'examen des coupes du cerveau n'a révélé nulle part d'autre tumeur, soit ancienne, soit nouvelle.

Examen de l'appareil de la vision. — Cet examen, pratiqué par M. Liouville, a été fait à part, à l'état frais. Voici quels en ont été les résultats :

Des deux côtés le cristallin est intact. L'humeur vitrée est également normale.

Le fond de l'œil a présenté les lésions suivantes :

Œil droit. — Au centre apparaît la saillie de la papille, défoncée, d'une couleur blanc grisâtre, nacrée et semi-translucide, rappelant la coloration de l'infiltration scléreuse. Cette saillie a la grosseur d'un très-petit pois ; elle mesure environ 4 millimètres sur 3 et proémine de 1/2 à 2 millimètres. On y distingue une petite dépression centrale, ponctuée, mais aucun vaisseau n'arrive à ce centre. Ce n'est que plus loin que l'on distingue les ramifications vasculaires variqueuses, mais on ne retrouve pas de traces des suffusions hématiques si bien vues pendant la vie.

On constate les mêmes lésions à l'œil gauche, mais à un degré moindre.

M. Liouville a examiné au microscope des portions de rétine à l'état frais, il a constaté que les parties papillaires présentaient une infiltration scléreuse, caractérisée par un épaississement de la trame composée de fibrilles serrées, rapprochées et de noyaux arrondis. Épaississement des tuniques des vaisseaux (artérite) ayant amené la diminution et l'obstruction des calibres. On trouve par places des blocs de graisse, soit sous formes de granulations isolées ou agglomérées (corps de Gluge), quelquefois zones stéateuses (dégénération plus avancée), ailleurs pigment hématique; plus on s'éloigne de la papille moins les lésions sont accusées, et l'on retrouve la trame presque normale, les vaisseaux moins épais et perméables.

Les nerfs optiques ont été examinés de la même manière; leur gaîne contenait une sérosité ressemblant au liquide arachnoïdien. Les deux nerfs optiques présentaient une altération très-notable, plus accentuée toutefois à gauche qu'à droite, consistant en de nombreux corps granuleux de grosse taille, en globules et globulins de graisse isolés, granulations graisseuses recouvrant les parois des vaisseaux et blocs hématoïdiens.

On a retrouvé ces mêmes lésions dans les parties des nerfs optiques qui précèdent le chiasma et dans les bandelettes optiques. Dans les tubercules quadrijumeaux les lésions étaient moins nettes, moins avancées. La stéatose vasculaire était cependant encore notable. Mais dans l'espace cérébral placé entre les tubercules quadrijumeaux et dans la voûte du quatrième ventricule, il y avait stéatose et désintégration prononcée.

Mode d'action des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine.

Bien que les injections hypodermiques soient depuis longtemps entrées dans la pratique et qu'elles aient déjà rendu de nombreux services, il s'en faut que le dernier mot ait été dit sur cette méthode. Il n'est pas de praticien qui n'ait eu l'occasion d'être frappé des inégalités des résultats obtenus. Il était donc utile de soumettre encore ce moyen thérapeutique à de nouvelles expérimentations. Un jeune médecin distingué, M. Chouppe, s'est livré sur lui-même à des expériences dont il nous a paru d'autant plus utile de mettre les résultats sous les yeux de nos lecteurs, qu'elles lui ont permis d'analyser en détail un certain nombre de phénomènes subjectifs peu connus.

Voici en quels termes M. Chouppe a exposé à ses collègues les résultats qu'il a constatés :

Lorsque l'injection est faite *loco dolenti*, l'action de la morphine se fait sentir plus vite (deux à deux minutes et demie environ) que quand on la pratique loin du siége de la douleur. De plus, quand l'injection est faite au point douloureux, la douleur cesse avant que l'on éprouve les effets généraux de la morphine. Quant, au contraire, elle est pratiquée en un point quelconque du corps, les phénomènes généraux se manifestent les premiers, les malades éprouvent un bien-être notable, alors que la douleur, très-affaiblie du reste, se fait encore sentir sourdement.

M. Chouppe s'appuie sur cette première série d'expériences pour attribuer aux injections hypodermiques de morphine une action locale anesthésique.

Cette proposition s'appuie d'une manière plus directe encore sur une autre série d'expériences dans lesquelles il a étudié les sensations éprouvées au point même de la piqûre.

Une solution de chlorhydrate de morphine au trentième, injectée sous la peau, ne produit pas, dit-il, de douleur au point de pénétration. L'eau distillée donne lieu à des douleurs vives avec irradiations assez éloignées. La solution au cent cinquantième est très-douloureuse, au cinquantième il n'y a pas de douleur. M. Chouppe ne voit pas d'autre explication à donner à cette différence d'action que par un effet anesthésique sur les nerfs du tissu sous-cutané.

L'action locale de la morphine étant ainsi démontrée, il en ressort cette conséquence pratique, qu'il serait toujours préférable de faire la piqûre *loco dolenti*, et qu'il serait plus avantageux de se servir d'une solution concentrée.

Dr Brochin.

DE LA BALANITE

DE LA BALANO-POSTHITE PARASITAIRE ET DU PHIMOSIS SYMPTOMATIQUES DU DIABÈTE

Par M. de Beauvais.

(Lu à la Société de médecine de Paris.)

Au nombre des manifestations multiples du diabète sucré, il en est une qui est encore inconnue pour la plupart des praticiens, quoiqu'elle ait été signalée depuis longtemps et à diverses époques par plusieurs écrivains aussi distingués qu'autorisés. Ce symptôme a été cité comme beaucoup d'autres, il faut bien le dire, sans qu'on ait souligné sa valeur réelle, sa connexité intime avec la glycosurie persistante, et il a passé inaperçu, à titre de simple épiphénomène, sans être révélé dans sa cause originelle, comme cela s'est passé pour les furoncles, les anthrax et la gangrène diabétiques.

Et cependant n'est-il pas curieux de voir dans une maladie, dont le caractère séméiologique dominant est une altération spéciale des urines, altération qui devait naturellement attirer l'attention des cliniciens sur les modifications des organes génito-urinaires, n'est-il pas vraiment curieux de voir rester si longtemps dans l'ombre un signe diagnostique de la plus haute valeur, que révèle à l'œil le moins exercé une affection pathognomonique du prépuce et du gland. Je veux parler de la balanite, de la balano-posthite parasitaire et du phimosis symptomatiques du diabète.

Ce serait abuser du temps de la société que de vouloir faire aujourd'hui l'histoire complète de cette intéressante affection ; permettez-moi, messieurs, de soumettre à votre savante appréciation les conclusions principales d'un travail, dont j'amasse patiemment les matériaux depuis l'année 1869, et qui repose sur une vingtaine d'observations. Trois me sont personnelles, les autres m'ont été obligeamment données par des praticiens aussi consciencieux que distingués.

Séméiologie. *Balanite.* — La balanite diabétique isolée est rare. On ne la rencontre que chez les malades circoncis, ou chez lesquels le gland est habituellement découvert. Elle consiste dans un état poisseux particulier du gland, avec exsudation épithéliale sèche et gluante, accumulation fréquente dans le sillon glando-préputial d'un smegma adhérent, qui se renouvelle rapidement, malgré les soins répétés de propreté. On trouve souvent une irritation avec gonflement du pourtour du méat urinaire et une rougeur diffuse de la muqueuse balanique. Elle s'accompagne d'un prurit insupportable, comme l'érythème vulvaire capable de troubler le sommeil ; prurit dû, selon le professeur Friedreich (de Heidelberg), à la présence constante à la couronne du gland et de chaque côté du frein du prépuce, *de champignons spéciaux du genre Aspergellus*, soit dans le smegma, soit entre les lamelles épithéliales, champignons qu'il a constatés dans une douzaine de cas, et qu'il n'a jamais observés chez des individus bien malades ou atteints d'autres maladies. Cet auteur leur assigne une valeur diagnostique, absolue, dans le cas où la quantité de glycose est assez faible, pour que les réactions potassiques et cupriques laissent quelque incertitude. Il suffit de gratter légèrement les surfaces avec le dos d'un scalpel pour obtenir des éléments, des produits dans lesquels l'observation microscopique constate des *champignons plus ou moins nombreux, mêlés aux cellules épithéliales.* Cette balanite ne tarde pas ordinairement, comme dans un fait cité par M. Bouchut, à se compliquer de posthite en communiquant au feuillet muqueux du prépuce son irritation, et à produire comme conséquence un phimosis plus ou moins complet.

Sous l'inflence de cet état du prépuce, de nouveaux accidents surviennent. Par suite de la miction fréquente d'une urine chargée de sucre, dont une partie s'arrête ou séjourne dans la cavité préputiale, l'inflammation augmente. La muqueuse du gland devient d'un rouge vif, luisant, sensible au toucher, souvent elle s'exulcère par places, se recouvre bientôt d'exsudations blanchâtres, caséiformes, de cet enduit pultacé, spécial, analogue au muguet de la cavité buccale qui coexiste quelquefois, répandant une odeur butyreuse, acide, *sui generis*, rougissant fortement le papier de tournesol et fournissant au microscope tous les caractères de l'*Oïdium albicans*, spores, tubes articulés, cloisonnés, granulations intérieures, mélangés aux lamelles épithéliales et au smegma.

Si le prépuce est court et mince, il s'applique, il se colle, pour ainsi dire, sur le gland, dont on aperçoit difficilement le méat urinaire, malgré les efforts de traction en arrière. Il semble qu'il y ait là, sous l'influence de l'irritation du feuillet muqueux, une contraction spasmodique des fibres dartoïques du prépuce, d'où résulte une atrésie plus ou moins complète. Si le prépuce est long et dépasse le gland atrophié, rétracté comme chez les vieillards, chez les gens obèses, ou peu développé comme chez l'enfant, il forme une espèce d'infundibulum, dans lequel séjourne le smegma ; l'urine s'accumule, va baigner incessamment le gland. Des fissures, des crevasses fort douloureuses se forment sur le limbe du prépuce ; de véritables ulcérations s'y développent et se couvrent de concrétions parasitaires, en même temps qu'il s'établit un écoulement séreux, lactescent. Souvent un œdème très-prononcé, à forme phlegmoneuse, s'ajoute à ces lésions, et si cet état se prolonge, des indurations réelles, des infiltrations plastiques, si communes chez les diabétiques, un sclérème local surviennent. Dans d'autres cas, l'herpès préputialis, des éruptions anthracoïdes, dont on retrouve les analogues sur le scrotum, sur les cuisses ou autres parties du corps, apparaissent. La gangrène, enfin, peut, sous l'influence diabétique s'emparer de ces tissus malades et s'étendre, comme nous l'avons vu, jusqu'au scrotum.

Lorsque l'affection est arrivée à ce degré, l'urination devient aussi douloureuse que pénible, vicieuse et lente. Le coït est alors impossible. Disons que souvent l'impuissance a précédé ce signe particulier du diabète. Le cathétérisme a été suivi, dans un cas de ce genre, d'une double épididymite.

Pathogénie. — Dans la séance du 8 avril 1857 de la Société médicale des hôpitaux, M. le professeur Gubler indiquait déjà le mode de production de cette curieuse affection, et en 1864, dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, à l'article *Acescence*, il l'explique en ces termes : « Les urines chargées de sucre, qui séjournent dans le sac préputial ou dans le vestibule vulvaire, ne tardent pas y subir la fermentation acétique ou lactique.

Après quelque temps, la métamorphose se produit d'autant plus vite que des spores de mucédinée s'y étant développées, comme on l'a constaté à l'aide du microscope, agissent à la manière des ferments. Il en résulte une irritation vive des organes sexuels, et de proche en proche des régions circonvoisines de la peau, d'où une démangeaison parfois intolérable.

Caractères microscopiques donnés par Friedrich. — Les mêmes produits végétaux existent constamment aux parties génitales des diabétiques, notamment dans les points qui, grâce à leurs dispositions matérielles, retiennent quelques gouttes de l'urine sécrétée, la base du gland et les petites dépressions qui se trouvent de chaque côté du frein. On les rencontre non-seulement dans le smegma, mais encore entre les cellules épithéliales que l'on détache, en promenant légèrement sur ces points le dos d'un scalpel.

Dans quelques cas, on ne trouve que des spores sous forme de cellules arrondies ou ovalaires, renfermant assez souvent un noyau ou des vacuoles plus ou moins grands.

On rencontre aussi parfois une vingtaine de spores sphériques, renfermées dans des sporanges, arrondis, bruns ou brun jaunâtre.

Souvent les spores sont accolées deux à deux ou en plus grand nombre, de manière à former des chapelets ; ces chapelets eux-mêmes peuvent être garnis de bourgeons latéraux ; quelquefois les spores forment, en se développant, des filaments rompus et articulés, d'épaisseur variable, qui s'enchevêtrent de diverses manières, et forment ainsi un mycélium feutré. Ces filaments présentent souvent des renflements au niveau des articulations et ressemblent à ceux *des Aspergilles*. M. le professeur Friedreich assigne à ces épiphytes, au point de vue du diagnostic du diabète, une valeur pathognomonique toute spéciale.

Diagnostic. — Je n'essayerai point de tracer ici le diagnostic différentiel de la balano-posthite parasitaire et du phimosis diabétique avec les affections similaires, de nature blennorrhagique, syphilitique, diphthéritique ou herpétique.

Le diagnostic absolu de ces symptômes diabétiques est insidieux comme celui du diabète, *decipiens*, disaient les anciens. C'est avouer qu'il échappe fatalement, qu'il est impossible à formuler, si l'on n'a pas fait de prime abord celui de la glycosurie, dont ils sont l'expression la plus frappante. Or établir nettement aujourd'hui et faire ressortir la connexion intime de ces signes pathognomoniques avec le diabète, c'est prémunir le médecin contre une erreur grave et contre l'ignorance d'un fait capital. C'est donner à ces phénomènes le rang important qu'ils doivent occuper dans la séméiologie du diabète, au même titre que les furoncles, les anthrax, la gangrène et l'érythème vulvaire, si bien signalés par Trousseau, Marchal de Calvi, Gubler, Hervez de Chégoin, Hardy, Bazin.

L'analyse chimique des urines et l'examen au microscope de la sécrétion fournie par la balano-posthite parasitaire sont les seules bases d'un diagnostic solide et légitime. C'est ainsi que des praticiens aussi habiles qu'observateurs, consultés pour un phimosis, au simple aspect du malade présentant, sur les bourses, sur les cuisses ou sur d'autres points du corps des furoncles, des anthrax, des phlegmons gangréneux, ou bien à la résistance de la balano-posthite aux moyens ordinaires, *ont reconnu d'emblée le diabète*, auquel ni le médecin consultant, ni le malade même n'avaient songé un instant. Diagnostic intéressant, que confirmait victorieusement l'examen chimique des urines.

C'est dans une pareille conjoncture que des chirurgiens prudents et sensés ont refusé, à l'exemple de Landouzy, de pratiquer la circoncision, sachant par expérience que la plus petite opération, chez le glycosurique peut amener une gangrène mortelle, ainsi que Nélaton, le docteur Pall en ont cité des observations, ainsi qu'il m'a été donné à moi-même d'en voir un terrible cas, dont heureusement j'ai reconnu la nature encore assez à temps pour le guérir avec l'aide des soins habiles de M. le professeur Richet. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 juillet 1874 (1). — Présidence de M. PERRIN.

PRÉSENTATION

Présentation d'un fœtus anencéphale né à terme dans le service d'accouchements de la maternité de Cochin. — M. POLAILLON. Ce fœtus présente tous les caractères des anencéphales. Les os de la cavité du crâne manquent complétement. A la place de la saillie du crâne, on trouve deux tumeurs hémisphériques, grosses comme de petites pommes, situées de chaque côté de la ligne médiane et séparées par une fente profonde, dans laquelle le doigt pouvait s'introduire comme dans une sorte d'orifice. Ces tumeurs sont d'une couleur violacée et d'une consistance molle. Elles ne présentent pas de battements. Une membrane mince, qui paraît être une expansion des méninges, les recouvre et se continue avec les téguments de la face, de la nuque et du cou.

(1) Fin. — Voir le numéro du 15 septembre.

Ce fœtus a vécu vingt-quatre heures. Pendant sa vie, il a exécuté des mouvements spontanés. Il réagissait sous l'influence des impressions extérieures, poussait des cris et exécutait des mouvements de succion. La mort est arrivée sans convulsions, à la suite d'un affaiblissement graduel.

Après avoir ouvert le rachis, j'ai trouvé que la moelle épinière et les racines des nerfs étaient bien conformées, que la moelle était surmontée d'un léger renflement, que l'on peut considérer comme la bulbe rachidien. Mais au-dessus du bulbe rachidien, il n'y a ni protubérance annulaire, ni cerveau, ni cervelet. On voit, à la place de ces organes, une sorte de tissu spongieux, dont les vacuoles contiennent du sang. Les deux tumeurs qui surmontent la tête, et que l'on pouvait considérer pendant la vie comme un encéphale rudimentaire, sont formées par ce tissu. Le bulbe se termine, à sa partie supérieure, dans cette masse spongio-vasculaire.

Les nerfs des membres et du tronc sont bien développés et viennent se rendre à la moelle. Les nerfs crâniens qui naissent du bulbe sont aussi intacts. Les nerfs optiques paraissent aboutir au tissu anormal qui est situé au-dessus du bulbe, mais une dissection plus attentive devra nous éclairer ultérieurement sur ce fait. Les nerfs et les ganglions du grand sympathique ne sont pas plus volumineux que chez un fœtus bien conformé et à terme.

Les viscères ne présentent rien d'anormal. Les testicules sont contenus dans l'abdomen et sont à un état de développement peu avancé. Il existe un colobama de l'iris droit.

En résumé, on a affaire à un fœtus *pseudencéphale*, dont la masse encéphalique est remplacée par un tissu aréolaire de la nature du tissu des tumeurs érectiles veineuses. Aucun fait de cette nature ne me paraît avoir été signalé.

COMMUNICATION

M. LETENNEUR fait la communication suivante :

Ostéome de la mâchoire inférieure. (Voir le numéro du 17 septembre.)

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE

Membres présents, 24 ; majorité, 14.

Premier tour de scrutin :

M. Terrier obtient.	12 voix.
M. Périer.	9 —
M. Krishaber. . . . , ...	5 —

Deuxième tour :

M. Terrier.	13 voix.
M. Périer.	11 —
M. Krishaber.	2 —

Troisième tour :

M. Terrier obtient. , ...	14 voix.
M. Périer.	12 —

En conséquence, M. Terrier est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

La séance est levée à cinq heures vingt-cinq minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

Séance du 22 juillet 1874. — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine de la semaine.

Manuel de prothèse ou mécanique dentaire par Oakley Coles, traduit par le docteur Darin. *Maladies de l'oreille* par Joseph Toynbee, traduit et annoté par le docteur Darin. (M. Darin demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national). *Sur les kystes de la paroi postérieure de la vessie chez les hommes*, par le docteur English.

M. DESPRÈS offre de la part du docteur Poncet, un travail imprimé intitulé : *De l'ictère hématique traumatique.*

M. LE FORT offre, de la part du docteur Paquet, un travail imprimé intitulé : *De la réunion par première intention et du drainage chirurgical à la suite des amputations du sein.*

M. DUBRUEIL offre un travail intitulé : *Leçons sur l'orthopédie.*

M. DUPLAY offre un travail imprimé intitulé : *De l'hypospadias périnéo-scrotal et de son traitement chirurgical.*

M. DÉSORMEAUX offre de la part du docteur Julliard de Genève, un travail imprimé : *De l'ignipuncture*, de la part du docteur Couriard, chirurgien de l'hôpital Sainte-Marie, à Saint-Pétersbourg, un travail imprimé : *De l'urétrotomie interne appliquée aux strictures très-étroites.*

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL dépose sur le bureau le deuxième fascicule du tome III de la troisième série des *Bulletins de la Société de chirurgie.*

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

M. SÉE. Depuis la séance d'il y a quinze jours, où il a été question du traitement de l'hydrocèle, j'ai eu occasion de voir dix cas d'hydrocèle congénitale, dont deux doubles, sur des enfants âgés de quelques semaines à sept et huit ans. J'en ai traité neuf par l'injection d'alcool d'après la méthode de notre collègue, M. Monod. Bien que plusieurs aient été opérés depuis une dizaine de jours, je n'ai constaté jusqu'à ce jour aucune diminution dans le volume des collections séreuses.

M. HOUEL. A l'occasion de la présentation, dans la séance précédente, de deux pieces de fractures intra-capsulaires du col du fémur, M. Alph. Guérin ayant émis l'opinion que ces fractures ne se consolidaient point par un cal osseux, j'ai l'honneur de présenter à la société deux pièces du musée Dupuytren, dans lesquelles cette consolidation est évidente.

L'une de ces pièces n° 188, déposée dans le musée par Dupuytren a été considérée par lui et par Denonvilliers dans son catalogue comme un exemple non douteux. Sur cette pièce, à la périphérie, on peut constater le déploiement, et le cal est parfaitement osseux. Ce cal présente en outre un autre intérêt : c'est que, la fracture étant très-ancienne, le tissu spongieux de la tête et du cal ne font plus qu'un. La cicatrice osseuse intérieure a disparu ; cette disposition est du reste commune à toutes les fractures anciennes siégeant au niveau du tissu spongieux.

Sur la seconde pièce n° 188a, la fracture est des plus évidentes, le déplacement est le même que sur la pièce précédente, et le cal est osseux, complet, résistant, quoique la solution de continuité siége à l'union de la tête avec le col. M. Houel présente pour terme de comparaison une autre pièce du musée n° 556h qu'il considère comme un exemple d'arthrite sèche, et qui avait été considérée comme un exemple de fracture intra-capsulaire consolidée. Ce qui fait que la consolidation de ces fractures, après avoir été niée, a été exagérée peut-être et confondue avec certaines altérations osseuses de l'arthrite sèche.

COMMUNICATION

M. LEDENTU fait la communication suivante :

Note sur une pièce de fracture intra-capsulaire du col du fémur causée par une chute sur le grand trochanter. — Messieurs, dans la dernière séance M. Guérin vous a montré une fracture intra-capsulaire du col du fémur qui avait été produite par une chute sur le grand trochanter. Je crois qu'il est bon, puisque cette question est à l'ordre du jour, de profiter de toutes les occasions d'élucider certains points encore douteux relatifs au mécanisme.

La pièce que je mets sous vos yeux aujourd'hui représente un type de fracture intra-capsulaire. La solution de continuité est à peu près perpendiculaire à l'axe du col et rase de près la circonférence de la tête fémorale. D'après les renseignements fournis non-seulement par la malade, mais aussi par des témoins oculaires dignes de foi, la fracture a eu lieu, à n'en pas douter, à la suite d'une chute sur le grand trochanter. J'ignore seulement si la violence a porté directement sur le trochanter, ou obliquement, soit en avant soit en arrière.

Je dois signaler en outre, comme symptôme toujours assez intéressant à noter, la rotation du pied en dedans que j'observai chez cette femme pendant les dix premiers jours environ. Cette attitude fut remplacée peu à peu par la rotation en dehors.

Les lésions constatées à l'autopsie expliquent mal cette particularité. Le périoste était divisé et détaché entièrement en avant, tandis qu'il était intact en arrière. Probablement il y avait à la partie antérieure du col un engrénement que le contact de la synovie a détruit et que la macération a contribué à faire entièrement disparaître.

Les faits que M. Guérin et moi nous vous avons communiqués prouvent une fois de plus que les fractures intra-capsulaires peuvent résulter d'une chute sur le grand trochanter ; mais il reste vrai que dans la très-grande majorité des cas les traumatismes portant sur la hanche donnent lieu à des fractures extra-capsulaires.

DISCUSSION

M. DUPLAY. Une des pièces auxquelles on faisait allusion tout à l'heure a été présentée par moi à la Société anatomique sous la rubrique : arthrite sèche ou fracture intra-capsulaire. Je conserve aujourd'hui encore des doutes sur la nature de l'affection, et je crois qu'il serait peut-être imprudent de trancher la question dans un sens ou dans l'autre.

M. POLAILLON. J'ai présenté dans la dernière séance une pièce dans laquelle la place de l'encéphale était occupée par une tumeur érectile. Je croyais le fait absolument nouveau. D'après les recherches faites par moi, ce cas a été déjà signalé par les auteurs qui ont même cru à une hypertrophie de la pie-mère remplaçant l'encéphale.

M. GUÉNIOT. L'aspect de la pièce présentée par M. Polaillon rappelle exactement la tuméfaction rouge méningée des anencéphales.

M. TRÉLAT. Je proposais à M. Polaillon une autre dénomination pour la pièce : tumeur semblant érectile et due aux vaisseaux hypertrophiés de la tumeur.

M. POLAILLON. Je ne me suis pas servi du mot tumeur érectile, j'ai dit que cette masse en avait l'apparence.

LECTURES

M. GALEZOWSKI lit une note sur une modification apportée à l'opération de la cataracte.

Commission : MM. Duplay, Giraud, Teulon, Lefort.

M. VERNEUIL donne suite à sa lecture sur le traitement des anévrysmes.

M. DEMARQUAY lit un rapport sur le travail suivant de M. le docteur Launay :

Vice de conformation des mains et des pieds. — Les difformités congénitales des doigts sont nombreuses, et ont été depuis longtemps étudiées sous toutes leurs formes. Cependant, si bien connues qu'elles soient, il n'existe sur elles, à part la thèse d'agrégation de M. Fort (1869) aucun travail complet.

Ces vices de conformation peuvent présenter un certain nombre de variétés bien distinctes. L'anomalie peut porter soit sur le nombre : doigts surnuméraires ou doigts absents ; soit sur la forme : doigts atteints de rétraction congénitale, doigts hypertrophiés, doigts trop courts ou trop longs, suivant que le nombre des phalanges est augmenté ou diminué. Les doigts peuvent être en outre adhérents les uns aux autres, ou être atteints d'une déviation plus ou moins prononcée.

Les observations présentées par M. Launay ont trait à deux de ces vices de conformation, à la polydactylie et à la syndactylie. Ces observations sont au nombre de trois. L'enfant qui fait le sujet de la première a été amené devant la Société de chirurgie, les deux autres m'ont été remises depuis cette époque par M. Launay. Dans la première il s'agit d'une multiplicité anormale des doigts et des orteils avec adhérences latérales de quatre doigts à chacune des mains et de deux orteils à chaque pied. Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme, la mère de l'enfant qui fait l'objet de l'observation précédente ; elle présente à chaque pied sept orteils, dont quatre sont adhérents deux par deux, les mains offrent en outre une conforma-

tion entièrement vicieuse, sur laquelle nous reviendrons plus loin. Cette femme était atteinte de polydactylie, compliquée de syndactylie; elle fut opérée dans son enfance et l'énorme difformité de ses deux mains fut la conséquence de cette opération, qui lui fut plus préjudiciable qu'utile.

Enfin la troisième observation a trait simplement à une augmentation dans le nombre des doigts; il s'agit d'un pouce surnuméraire dont M. Launay a pratiqué l'ablation avec succès.

Les doigts surnuméraires ou polydactylie, sont les plus fréquents de ces vices de conformation. Cette anomalie congénitale était connue dès la plus haute antiquité, puisque les Latins désignaient sous le nom de *sex digiti* les personnes atteintes de ce défaut. Ce nom de *sex digiti* fut transformé depuis par Maupertuis, en celui de sex-digitaires, qui n'a pas prévalu. Samuel Cooper raconte qu'Anne de Bologne, indépendamment du vive de conformation qui lui enleva l'affection de Henri VIII et lui valut la mort, avait de plus six doigts à la main droite. Le plus souvent il y a un ou deux doigts surnuméraires, soit à une main, soit aux deux mains à la fois; mais leur nombre peut être de beaucoup plus considérable. L'exemple le plus curieux sous ce point de vue est celui cité par Voight; le sujet en question avait de chaque côté treize doigts et douze orteils; ce qui portait à cinquante le nombre total : la femme qui fait le sujet de la seconde observation du docteur Launay, avait à sa naissance sept doigts à chaque main et sept orteils à chaque pied.

Les doigts surnuméraires peuvent être divisés en trois sous-variétés, qui se rangent par ordre de fréquence ainsi qu'il suit:

1° Les doigts intercalés dans la série ou qui les prolongent;

2° Les pouces surnuméraires;

3° Les doigts supplémentaires insérés sur le bord cubital de la main.

Dans la première de ses sous-variétés, presque toujours les deux mains et les deux pieds sont symétriques comme dans les deux premières observations ci-jointes, et ont le même nombre de doigts et d'orteils. Les exceptions à cette règle sont rares, cependant une des plus curieuses est celle citée par Bartholin dans les *Transactions de Copenhague;* c'est la description d'un squelette qui portait à la main droite sept doigts et six à la gauche; le pied droit avait huit orteils et le gauche neuf, de plus le métatarse droit était formé de six os et e gauche de sept.

Les doigts surnuméraires ont le plus souvent l'aspect de la conformation des doigts normaux. Cependant il arrive quelquefois qu'ils sont atrophiés et que leur squelette est incomplet.

Tantôt, comme dans les deux observations du docteur Launay, chacun des doigts et des orteils supplémentaires s'insère sur un métacarpien ou sur un métatarsien surnuméraire; tantôt le nombre de ces os n'est pas augmenté : alors les deux doigts voisins s'insèrent sur le même os du métacarpe, dont la tête est élargie et formée de deux tubérosités plus ou moins distinctes. Il n'est pas rare non plus de voir les doigts et les orteils surnuméraires être adhérents latéralement les uns aux autres, comme dans les exemples ci-joints.

2° Quand le pouce seul est double, deux cas peuvent se présenter, ou bien il y a deux pouces vrais, tantôt s'insérant sur le même métacarpien comme dans l'observation n° 3, tantôt munis chacun d'un métacarpien spécial, comme dans les observations 1 et 2, ou bien il y a bifidité du pouce dont la phalange unguéale est double. Cette bifidité peut être plus ou moins complète. Enfin, dans d'autres cas plus rares, le pouce surnuméraire n'est adhérent que par du tissu cellulaire à la racine du pouce normal. M. Giraldès a présenté en 1864, à la Société anatomique, un cas de ce genre. Quelquefois même, mais plus rarement encore, comme le fait se rencontre parfois sur le bord cubital de la main, un appendice digitiforme plus ou moins complet, tient par un pédicule à l'éminence Thénar. Dans l'observation n° 3 du docteur Launay, les deux pouces sont insérés sur un même métacarpin de la manière suivante : le pouce le plus externe, par rapport à l'axe de la main, s'articule avec l'extrémité de ce métacarpien, et le plus interne s'insère sur la continuité de cet os, en dedans de l'articulation précédente, de telle sorte que ce dernier paraît être en réalité le pouce supplémentaire. Le plus externe présente en outre cette particularité que ses deux phalanges sont soudées l'une à l'autre et forment entre elles un angle légèrement obtus, dans les deux autres observations, les pouces et les gros orteils surnuméraires ont chacun un métacarpien spécial.

La troisième variété, qui est également la plus rare, et dont l'observation de M. Launay offre un double exemple, consiste en un doigt surnuméraire adhérent au doigt auriculaire ou au bord cubital de la main. Le plus souvent ce doigt est un appendice avorté comme celui que M. Marjolin a présenté à la Société de chirurgie en 1865, ou comme ceux que, la même année, M. Guyon a opérés et étudiés avec soin ; leur squelette se bornait à des noyaux cartilagineux en voie d'ossification. Dans quelques cas rares le doigt est bien conformé, pourvu de son squelette complet et articulé sur le cinquième métacarpien. Dans l'observation ci-jointe les deux doigts surnuméraires sont pourvus de pédicules presque linéaires, et néanmoins ils paraissent pourvus chacun de deux phalanges osseuses et complétement organisées; ils s'insèrent près de la base du doigt auriculaire.

Il n'est pas rare de voir chez les polydactyles le vice de conformation être, comme dans les observations 1 et 2 de M. Launay, compliqué d'un autre qui est la *syndactylie.* Les adhérences congénitales des doigts peuvent être plus ou moins complètes, et un nombre plus ou moins considérable de doigts peuvent être accolés les uns aux autres. Dans certains cas, il semble qu'il s'agit d'un arrêt de développement, et les doigts sont réunis les uns aux autres à l'aide d'une membrane analogue à celle des palmipèdes, disposition qui s'observe dans la vie fœtale, jusqu'au troisième mois. Cette variété a été observée et décrite longuement par Blandin dans son *Anatomie topographique* : « Les doigts, dit-il, sont quelquefois réunis ensemble chez l'adulte comme chez l'embryon par un prolongement cutané ; ce vice de conformation peut atteindre tous les doigts ou bien affecter seulement quelques-uns d'entre eux. La réunion congénitale des doigts est un simple arrêt de développement ; elle reproduit, en effet, chez l'adulte, la membrane interdigitale de l'embryon. on n'a pas de notions bien précises, ajoute le même auteur, sur l'époque vers laquelle commence à disparaîte cette membrane interdigitale. Meckel dit bien qu'elle persiste jusqu'au troisième mois de la vie intra-utérine; mais je ne suis pas de son avis : à cette époque, en effet, elle a complétement disparu. »

Dans d'autres cas, au contraire, comme dans les observations du docteur Launay, la syndactylie est complète, et les doigts sont intimement unis les uns aux autres : une même enveloppe cutanée les recouvre, et un léger sillon est la seule ligne de démarcation qui sépare les doigts les uns des autres. L'union est parfois si intime que deux doigts accolés n'ont qu'un angle commun, plus large que l'angle normale. Bérard a même dit qu'il pouvait y avoir soudure des os. Dans les deux observations ci-jointes la syndactylie existe : *Pour la première :* 1° à chaque main entre le pouce normal et le pouce supplémentaire, et entre le médius et l'annulaire; 2° à chaque pied entre le troisième et le quatrième orteils. *Pour la seconde :* entre le gros orteil normal et son surnuméraire, et de plus entre le quatrième et le cinquième orteil.

Si, dans la syndactylie, le vice de conformation peut s'expliquer, dans certains cas, par un arrêt de développement, il n'en est plus de même de la polydactylie. Des théories nombreuses ont été émises sur ce sujet : ainsi, pour ce qui regarde le pouce double, on trouve dans le *Journal de physiologie* de Brown-Séquard, une opinion émise par M. Folty ; d'après lui, le pouce serait originairement formé de deux doigts accolés l'un à l'autre ; de telle sorte que, dans le vice de conformation qui nous occupe, il y aurait développement simultané de deux organes destinés à n'en former qu'un dans l'état normal. Une autre théorie fut soutenue, en 1844, devant la Société anatomique. Son auteur admet que, dans les cas de doigts supplémentaires, les sujets qui en sont atteints ont pour point de départ deux germes qui se sont en quelque sorte confondus.

Enfin un travail présenté en novembre 1873 à l'Académie des sciences contient une explication du mode de formation des doigts surnuméraires. Son auteur, M. Lavocat, après avoir étudié d'une manière très-sérieuse l'observation de pied polydactyle présentée, en 1770, à l'Académie des sciences, par Morand, monstruosité connue depuis sous le nom de pied de Morand, conclut que, dans l'état primordial, il y a trois doigts qui sont doubles normalement : ce sont le premier, le troisième et le cinquième, ce dernier par duplication

complète, les deux autres par un état particulier de leur métatarsien, qui est bifurqué; l'auteur s'appuie sur ce fait que, dans le plus grand nombre des cas observés jusqu'ici, ce sont ces trois doigts qui ont été trouvé atteints du vice de conformation en question. Sans insister davantage sur des théories qui ont besoin d'une sanction plus sérieuse, nous ferons remarquer qu'il est une cause originaire qui se rencontre assez souvent, c'est l'hérédité. Les parents transmettent, en effet, parfois à leurs enfants ce vice de conformation; quelquefois même cette transmission se fait pendant plusieurs générations. La polydactylie surtout est héréditaire, et les observations en sont nombreuses; Maupertuis et Isidore Geoffroy Saint-Hilaire citent des faits de transmission pendant plusieurs générations. La *Gazette des Hôpitaux* de 1861 contient une observation fort curieuse extraite d'un travail anglais : il s'agit d'une famille dans laquelle la polydactylie fut transmise, de père en fils, jusqu'à la cinquième génération; le vice de conformation consistait en doigts supplémentaires insérés sur le bord cubital de l'auriculaire.

L'hérédité paraît beaucoup moins fréquente pour le pouce double; elle est très-rarement signalée dans les observations.

Il en est de même de la syndactylie. Cependant M. Deguise a présenté, en 1857, à la Société de chirurgie, une enfant atteinte de ce vice de conformation, lequel existait également chez sa mère, chez son grand-père, et chez la grand'mère paternelle.

Dans la première observation du docteur Launay, l'enfant affecté de polydactylie et de syndactylie était né d'une mère atteinte des mêmes difformités. Cette femme présente même à chaque pied un orteil de plus que son enfant, et tandis que, chez ce dernier, il n'y a que deux orteils adhérents à chaque pied, il y en a quatre chez la mère. L'hérédité, dans cette observation, ne remonte pas plus haut.

Ces voies de conformation peuvent, quand ils sont portés à un degré très-grand, causer une gêne considérable, et entraver l'usage de la main; le chirurgien est donc appelé souvent à y remédier. Cependant une grande prudence doit toujours régler sa conduite, et l'observation n° 2 montre combien, dans certains cas, l'observation peut être plus préjudiciable qu'utile au sujet.

Quand il s'agit de doigts surnuméraires, intercalés dans la série, il est évident qu'il vaut infiniment mieux, dans l'immense majorité des cas, laisser persister l'infirmité, qui ne peut être fort gênante; mais il n'est plus de même dans les cas de pouces supplémentaires, ou d'appendice digital inséré sur le doigt auriculaire. Dans ce dernier cas, la gêne est grande et nécessite presque toujours l'opération. Quand il y a un pédicule bien net, le meilleur moyen est celui employé, en 1865, par M. Guyon, dans un cas présenté à la Société de chirurgie; il enleva l'appendice d'un coup de ciseau, après avoir préalablement appliqué une ligature sur le pédicule. Mais s'il y a articulation d'un organe bien conformé, l'opération est plus sérieuse, sans pourtant présenter des dangers réels, surtout si elle est faite de bonne heure, et dans ce cas il vaut mieux, suivant le précepte de Sédillot, opérer la section de la phalange le plus près possible de l'insertion; de la sorte, on n'a pas à craindre de trouver, ce qui pourrait arriver dans la désarticulation, une synoviale commune avec le pouce normal.

Dans l'observation n° 3, le docteur Launay opéra la section du métacarpien, près de l'articulation, en dehors de l'insertion de l'autre pouce, qui se faisait sur la continuité de cet os. Il eut soin auparavant d'établir une compression sur les deux pouces avec un petit tube de caoutchouc, dont il arrêta les deux bouts par un tube plus volumineux, à l'aide duquel il étrangla fortement la racine commune aux deux pouces. Il laissa le tout en place pendant quelques instants, et opéra après avoir enlevé le petit tube; il put de la sorte pratiquer l'ablation sans hémorrhagie aucune; la cicatrisation se fit rapidement.

Lorsque les doigts multiples sont réunis les uns aux autres plus ou moins intimement, le chirurgien peut être appelé à intervenir, cette réunion des doigts pouvant être fort gênante. Dans ce cas, de nombreux procédés peuvent être mis en usage, et tous ont un but unique: empêcher la cicatrice de réunir de nouveau les doigts séparés par l'opérateur. Le moment de l'opération est assez important à décider: il est à craindre, en effet, si l'on opère trop tôt, que, par la suite, à mesure que s'opère le développement, la difformité se reproduise. M. Verneuil est d'avis qu'on attende pour opérer que l'enfant atteigne trois ou quatre mois.

Le grand nombre de procédés imaginés par les chirurgiens pour remédier à ce vice de conformation montre combien il est difficile d'obtenir un résultat satisfaisant. Quel que soit, en effet, le manuel opératoire auquel on s'arrête de préférence à tout autre, quelque complet que paraisse le succès immédiat, il est toujours à craindre que le travail qui s'opère dans la cicatrice ne produise une difformité nouvelle; aussi le malade doit rester longtemps sous les yeux du chirurgien, qui surveillera soigneusement le résultat obtenu. L'observation n° 2 du docteur Launay montre quelles conséquences désastreuses peut amener à sa suite une opération de ce genre faite par une main inexpérimentée. Il s'agit d'une femme, qui présentait à chacune de ses deux mains un pouce double, et un doigt supplémentaire inséré sur le bord cubital de l'auriculaire. Ce doigt était rudimentaire et ne tenait que par un pédicule. Il y avait, de plus, adhérence latérale entre les doigts médius et annulaire dans toute leur longueur. Cette dernière difformité, qui n'eût produit qu'une gêne médiocre, est celle dont l'opération a produit le résultat le plus mauvais. Cette femme, qui a aujourd'hui trente-cinq ans, fut opérée à l'âge de trois ans. Ses deux mains sont le siége de difformités multiples, qui lui en rendent l'usage très-pénible. Une cicatrice vicieuse maintient le pouce dans l'abduction forcée et l'empêche d'être opposable aux autres doigts; ses mouvements sont extrêmement limités. Enfin, des brides cicatricielles vicieuses rétractent fortement les doigts indicateur, médius, annulaire et auriculaire. Les deux doigts du milieu sont maintenus par ces brides dans une flexion complète, et ne peuvent être d'aucun usage. De plus, leur adhérence latérale qui avait été détruite, s'est reformé en grande partie, et une membrane les unit l'un à l'autre dans les deux tiers de leur longueur. La difformité est certainement plus grande que ne l'était le vice de conformation congénital, et la conséquence la plus désastreuse de l'opération est d'avoir rendu à peu près impossible l'usage des deux mains chez une femme obligée de gagner sa vie par des travaux pénibles!

(*A suivre.*)

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. — Toutes ces thèses se trouvent chez M. Coccoz, libraire-éditeur, 30, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

SAINT-RAPHAËL

VIN TANNIQUE DE BAGNOLS, prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. Pasteur, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin de *quinquina naturel*, fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les deux principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.






PEPSINE BOUDAULT

SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, SUCCESSEUR DE BOUDAULT, 24, RUE DES LOMBARDS, A PARIS.

KOUMYS-EDWARD

TRÈS-PUISSANT RECONSTITUANT

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

14, rue de Provence, à Paris.

Expéditions en province.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

ANTISEPTIQUE PUISSANT ET NULLEMENT IRRITANT, CICATRISANT LES PLAIES

Adopté par les Hôpitaux de Paris et par les Hôpitaux de la Marine.

S'emploie en compresses, lotions, injections, gargarismes (*anthrax, gangrènes, ulcères scrofuleux, plaies en général, ozène, otorrhées, angines couenneuses, leucorrhées, gengivites chroniques, etc.*). — DÉPÔT : Paris, 25, rue Réaumur, et dans toutes les pharmacies.

Aménorrhée, Dysménorrhée. — L'observation médicale confirme chaque jour les propriétés véritablement spécifiques de l'APIOL des docteurs JORET et HOMOLLE comme emménagogues, et sa supériorité bien marquée sur les agents thérapeutiques de la même classe. Le succès est assuré quand l'aménorrhée ou la dysménorrhée est indépendante d'un état anatomique ou d'une lésion organique, mais se rattache à un trouble de l'innervation vaso-motrice de l'utérus et des ovaires. *Il provoque les règles, prévient les coliques, dissipe les douleurs des reins et les tranchées* qui accompagnent souvent les *Epoques*, sans qu'on ait jamais à redouter aucun accident de son emploi, même dans le cas de grossesse.

Le seul moment opportun pour administrer l'APIOL est celui qui correspond à l'époque présumée des règles ou la précède immédiatement. — Dose, une capsule matin et soir pendant six jours.

Dépôt général, pharm. BRIANT, 150, r. de Rivoli.

VIN DU DOCTEUR CLERTAN

PHOSPHATÉ RECONSTITUANT

Les effets de cette préparation sont immédiats chez les personnes d'une constitution languissante ou affaiblie par des excès de toute nature. — Son usage est recommandé aux vieillards, aux enfants, aux nourrices. — C'est le plus héroïque des moyens à opposer au diabète. — C'est aussi un puissant prophylactique de la phthisie tuberculeuse et des maladies du système osseux.

Prix de la bouteille : 3 fr. 50

Pharmacie C. COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

SIROP LAGNOUX AU VALÉRIANATE DE CAFÉINE

spécifique contre la **coqueluche**, la **chorée**, l'**asthme nerveux** et l'**hystérie**.

LE FLACON : 4 FRANCS

Pharmacie LAGNOUX

57, rue du Cherche-Midi.

CONTREXÉVILLE

(SOURCE DU PAVILLON)

CONTRE LA GRAVELLE, LA GOUTTE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

Dépôt central : 23, r. de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

EAU ANTI-HÉMORRHAGIQUE DE TISSERANT

Expérimentée avec succès par plusieurs célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu ; par MM. FRÉMY et MONOD, médecins des hôpitaux ; MM. PORTALÈS, RIÉGÉ, etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies*, etc.), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, etc. — MM. les médecins qui n'auraient pas encore expérimenté ce médicament, sont priés d'en faire prendre un flacon, qui leur sera délivré gratuitement à la pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, Paris.

CHLOROSE, ANÉMIE

PILULES ET SIROP

FAVROT

AU PYROPHOSPHATE DE FER

ET DE MANGANÈSE CITRO-AMMONIACAL

CE SEL NE CONSTIPE PAS

Il fournit les éléments principaux du sang et des os. Son action est héroïque chez les enfants débiles, les convalescents, dans le traitement de l'anémie, de la chlorose, de l'aménorrhée et de la leucorrhée. Solubilité complète. Assimilation facile, saveur agréable.

Prix : 3 fr. Pharmacie FAVROT, 102, rue de Richelieu, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

Alcaloïdes, poisons, et tous médicaments dosés SOUS FORME DE GRANULES ET DRAGÉES PRÉPARÉS PAR

GARNIER-LAMOUREUX ET CIE

Plus de 15 ans d'existence ont établi la supériorité de nos produits. *Exiger notre cachet.*

Ph. **VIÉ-GARNIER,** 213, r. St-Honoré, Paris.

VIN ET SIROP IODO-PHOSPHATÉS

DE QUINQUINA FERRUGINEUX

de **VIÉ-GARNIER.**

MALADIES DE LA PEAU

LES GRANULES

Et le Sirop d'Hydrocotyle asiatica

DE J. LÉPINE

Pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry

sont, d'après le Dr CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : **Eczéma, Psoriasis, Lichen, Prurigo, Dartres,** etc., etc.

Dépôt général à Paris : 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré, et pour la vente en gros : 99, r. d'Aboukir.

SIROP BARBARIN

au phosphate de chaux (monocalcique)

Paris, 163, r. de Belleville et pharm. **2 fr. 50**

N° 110. — MARDI 22 SEPTEMBRE 1874. 47e ANNÉE. MARDI 22 SEPTEMBRE 1874. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Bonne fortune pour l'Académie. Lundi dernier, la voix la plus autorisée s'est fait entendre sur le thème le plus intéressant et le plus délicat pour les savants : *La science devant la grammaire*, tel est le sujet que M. Chevreul, doyen des étudiants de France, avait choisi pour intéresser ses collègues.

« Toutes nos idées, dit M. Chevreul, reposent sur le principe que nous ne connaissons un *substantif propre* que par ses attributs, comprenant les propriétés, les qualités et toutes les relations de ce substantif propre avec quoi que se soit.

Ces attributs, éléments de nos connaissances, sont des *faits*, puisque ce mot a exprimé de tout temps et pour tous la *vérité*, la *réalité, ce qui existe*.

« Du moment où tout substantif propre est un ensemble d'attributs, que ces attributs sont des *faits*, et que la connaissance de ce substantif est celle de ces faits, ces *faits* étant la partie d'un tout, l'étude d'un substantif propre consiste à les étudier successivement comme autant d'*abstractions d'un même tout*. »

Cette manière de voir est tout à fait irréprochable. Mais M. Chevreul aurait pu pousser son analyse un peu plus loin et dire simplement : Le substantif propre est un signe (signe-langage), ou une étiquette sous laquelle nous plaçons toutes les notions, sensibles ou intelligentes, qui se rapportent à un même objet.

Le substantif *propre* n'est pas le seul substantif ; il en est un autre, désigné sous le nom de substantif *abstrait*, et que l'on applique aux attributs, aux propriétés, aux qualités isolés. M. Chevreul trouve cette dénomination vicieuse, et il préfère qu'on désigne ces parties d'un tout sous le nom d'*adjectif-substantif*. La dénomination, en effet, est plus précise et prévient l'amphibologie.

Ces explications étant données, M. Chevreul rappelle que sa distribution des connaissances du domaine de la philosophie naturelle a pour *premier groupe* les *sciences naturelles pures*, comprenant chacune deux parties :

« L'une *concrète :* c'est l'étude des *substantifs propres*, des individus dont chacun tombe sous nos sens et peut être soumis à l'expérience ; l'autre *abstraite :* c'est celle d'un seul ou de quelques *attributs*, étudiés chacun comparativement dans des individus qui possèdent ce même ou ces mêmes attributs.

« Exemple : la chimie et la physique constituent une même science, dont la première est la partie *concrète*, et la seconde la partie abstraite.

« La chimie étudie l'*espèce chimique*, qui, pour moi, représentée rationnellement par sa *molécule*, ne nous est sensible que dans un agrégat de molécules identiques plus ou moins nombreuses.

« La *physique* n'étudie à la fois qu'une seule propriété commune à des espèces chimiques, et jusqu'ici cette propriété n'a appartenu qu'au groupe des *propriétés physiques*. J'en ai dit il y a longtemps la raison.

« Pour les détails je renvoie au mémoire ; mais il m'importe de rappeler la différence existant entre l'*espèce chimique*, telle que je l'ai définie, et l'*espèce des zoologistes :* la première est représentée par tous les échantillons de cette espèce qui sont à l'état de pureté, tandis qu'un individu animal ne représente pas l'espèce lors même qu'il est arrivé à l'époque où il peut la reproduire. L'étude de l'espèce zoologique doit donc être bien différente de celle de l'espèce chimique. La partie *abstraite* de la zoologie comprend la classification des espèces.

« Enfin l'anatomie et la physiologie comparées sont la *partie abstraite de l'anatomie* et de la *physiologie humaines*, ou en d'autres termes d'une anatomie et d'une physiologie qui ne considéreraient que des individus sans étudier comparativement et successivement les organes de même nom dans la série des espèces, et il faut le reconnaître, c'est de cette étude comparative que ressort le *caractère scientifique* des sciences de l'organisation. »

M. Chevreul avait déjà formulé les notions qui précèdent dans son *Histoire des connaissances chimiques ;* mais il les a rappelées pour préparer le lecteur à comprendre la distinction qu'il prétend établir entre les *sciences morales et politiques* et les sciences du domaine de la *philosophie naturelle*.

« L'idée de traiter, dit-il, ce point de mes études sur le mot *fait* me fut donnée par mon excellent ami M. Antoine Passy, lorsqu'il me fit part des observations que la lecture de mon livre sur la *méthode à posteriori expérimentale* lui avait suggérées. Il me dit qu'en parlant de l'analogie des *sciences morales et politiques* avec les *sciences du domaine de la philosophie naturelle*, si je ne faisais pas moi-même la part de l'analogie et de la différence, je m'exposerais à des critiques. Ces paroles, à peine prononcées, furent comprises, et c'est dans les derniers mois du second empire que j'écrivis un ouvrage que je n'ai point encore publié. »

Pour M. Chevreul « tout objet complexe du ressort de l'esprit, au point de vue de l'*analyse psychique*, correspond au corps matériel composé du chimiste, parce que tous les deux

sont soumis à une étude identique, à savoir la séparation des parties constituant un tout; mais les résultats de l'analyse sont différents en ceci :

1° Les parties séparées par l'*analyse psychique* sont des idées simples perceptibles par l'esprit.

2° Les parties séparées par l'*analyse chimique* sont des corps simples matériels, pesants, et dès lors sensibles à nos sens, caractérisés par l'impossibilité, dans l'état actuel de la science, de réduire chacun d'eux en plusieurs espèces de matière.

« En d'autres termes, dit M. Chevreul, la différence principale des *sciences morales et politiques* est qu'elles ne comportent pas l'*expérience* telle qu'elle peut être pratiquée, eu égard à tout substantif propre qui tombe sous nos sens, par la raison qu'elles ne s'occupent essentiellement que des phénomènes que présentent des sociétés, des associations, des catégories d'hommes, en un mot, elles étudient le *substantif appellatif homme.*

— Mais ce qui importe à l'historien, au légiste, au *moraliste*, c'est d'être familiarisé avec la *méthode à posteriori expérimentale*, pour apprécier, par eux-mêmes, la valeur de *faits* recueillis par les savants qui étudient l'homme au point de vue des sciences de la philosophie naturelle, *faits* dont ils ont besoin pour leurs recherches. »

Ces conclusions nous plaisent tout particulièrement parce que, renfermant les *sciences morales et politiques* dans leur véritable objet, elles semblent réserver la *psychologie* pour l'étude physiologique de l'homme. Nous avons trop combattu pour cette opinion pour ne pas souligner la pensée de M. Chevreul sur ce point. Nous ajouterons néanmoins, avec toute la déférence due à ce grand penseur, que sa distinction ne nous paraît pas reposer sur une analyse ni suffisante ni assez précise.

M. Chevreul, en disant « que les parties séparées par l'analyse psychique sont des idées simples perceptibles par l'esprit, semble ignorer que la *pensée*, plus décomposable qu'il ne le pense en éléments simples, est constituée, à l'état élémentaire, par des *notions sensibles et intelligentes* et par des *vues de l'esprit*, objectivement représentées par les signes du langage. Ces éléments simples sont des impressions senties, actuelles ou de souvenir, ou bien des actes aboutissant à la production d'un objet impressionnant, son ou image, et capable d'affecter de nouveau le centre de perception. — C'est ainsi que l'intelligence se perçoit elle-même dans les actes qu'elle provoque. — Il y a donc autre chose que des idées simples dans l'analyse psychique, et la réduction de ce composé peut être poussée beaucoup plus loin (1).

Une autre manière de voir un peu défectueuse, à notre avis, est celle qui fait dire à M. Chevreul que les sciences morales et politiques ne comportent pas l'*expérience* telle qu'elle est pratiquée dans les sciences naturelles. Sans doute, on ne peut pas mettre les notions et les idées dans un creuset; mais le creuset que nous avons dans la tête, constitué par des notions et des idées, provenant tout aussi bien de l'expérimentation des faits que de la comparaison des idées entre elles, est un instrument d'analyse et de synthèse bien autrement puissant que le creuset des chimistes, car ce n'est plus un sens isolé s'appliquant à une recherche spéciale, mais la résultante de tous nos sens s'analysant elle-même. Cet instrument, il est vrai, est délicat, difficile à manier, et les résultats qu'il donne sont souvent variables, selon l'esprit qui le dirige; mais, en définitive, c'est lui qui provoque et qui enregistre les progrès effectués par l'esprit humain dans toutes les branches de nos connaissances. L'expérimentation psychique sera la plus réelle de toutes les expérimentations, le jour où l'on aura mieux défini qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent le nombre et la nature des éléments qui constituent la pensée humaine.

(1) Dans notre *Physiologie du système nerveux*, nous avons consacré un chapitre tout entier à l'analyse psychique sous le titre de : *Attributs psychologiques de la fonction-langage.*

Après avoir écrit son mémoire, M. Chevreul s'est demandé si, à une époque où plus d'une fois on a dit que la science moderne mène au *matérialisme*, ce n'était point un devoir, pour un homme qui a passé sa vie au milieu de ses livres et dans un laboratoire de chimie à la recherche de la vérité, de protester contre une opinion diamétralement opposée à la sienne, et tel est le motif pour lequel, en disant qu'il n'a jamais été ni *sceptique ni matérialiste*, il en expose les raisons.

« La *première opinion*, dit-il, concerne la certitude que j'ai de l'existence de la matière hors de moi-même.

« Je n'ai donc jamais été sceptique.

« La *seconde* est ma conviction de l'existence d'un être divin, créateur d'une double harmonie : l'harmonie qui régit le monde inanimé et que révèlent d'abord la science de la *mécanique céleste* et la *science des phénomènes moléculaires*, puis l'harmonie qui régit le *monde organisé vivant.*

« *Je n'ai donc jamais été matérialiste* à aucune époque de ma vie, mon esprit n'ayant pu concevoir que cette double harmonie, ainsi que la pensée humaine, ait été le produit du hasard. »

Il est impossible de dire avec plus de grandeur et en si peu de mots le mobile secret d'une longue et belle existence. C'est ainsi que, parfois, sur son déclin, et après avoir rempli le monde de ses rayons vivifiants, l'astre du jour s'entoure d'une auréole resplendissante, pleine de promesses consolantes et de futurs bienfaits.

Dr Édouard FOURNIÉ.

HOTEL-DIEU

M. B. BALL, suppléant de M. le professeur BÉHIER.

Des tumeurs cérébrales.

Leçons recueillies par H. LIOUVILLE (1).

Messieurs,

Depuis quelques jours vous avez pu voir, au n° 2 de la salle Saint-Antoine, une femme dont la physionomie étrange est bien faite pour attirer l'attention. On peut dire, en effet, sans aucune exagération que l'expression de sa figure est une grimace permanente, — une grimace qui s'aggrave chaque fois que les muscles de la face entrent en jeu; — et, pour tout dire en un mot, elle présente les caractères les plus accentués d'une *hémiplégie faciale.*

Ce serait cependant une erreur grave de s'en tenir là et de voir dans ce phénomène tout extérieur la totalité de la maladie. C'est à une lésion bien autrement profonde que nous avons affaire ici, et l'hémiplégie faciale n'est que l'un des symptômes qui viennent en révéler l'existence. Mais, pour bien apprécier l'état de la malade, il est indispensable de connaître son histoire. Permettez-moi donc de vous l'exposer en quelques mots; nous aborderons ensuite l'étude détaillée des symptômes qu'elle présente aujourd'hui, et nous chercherons enfin à en déduire un diagnostic rationnel.

Il s'agit d'une femme de quarante ans, — bien que ses cheveux grisonnants, sa figure fatiguée et l'ensemble de sa physiono-

(1) Cette leçon a été faite le 9 septembre 1873.

mie semblent accuser un âge beaucoup plus avancé ; et cependant jusqu'aux premiers jours de l'année actuelle, cette femme paraît avoir joui d'une santé régulière.

C'est dans la dernière quinzaine du mois de janvier 1873 que se sont manifestés les accidents du début ; en effet, les principaux symptômes de la maladie se sont pour ainsi dire condensés dans ce court espace de temps.

D'abord une névralgie trifaciale des plus intenses s'est manifestée du côté gauche. Presque immédiatement après s'est montrée une attaque convulsive avec perte de connaissance ; quelques jours plus tard survenait une hémiplégie faciale gauche accompagnée, dès le début, d'une *lagophthalmie* prononcée avec épiphora. Peu de jours ont suffi pour déterminer la formation d'une taie sur la cornée. Un dernier phénomène venait enfin accentuer la signification des symptômes précédents; je veux parler d'une surdité complète du côté gauche.

La réunion de ces troubles divers, les uns portant sur la sensibilité, les autres sur la motilité, devait déjà suggérer à l'observateur l'idée d'une lésion intracrânienne, comprimant simultanément, sur une partie de leur trajet, les nerfs trijumeaux, facial et auditif — la cinquième, la septième et la huitième paires; en d'autres termes, il s'agissait d'une *tumeur cérébrale*.

Deux mois plus tard, ce diagnostic, s'il avait été porté, aurait reçu une confirmation éclatante ; en effet, une *paralysie de la motilité* dans le bras et la jambe *droite*, avec douleurs dans les membres affectés, se manifestait en même temps qu'une amaurose de l'œil droit. Jusqu'à ce moment le côté gauche paraissait seul être frappé; maintenant le côté droit entre en scène à son tour. C'est là, messieurs, le phénomène connu sous le nom de *paralysie alterne*, et qui présente un vif intérêt au point de vue des lésions intracrâniennes comme nous le verrons plus loin.

Je terminerai rapidement ce court exposé en vous disant que l'aggravation de tous les symptômes, et surtout de ces phénomènes convulsifs avec perte de connaissance qui sont, à n'en pas douter, des *accès épileptiformes*, a décidé la malade à se faire transporter à l'hôpital. Elle y est arrivée sur un brancard, ne pouvant pas marcher, le 18 août 1873. Aussitôt après son entrée, bien qu'elle repoussât tout antécédent spécifique, nous lui avons prescrit le sirop de Gibert, et sous l'influence de ce traitement elle a présenté presque aussitôt une amélioration notable.

Voyons maintenant dans quel état elle se trouve actuellement (9 septembre 1873).

Bien qu'elle porte des traces visibles des souffrances qu'elle a traversées, bien qu'elle présente un certain degré d'amaigrissement, on ne peut pas dire que cette femme soit tombée dans la cachexie qui accompagne quelquefois les lésions de ce genre; et cependant elle nous montre des troubles trophiques des plus accentués, et d'autant plus intéressants qu'ils sont nettement localisés, et manifestement placés sous la dépendance de la cinquième paire.

Nous avons déjà dit qu'elle présentait un degré prononcé de *lagophthalmie*, c'est-à-dire d'ouverture des paupières avec impossibilité de les rapprocher. Elle a, en même temps, une *taie récente* sur la cornée. Faut-il y voir la conséquence de l'inocclusion des paupières ou s'agit-il d'une véritable lésion trophique? Nous serions portés à incliner vers cette dernière opinion; mais il existe d'autres lésions dont la nature ne semble pas douteuse : depuis peu de temps les cheveux ont blanchi, surtout du côté gauche, conséquence depuis longtemps signalée (sinon bien expliquée) des douleurs névralgiques; enfin elle a perdu huit dents, toutes du côté gauche.

Passons maintenant aux *troubles de la sensibilité*.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est un mélange bizarre d'anesthésie et de névralgie : à côté de douleurs très-vives, il existe une perte des fonctions physiologiques du nerf. — C'est là, vous le verrez plus tard, un signe presque certain de la compression du tronc nerveux. Nous constatons sans peine une anesthésie relative de toute la moitié gauche de la face : la joue gauche, le côté gauche du nez, la moitié gauche de la langue sont presque complétement insensibles; par contre, d'intenses douleurs se montrent du même côté sur tout le trajet du nerf maxillaire supérieur, du nerf naso-lobaire, et plus spécialement encore le long de la branche interne du nerf sus-orbitaire : le point d'émergence de ce nerf sur le rebord supérieur de l'orbite est le siége d'une douleur excessivement vive qui s'exaspère au dernier degré par la pression.

Dans la nuque et aux membres il existe aussi des irradiations douloureuses qui présentent très-nettement des exacerbations nocturnes.

Tous ces phénomènes se sont amendés depuis l'emploi du sirop de Gibert.

Les sens spéciaux présentent aussi de nombreuses altérations : du côté droit, amaurose complète ; à gauche, la vue est bien conservée, mais seulement au-dessus de la taie qui siége sur la cornée ; enfin il existe une diplopie qui s'explique par un léger degré de paralysie de la quatrième paire.

A gauche, surdité absolue : la malade entend assez bien du côté droit ; à gauche, elle perçoit difficilement les odeurs; l'odorat est conservé à droite; à gauche, il existe une anesthésie prononcée de la langue avec affaiblissement notable du pouvoir gustatif, qui est conservé du côté opposé.

Passons maintenant à l'étude des *troubles de la motilité*. On constate, à gauche, une hémiplégie faciale absolue; le front, ridé à droite, est lisse comme une bille d'ivoire du côté gauche, et toute la figure est entraînée comme par un mouvement d'ensemble du côté droit.

Il existe, à gauche, une immobilité complète de l'aile du nez; la langue est déviée, et sa pointe s'incline à gauche.

Aucun trouble de la déglutition, mais paralysie partielle de la branche masticatrice de la cinquième paire. Le mouvement de latéralité des mâchoires se fait bien de droite à gauche sous l'influence des muscles ptérygoïdiens droits. Il ne s'opère pas de gauche à droite par suite de la paralysie des ptérygoïdiens du côté opposé.

Quant au mouvement d'élévation de la mâchoire, il s'opère sans difficulté, grâce au masséter et au temporal du côté sain.

Nous avons déjà signalé l'affaiblissement du bras et de la jambe droites. A l'époque de l'entrée, ces deux membres étaient complétement paralysés; aujourd'hui, sous l'influence du traitement, la malade en a recouvré partiellement l'usage; elle marche *en fauchant* et se sert assez habilement du bras droit.

Le pouvoir électrotonique est bien conservé dans tous les muscles affaiblis ou paralysés : les muscles de l'œil ont tous conservé leurs fonctions, sauf le grand oblique du côté gauche qui est légèrement atteint.

Au début, il existait une incontinence des urines, qui a disparu maintenant.

Accidents convulsifs. — Les accès épileptiformes étaient très-fréquents au début de la maladie ; il s'en produisait deux ou trois par jour. Il n'y avait pas d'aura ; souvent aussi il n'y avait point de perte de connaissance ; ce phénomène se produisait cependant quelquefois.

Les convulsions prédominaient notablement du côté droit ;

elles duraient pendant un espace de cinq à dix minutes, et amenaient un peu d'écume à la bouche.

Après l'accès, la malade éprouvait une grande fatigue, sans tomber dans l'état d'abrutissement qui succède si souvent aux troubles épileptiques.

Ces accidents ont cessé complétement depuis que la malade est en traitement : la dernière attaque a eu lieu le 18 août.

L'intelligence est parfaitement conservée, mais la mémoire est un peu affaiblie. « Les douleurs, dit-elle, m'ont fait oublier bien des choses. »

Messieurs, j'ai rapidement esquissé la physionomie de cette malade à grands traits, en glissant sur une foule de détails sur lesquels je compte revenir au cours de la discussion.

Mais dès à présent, en tenant compte des phénomènes que je viens d'énumérer, il me paraît impossible de douter de l'existence d'une tumeur intracrânienne qui, selon toute apparence, doit comprimer les origines de nerfs trijumeaux, facial, auditif et hypoglosse du côté gauche, et peut-être aussi celles du nerf optique.

Cette tumeur serait donc assez voisine des centres respiratoires pour inspirer de très-sérieuses inquiétudes.

Mais ce diagnostic une fois porté, pour préciser plus exactement le siége et la nature de la lésion, il faut entamer une discussion qui comporte une connaissance très-exacte de la symptomatologie des tumeurs cérébrales.

Permettez-moi donc d'aborder ce sujet ; peut-être me sera-t-il donné, sinon de vous apprendre des faits nouveaux, du moins de vous ouvrir des horizons plus étendus et de modifier sur quelques points les idées que vous avez puisées jusqu'à présent dans la lecture des ouvrages classiques.

(*A suivre.*)

DE LA BALANITE

DE LA BALANO-POSTHITE PARASITAIRE ET DU PHIMOSIS SYMPTOMATIQUES DU DIABÈTE (1)

par M. DE BEAUVAIS.

Conclusions diagnostiques. — La balano-posthite parasitaire et le phimosis sont directement sous la dépendance de la glycosurie. Ces lésions peuvent se montrer aux diverses périodes du diabète, début, état, terminaison. Elles révèlent ordinairement une glycosurie permanente, un diabète confirmé. Elles coïncident généralement avec la présence dans les urines d'une dose assez considérable de sucre.

Elles sont quelquefois *les seuls signes de maladie dont les malades se plaignent au médecin.* Cela arrive souvent chez les diabétiques gras, grands mangeurs et bons buveurs, bien portants en apparence. Elles coexistent fréquemment avec le ramollissement des gencives, la carie dentaire, l'haleine fétide, *sui generis*, signalée par Desmarres, quelquefois avec le muguet buccal et même avec l'angine gangréneuse.

La frigidité, l'impuissance, les pertes séminales, précèdent, accompagnent ou suivent ces symptômes.

La balano-posthite parasitaire et le phimosis diabétique peuvent être les prodromes de furoncles, d'anthrax, d'érysipèle gangréneux. Elles peuvent survivre à la suppression totale du sucre dans les urines. Elles indiquent toujours une notable altération du sang ou glycémie.

ÉTIOLOGIE. — *Causes prédisposantes.* — Au premier rang, il faut placer une conformation vicieuse, originelle, le phimosis congénital. Nous citerons ensuite la longueur naturelle du prépuce chez certains sujets, allongement qui résulte, chez les vieillards, de l'atrophie des corps caverneux et de la rétraction de la verge. Cette rétraction s'observe aussi chez les gens obèses et chez les malades atteints de spermatorrhée.

Chez les enfants, la longueur du prépuce forme quelquefois un infundibulum au-devant de la verge, par lequel l'urination se fait péniblement. Un ancien auteur, Pharamond, en 1829, prétend avoir observé la glycosurie chez des nouveau-nés. Les balano-posthites et les vulvites qu'on remarque parfois peu de temps après la naissance, n'auraient-elles pas la même origine ? C'est un point à étudier. Notons en passant que le docteur Bérenger-Féraud a constaté la vulvite et la balanite diabétiques chez les singes.

Causes efficientes. — Nous avons expliqué plus haut la pathogénie et le mécanisme de la balano-posthite ainsi que du phimosis liés essentiellement à la glycosurie. Nous n'y reviendrons pas.

Dans un fait cité par M. Daumas, médecin à Vichy, la contagion semblerait avoir été causée par le coït avec une femme diabétique atteinte d'érythème vulvaire. C'est un point à élucider.

Pronostic. — Le pronostic de cette affection spéciale est corrélatif au diabète, à sa forme, à l'état du malade, aux complications locales du phimosis, ulcérations, œdème phlegmoneux, indurations plastiques et sclérème local. On doit donc être très-réservé sur les conséquences, les terminaisons de ces accidents diabétiques, qui ont été quelquefois mortelles.

Leur durée, dans certains cas, a été courte ; ils ont cédé alors promptement au traitement méthodique général. Ils ont quelquefois récidivé avec la réapparition du diabète. Ils ont persisté, mais rarement, malgré la suppression complète du sucre dans les urines.

Le traitement chirurgical seul, dans d'autres cas, a pu triompher des altérations survenues dans les tissus du prépuce.

Nature. — La balano-posthite et le phimosis diabétiques sont le résultat d'une inflammation spéciale, d'origine parasitaire, analogue au muguet buccal, et liée essentiellement à la glycosurie.

Traitement. — Le traitement général est celui du diabète, suppression des féculents, alcalins, arsenic, toniques, régime azoté.

Le traitement local consiste en injections alcalines, sous-préputiales, en injections phéniquées au 200e, en grands bains alcalins alternés avec les bains sulfureux.

Le traitement chirurgical *ne peut et ne doit être appliqué, ceci est capital, qu'après un examen chimique très-complet des urines, qu'après un traitement général, rationnel, suivi pendant un temps suffisant pour avoir mis le diabétique dans des conditions favorables à l'opération, traitement que l'on doit continuer avec les soins chirurgicaux et après la guérison du phimosis.*

Grâce à ces soins préliminaires, MM. Bouchut et Demarquay ont pu pratiquer chacun avec succès la circoncision chez des diabétiques et obtenir une guérison rapide. Quant à nous, grâce au traitement antidiabétique institué quatre jours seulement après la circoncision, une fois le diagnostic tardivement établi, nous avons réussi à conjurer des complications de gangrène, qui menaçaient l'existence de notre malade.

Historique. — Au lieu d'un historique froid et banal, permettez-moi, messieurs, d'être l'interprète fidèle à la fois de mon ignorance dans toute sa naïveté et de ma modeste découverte dans toute sa spontanéité. Que d'enseignements précieux dans une erreur, dans une faute de diagnostic ! Je soignais depuis plusieurs années un sexagénaire, grand et fort, vieux garçon, dont la vie avait été large et facile, gros mangeur et bon buveur. C'était un diabétique gras, d'un tempérament sanguin, à peau fine et perspirable. Quoique opéré, jeune encore, de l'ablation d'un testicule, il avait usé des femmes. Sujet l'hiver aux bronchites, à des douleurs rhumatoïdes, sous l'influence d'un régime fantaisiste, le diabète augmenta tout à coup, des accidents cérébraux, subits, congestifs, suivis de coma passager, de subdélirium, de lourdeur de tête et d'hémiplégie légère survinrent, puis, en dernier lieu, une vésanie caractérisée par des idées d'avarice. La proportion de sucre dans les urines était considérable, 97 *grammes par litre.* Ce malade était affecté déjà, depuis un certain temps, d'un phimosis qui me semblait *accidentel.*

(1) Fin. — Voir le numéro du 19 septembre.

Ce phimosis était rebelle à tout traitement, à des injections détersives, astringentes de diverse nature, occasionnait des démangeaisons insupportables et gênait la miction. La verge est peu développée, le gland est d'un rouge foncé, luisant; un suintement lactescent, venant du sillon glando-préputial, d'odeur fétide, se fait assez difficilement par l'orifice du prépuce fort rétréci, contracté, relevé spasmodiquement, collé en quelque sorte sur le gland, dont on aperçoit avec peine le méat.

Ce diabétique succomba, en 1869, à une pneumonie ataxo-adynamique, qui avait été précédée d'inappétence complète et de suppression totale du sucre dans les urines. Je voyais souvent ce malade, il se plaignait toujours de la persistance de son phimosis, et, je l'avoue sincèrement, je passai à côté du fait sans le comprendre, sans me douter un seul instant de sa connexion intime avec le diabète.

Je fus appelé, la même année, à donner mes soins à un de mes parents, âgé de trente-quatre ans, habitant Fontainebleau. Il vint à Paris me consulter tout spécialement pour un phimosis considérable, un œdème du prépuce, fissures profondes sur le limbe, une balano-posthite très-intense, caractérisée par une rougeur vive, une sensibilité notable du gland, qui est recouvert d'une sécrétion caséiforme, abondante et fétide. L'urination est pénible, difficile, se fait sous forme de jet d'arrosoir. L'impossibilité du coït et l'impuissance existent depuis quelque temps. Je l'adressai à mon excellent maître M. le professeur Richet, qui conseilla l'opération comme nécessaire et seule capable de guérir cette affection préputiale, diagnostiquée par lui sous le nom de *phimosis congénital*. L'opération fut donc décidée. Sur la demande des parents qui voulaient savoir si elle présentait des dangers réels pour leur fils unique, je répondis, sans hésiter. Non, aucun. Hélas! l'expérience clinique devait me causer de vives inquiétudes et me fournir, par compensation, l'occasion d'une étude aussi intéressante que sérieuse, aux points de vue étiologique, diagnostique, pronostique et thérapeutique. L'opération fut pratiquée à la maison Saint-Jean de Dieu, par M. Richet, suivant le procédé ordinaire. Les deux premiers jours, rien d'insolite. Le troisième jour, une hémorrhagie abondante a lieu au niveau du frein, et les caillots s'accumulent dans la cavité préputiale. Le cinquième jour, un gonflement érysipélateux se manifeste sur les bords de la plaie et sur les bourses. Une rougeur livide apparut sur ces parties. Un phlegmon gangréneux est imminent. Vivement alarmé, je questionne le frère veilleur sur les habitudes et les actes du malade depuis l'opération. Il m'annonce qu'il boit énormément, se plaint d'une soif ardente, d'une sécheresse continuelle de la gorge, et qu'il urine très-abondamment.

A ces derniers mots, je me rappelle subitement que ce jeune homme avait été autrefois polyurique, qu'il était affecté d'obésité de très-bonne heure, et qu'il avait à cet égard consulté Trousseau, dont il avait suivi les prescriptions. J'envoie sur-le-champ chercher de la liqueur de Fehling, et, à ma grande frayeur, je constatai un diabète très-prononcé. Le lendemain, je fais part de mes angoisses à M. le professeur Richet.

Le pouls est fréquent, la fièvre intense, le malade est oppressé; il avale difficilement. Nous auscultons, nous trouvons des râles sous-crépitants fins à la base du poumon gauche et un bruit de souffle manifeste au premier temps du cœur, à la pointe; les amygdales, les piliers du voile du palais présentent des exsudations grisâtres, le commencement d'une angine gangréneuse. Nous ne pouvons plus douter, nous sommes sous la menace d'une gangrène, qui tend à se généraliser, compromettant les bourses, la verge, la muqueuse de l'arrière-gorge.

Malgré la fièvre et toutes ces complications morbides, un traitement antidiabétique est institué. Eau de Vichy comme boisson, du vin de Bordeaux, de l'eau-de-vie, du quinquina, des aliments réparateurs. Nous touchons énergiquement la gorge avec un collutoire alumineux chargé de jus de citron. Le chlorate de potasse est donné en potion à fortes doses. Des abcès se forment dans les bourses, des escarres se détachent. On établit un drainage et on prescrit des injections vineuses. La plaie du prépuce se sphacèle, surtout au niveau du frein. Des anthrax se développent aux cuisses et sur les fesses. Malgré tous ces accidents formidables, à force de soins, nous triomphons, la fièvre tombe, la gangrène s'arrête, les plaies se cicatrisent promptement. Le malade est sauvé... Je respire! Le danger est passé. Je réfléchis alors à tous les incidents de ce drame pathologique; je ne puis voir là un fait purement accidentel. Il doit y avoir relation de cause à effet.

Ce fut une révélation. Je me rappelle l'ouvrage remarquable sur les accidents gangréneux diabétiques du regretté Marchal de Calvi. Je m'empresse de le lire. Je trouve le fait de coïncidence noté en passant, mais pas une seule observation sérieuse, suivie d'appréciation séméiologique, pas d'affirmation au point de vue du diagnostic et du pronostic. Je questionne mes confrères, la généralité ne connaît rien à ce sujet. M. le professeur Gubler, dont la rigueur scientifique égale la saine érudition, peut seul m'éclairer complétement sur ce point inconnu, et qui plus est, me procure l'immense avantage de voir dans son service, à l'hôpital Beaujon, un des faits les plus intéressants de balano-posthite parasitaire et de phimosis diabétiques compliqués de gangrène spontanée du scrotum, et suivis de guérison. Son savant interne M. le docteur Landvieux, a bien voulu me donner l'observation complète. Je vais, en 1869, à Vichy, dans le but d'étudier cette question nouvelle. J'interroge les médecins des eaux, si compétents en pareille matière: deux seulement sont en mesure de me communiquer quelques détails sur deux malades, les docteurs Pupier et Daumas. L'habile Durand-Fardel, sur 344 cas de diabète, qui font la base de sa belle monographie, n'a pas eu l'occasion d'observer une seule fois le phimosis diabétique.

Je rencontre à Vichy mon excellent confrère le docteur Bouchut, qui me fournit une observation très-concluante de phimosis et de balano-posthite diabétiques, suivis d'opération et de guérison.

Je dois à mon affectionné collègue le docteur Reliquet l'histoire d'un fait analogue avec diagnostic précis et refus motivé d'opérer le malade.

M. le docteur Clerc m'a cité en quelques mots des cas de phimosis reconnus par lui, dès l'année 1863, comme liés au diabète. Les autres spécialistes Ricord, Cullerier, Rollet, Fournier, n'en parlent d'aucune façon.

C'est à Samuel Bardsley, chirurgien de l'hôpital de Manchester, que revient l'honneur d'avoir signalé le premier, dès 1807, *le phimosis dans le diabète sucré, et de l'avoir nettement rattaché à une longueur exceptionnelle du prépuce, qui maintient toujours le gland couvert*. Son *Traité du diabète mellitus* est un petit chef-d'œuvre d'observation médicale. Il mentionne également l'existence d'une affection particulière des gencives chez les diabétiques, ainsi que l'impuissance, la spermatorrhée. Déjà Rollo, en 1799, avait observé des irritations de la membrane muqueuse du gland. On trouve dans la *Clinique de Naumann*, en 1829, l'indication d'enflures du prépuce et de phimosis dans le diabète. Mais en France, c'est à M. le professeur Gubler qu'on doit, dès 1857, l'explication de la pathogénie de ces affections, explication qu'il développe, en 1864, à l'article *Acescence*, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

En 1864, le professeur Friedreich, de Heidelberg, publie, dans les *Archives de Virchow*, une note sur *les champignons que l'on observe toujours chez les diabétiques, soit sur la muqueuse du gland, soit sur les bourses, soit sur la vulve*.

En 1867, le professeur Jaccoud, dans ses leçons cliniques, et en 1869, dans son article *Diabète*, du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, rappelle les idées de Friedrich, indique la pathogénie du phimosis diabétique. En 1869, on trouve dans la *Gazette des Hôpitaux* une observation fort intéressante prise dans le service de M. le docteur Demarquay.

Voici les indications bibliographiques principales; quant aux faits particuliers, je ne doute pas qu'ils deviennent bientôt aussi nombreux qu'ils étaient restés rares jusqu'à ce jour. Du moment où la connexité intime, immédiate de la balano-posthite parasitaire et du phimosis avec le diabète aura été publiquement signalée, affirmée et prouvée, comme je l'espère, par cette étude purement clinique, l'attention du médecin consulté à ce sujet sera mise maintenant en éveil. Le diagnostic deviendra prompt, facile, usuel; la prudence et la réserve du chirurgien, auquel on réclamera l'opération, seront sollicitées d'une manière toute particulière dans ces cas de complications diabé-

tiques, que Landouzy, cet éminent praticien, caractérisait du nom de *noli me tangere*.

Qu'il me soit permis, messieurs, en terminant, de rappeler ici les noms de mes excellents confrères MM. Gubler, Jaccoud, Charcot, Demarquay, Landrieux, Bordier, Bouchut, Clerc, Reliquet, Daumas, Pupier, Boucomont, et celui du professeur Friedreich, dont je possède une lettre précieuse; qu'il me soit permis de les remercier publiquement de leurs communications intéressantes, et de leur offrir, avec l'expression de ma profonde gratitude, la dédicace de ce travail, que j'ai l'honneur de présenter à la Société de médecine de Paris, à l'appui de ma candidature au titre de membre titulaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 mai 1874. — Présidence de M. PETER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° *Mémoires et bulletins de la Société de médecine de Bordeaux* (1er et 2e fascicules, 1873).

2° Un chapitre de chirurgie conservatrice : *Nouvel appareil pour le traitement des fractures compliquées et d'autres lésions graves du membre inférieur*, par M. Schener (de Spa).

3° *Considérations sur le climat d'Enghien*, par M. Gillebert-d'Hercourt père (*Gazette des Eaux*, nos 805, 806).

RAPPORT

M. RELIQUET lit un rapport sur la candidature de M. de Beauvais, dont voici les conclusions :

1° De publier son très-intéressant travail dans les bulletins de la société. (Voir plus haut.)

2° D'inscrire M. de Beauvais sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

Le vote aura lieu dans la prochaine séance.

LECTURE

M. CHARPENTIER lit un mémoire intitulé : *Sur une forme particulière d'asphyxie locale*. (Commission : MM. Abadie, Reliquet et Duroziez, rapporteur).

DISCUSSION

M. GILLEBERT D'HERCOURT. Je demanderai à ajouter quelques mots au travail sur le climat d'Enghien, que je viens de déposer sur le bureau :

On croit généralement qu'Enghien est situé dans une vallée. C'est une erreur; il est dans une plaine, et je m'appuie sur l'opinion de Cuvier et de Brongniart. On croit aussi, à cause de la présence du lac, qu'Enghien est humide; c'est encore là une erreur. La plaine d'Enghien a une superficie trop considérable pour que l'évaporation du lac soit nuisible aux habitants. Autrefois, l'abaissement du niveau des eaux, en été, pouvait engendrer des fièvres intermittentes; aujourd'hui, cette cause d'insalubrité n'existe plus, depuis que le lac a été encaissé. La scrofule, le rachitisme, les fièvres intermittentes, la fièvre typhoïde et les affections croupales y sont très-rares; aussi la mortalité est-elle peu élevée, et le nombre des vieillards est-il relativement assez considérable.

M. BLONDEAU croit qu'il faut distinguer les diverses parties d'Enghien. Certains endroits sont très-humides, le côté de Saint-Gratien, par exemple.

M. GILLEBERT D'HERCOURT père. M. Blondeau a raison pour Saint-Gratien, dont le sol est plat et composé d'anciens marécages desséchés. Mais à Enghien les conditions ne sont plus les mêmes.

M. CHARRIER. Il est possible qu'il n'y ait pas d'impaludisme à Enghien; mais dans toute la vallée de l'Oise, qui s'étend de Saint-Gratien à Ermont et Montlignon, les fièvres intermittentes sont nombreuses, et la population elle-même n'est pas belle.

M. GILLEBERT-D'HERCOURT père. Dans toutes les parties que vient de citer M. Charrier, et surtout dans le point culminant de la vallée de Montmorency, il y a beaucoup de bois, qui sont probablement la cause de l'humidité qu'on y observe.

M. PETER. Il est bon de combattre le préjugé qui ferait rejeter Enghien parce qu'il serait situé dans une vallée humide et marécageuse. Enghien n'est pas passible des reproches qu'on lui a faits; mais si seulement les parties avoisinantes sont humides, comme les malades sont appelés à y aller constamment, on comprend que cela pourrait jeter du discrédit sur Enghien même. Il serait donc bon de bien établir quels sont les endroits humides et ceux, au contraire, où les malades peuvent se rendre impunément.

M. GILLEBERT D'HERCOURT père répond qu'en effet la partie d'Enghien qui touche Soisy et Saint-Gratien est humide, mais n'est pas habitée. Un détail important, c'est que, dans le lac d'Enghien, on ne trouve pas de plantes marécageuses.

M. CHARRIER exprime le désir que, dans une prochaine séance, M. Gillebert d'Hercourt établisse les différences qui existent entre les eaux d'Enghien et celles des Pyrénées, sous le double rapport de la température et de la sulfuration.

M. DUROZIEZ cite l'observation d'une dame qui, toutes les fois qu'elle se rendait à Saint-Prix, près d'Enghien, était prise d'accès d'asthme, et il se demande si l'on ne pourrait pas admettre que les accès d'asthme soient sous la dépendance d'un élément intermittent.

M. BLONDEAU répond qu'il est bien difficile, quand il s'agit d'asthme, de dire qu'elle peut être l'influence des climats, et rappelle des observations analogues à celle de M. Duroziez, rapportées dans les leçons cliniques de Trousseau.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel : Dr LOLLIOT.

Séance du 13 juin 1874. — Présidence de M. GALLARD, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Peter s'excusant de ne pouvoir assister à la séance;

2° Le catalogue de la bibliothèque du bureau du médecin en chef de l'armée américaine pendant la guerre de la sécession 1861-1865. 3 volumes.

COMMUNICATION

M. CAUDMONT. En venant communiquer, il y a quelques mois, au sein de la société une opération de lithotritie périnéale pendant le cours de laquelle le bouton du dilatateur s'était cassé dans la rainure du cathéter, je n'ai eu que l'intention de donner simplement connaissance d'un fait, d'un accident, et non point d'attaquer ni de critiquer la méthode de M. Dolbeau. Si j'avais désiré porter la discussion sur ce sujet devant notre société, il aurait fallu m'y préparer en quelque sorte de longue haleine, c'est-à-dire rechercher, analyser tous les faits qui me sont connus, arriver en un mot avec un bagage suffisant qui puisse me permettre de discuter les avantages de cette méthode et ses inconvénients. Je n'avais nullement voulu, je le répète, attaquer cette opération, et, d'autre part, j'avais cru faire cette relation en termes courtois qui me paraissaient eux-mêmes inattaquables : aussi ai-je été quelque peu étonné de voir la manière dont M. Dolbeau avait pris une communication de la nature de celles qu'on a toujours le droit de faire, il me semble, entre collègues même, et surtout quand elle a trait à un cas qui n'a point été favorable.

En cette circonstance, du reste, le corps du délit était une adjonction nouvelle faite par M. Trélat à l'instrument dilatateur. Je m'explique : on sait en effet que tel qu'il a été imaginé par M. Dol-

beau, ce dilatateur se termine par des pointes mousses qui se rapprochent les unes des autres quand il est fermé. M. Trélat, inquiet de ces pointes et des accidents auxquels elles peuvent exposer dans le cours de l'opération, a imaginé de terminer l'instrument par une sorte de stylet boutonné, dont la confection a été confiée aux soins de M. Colin. Or ce dernier, s'en rapportant moins au chirurgien qu'à lui-même, a fait à sa guise et a modifié comme bon lui semblait le bouton en question : il en résulte que le bouton de M. Trélat est devenu celui de M. Colin, et que, s'il s'est cassé, la faute doit en être attribuée à une mauvaise fabrication dans laquelle on n'avait pas suivi rigoureusement les indications premières fournies par M. Trélat.

M. RELIQUET pense qu'il faut plutôt attribuer cet accident à ce que la rainure du cathéter était mauvaise. Dans les cathéters faits d'une façon irréprochable, la cannelure doit toujours se terminer par des bords bien nets : or, sur celui dont M. Caudmont s'est servi, il n'en était pas ainsi. En pareil cas alors, les bords se retournant, le bouton a tendance à se déplacer et ne peut être attiré avec facilité. C'est ce qui arrive aussi parfois pendant l'opération de la taille, quand on veut retirer le cathéter pour laisser agir le lithotome seul.

M. CAUDMONT. La disposition vicieuse du cathéter consistait en ce qu'au lieu d'avoir le même diamètre dans toute la longueur de la tige, il allait en se rétrécissant à mesure qu'on se rapprochait de son extrémité vésicale. Le bouton du dilatateur a commencé à voyager librement dans la cannelure, puis, à un moment, il s'y est trouvé emboîté et s'est cassé.

M. RELIQUET fait observer que d'une façon ou de l'autre le cathéter doit être impliqué dans l'accident en question.

M. CAUDMONT. Je crois que c'est principalement sur le bouton terminal que l'on doit rejeter toute la faute. Je l'avais d'abord essayé sur la table avant l'opération, et tout marchait à souhait; mais quand il s'est agi de l'employer sur la malade dont la prostate était assez volumineuse, il en a été autrement. M. Trélat me l'a répété lui-même, le bouton imaginé par lui, n'est point du tout l'analogue de celui qui a été construit par M. Colin : ce dernier instrument, tel qu'il est, est nuisible, car il ne remplit pas les indications données par l'auteur : au lieu de protéger les parties molles contre les pointes de l'extrémité du dilatateur, il les expose à être blessées parce qu'écartant ces points il les rend bien plus dangereuses. Au contraire, le bouton de M. Trélat est disposé en forme de cupule ouverte en haut, dans l'intérieur de laquelle viennent s'engager les pointes qui ne peuvent alors érailler le canal.

La discussion est close sur cet incident.

Les communications de MM. Leudet et Gillebert d'Hercourt père, sont renvoyées, sur leur demande, à la prochaine séance.

M. LUNIER fait hommage à la société de son travail sur l'*Influence des grandes commotions politiques et sociales sur le développement des maladies mentales.*

LECTURE

M. DUROZIEZ lit un rapport sur la candidature de M. Eug. Charpentier. Les conclusions sont les suivantes :

1° De renvoyer le mémoire de M. Charpentier au comité de publication;

2° De l'inscrire sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

M. GALLARD prie M. Guibout de le remplacer au fauteuil de la présidence.

ÉLECTION

M. DE BEAUVAIS est nommé membre titulaire de la société.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : Dr GILLETTE.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

289. Démasure. Essai sur la cataracte traumatique.
290. Mora. Etude clinique sur quelques complications de la pleurésie.
291. Chailloux. Quelques considérations sur les fractures du larynx consécutives à la strangulation et à la pendaison.
292. Louis. De l'hypertrophie de la prostate, ses dangers dans la lithotritie.
293. Symoneaux. Considérations sur l'érythème papuleux.
294. Vadi. De la mort rapide par thrombose cardiaque dans le rhumatisme articulaire aigu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de Toulouse. — Par arrêté du 29 août, M. le ministre de l'instruction publique a décidé qu'un concours s'ouvrira le 7 mars 1875 à Toulouse, pour un emploi de suppléant d'anatomie et de physiologie.

— *Lycée de Douai.* — M. le docteur Watelle est nommé chirurgien du lycée de Douai, en remplacement de M. le docteur Gelez, démissionnaire.

— *État sanitaire de la ville de Paris.* — Population (recensement de 1872), 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 18 septembre 1874, on a constaté 720 décès, savoir :

Variole, » ; rougeole, 9 ; scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 19 ; érysipèle, 8 ; bronchite aiguë, 22 ; pneumonie, 37 ; dysentérie, 2 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 14 ; choléra nostras, 2 ; angine couenneuse, 2 ; croup, 10 ; affections puerpérales, 11 ; autres affections aiguës, 211 ; affections chroniques, 313, dont 148 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 46 ; causes accidentelles, 13.

— Les journaux allemands nous apprennent qu'un jeune Japonais, fils d'un médecin du mikado, âgé de vingt-sept ans, et qui avait déjà fait le service de médecin au Japon pendant une guerre, vient d'être promu, en Allemagne, au grade de docteur en médecine, après avoir passé ses examens avec beaucoup de succès.

Suivant la coutume, il a adressé sa demande d'admission en latin, et le doyen de la faculté où l'élève avait étudié pendant neuf semestres, lui a répondu dans la même langue, disant : « Susum Sato, tu as fais un long chemin ; tu es devenu un des nôtres, et tu as obtenu le grade de docteur. Mais auparavant il est nécessaire que tu prêtes serment. » Ce que le candidat a fait sur-le-champ, mais en omettant le paragraphe final, qui ne s'accorde pas avec sa religion. Auparavant, il avait défendu sa thèse, intitulée : Des différents genres de dysentérie chez les enfants, et quatre propositions médicales, en se servant de la langue allemande.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL
de la *Gazette* un fonds de [illegible] travaux pratiques [illegible] prix d'ab[illegible] acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur encouragements aux auteurs des meilleurs et un autre de 7,000 fr. pour compléter le [illegible]ts qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les membres de l'Académie étaient un peu plus nombreux que dans les précédentes séances, son bureau était au complet. Mais son ordre du jour n'en a pas été beaucoup plus riche. N'était l'habile dentiste M. Delalain, qui a occupé la tribune une demi-heure durant, pour exposer le mécanisme d'un ingénieux appareil prothétique qu'il a imaginé pour remédier à une horrible mutilation de la face, nous avons vu le moment où, faute d'inscriptions à l'ordre du jour, l'Académie allait se séparer après la communication d'une maigre correspondance. Nos lecteurs connaissent déjà l'histoire du mutilé dont M. Delalain a entretenu l'Académie, elle a été rapportée tout entière dans l'un des numéros de décembre de l'année 1872. On trouvera dans le compte rendu d'aujourd'hui la description de l'appareil prothétique qui dissimule aussi bien que possible la mutilation. Mais la plus habile prothèse ne rendra pas à ce malheureux ses yeux!...

L'homme illustre que la France vient de perdre a donné sa dernière pensée aux morts nombreux que fait la guerre. Combien sont plus dignes de pitié ceux qu'elle laisse vivants en un pareil état!

Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU

M. B. BALL, suppléant de M. le professeur BÉHIER.

Des tumeurs cérébrales.

Leçons recueillies par H. LIOUVILLE (1).

Messieurs, le caractère prédominant de la symptomatologie des tumeurs cérébrales, c'est l'anarchie. Non-seulement des lésions minimes peuvent donner naissance aux symptômes les plus formidables, non-seulement les lésions les plus énormes peuvent ne donner lieu qu'à des symptômes presque effacés, mais encore et surtout, il peut y avoir en pareil cas absence complète de tout phénomène pathologique. J'ai eu tout récemment l'occasion d'observer, à l'hôpital Lariboisière, un malade chez lequel on avait porté le diagnostic : *Alcoolisme*, diagnostic d'ailleurs parfaitement justifié par les habitudes du sujet. Mais, à l'autopsie, nous trouvâmes six tumeurs dans le voisinage immédiat des corps striés; l'une d'elles offrait le volume d'une grosse noix. Aucun symptôme n'en avait révélé la présence.

Les ouvrages classiques renferment un grand nombre de cas de ce genre. Permettez-moi seulement de vous en citer deux, qui me paraissent assez remarquables. Abercrombie rapporte l'histoire d'une jeune fille qui, depuis longtemps, éprouvait des vertiges et présentait des vomissements, un peu de contracture dans les membres et une amaurose de l'œil gauche.

Ces infirmités ne l'empêchaient pas de vivre de la vie ordinaire. Elle mourut presque subitement au sortir d'un bal. A l'autopsie, on trouva un ramollissement presque complet de tout l'hémisphère gauche. La substance cérébrale, réduite en une pulpe diffluente, était emprisonnée comme dans un kyste, par une couche mince de substance corticale.

On ne saurait prétendre que cette énorme lésion soit restée absolument latente, car la malade offrait des symptômes dignes d'attention; mais, à coup sûr, ce n'étaient point là les signes qu'on s'attendrait à rencontrer en pareil cas, d'après les idées qui ont si longtemps prévalu en pathologie cérébrale. Il existait, chez cette femme, une séparation complète entre la couche corticale et les tractus sensitivo-moteurs; et cependant elle pensait, elle parlait, elle sentait et conservait l'usage de ses membres.

Comment expliquer cette contradiction apparente?

Permettez-moi de vous citer un cas encore plus remarquable et dont l'authenticité ne saurait être révoquée en doute; il a été observé par l'un de nos maîtres les plus éminents, M. le professeur Richet.

Un garçon boulanger, âgé de vingt et un ans, souffrait d'une otite chronique.

Depuis quelque temps, il éprouvait de la céphalalgie, et l'aggravation de ce phénomène le décida à se présenter à l'hôpital, où il mourut subitement peu de jours après son entrée. A l'autopsie, on trouva deux à trois cents grammes de pus dans l'hémisphère droit.

Ainsi, chez le malade d'Abercrombie, il existait une suppression complète de l'hémisphère gauche; et chez le malade de M. Richet, il existait une suppression complète de l'hémisphère droit; et cependant, chez l'un et l'autre de ces deux sujets, les facultés intellectuelles étaient parfaitement conservées, et les fonctions sensitives et motrices n'avaient subi que de très-légères atteintes. Il est vrai que l'un et l'autre sont

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 septembre.

morts subitement. Sans doute, à un moment donné, la tolérance du cerveau cesse tout à coup, et la vie s'arrête.

Des faits non moins extraordinaires ont été rapportés au sujet des corps étrangers qui peuvent, dans certains cas, se loger dans l'encéphale. Th. Simon, à l'autopsie d'un phthisique, qui n'avait jamais offert de symptômes cérébraux, découvrit, près de la suture frontale, un *clou* d'une longueur de 4 centimètres et demi, qui s'était logé dans une cavité creusée dans le lobe frontal. La dure-mère était perforée, la pie-mère calcifiée.

Les cas dont il s'agit, et qui sont loin d'être exceptionnels, démontrent jusqu'à l'évidence qu'on ne saurait appliquer à la pathologie cérébrale les notions de l'ancienne physiologie, qui concluait de la suppression de l'organe à la suppression de la fonction.

Il ne faut point oublier, en effet, que l'encéphale est un organe double, composé de deux moitiés symétriques, qui peuvent, selon toute apparence, se suppléer réciproquement, dans une certaine mesure. C'est ainsi que l'intelligence et les mouvements peuvent rester intacts dans certains cas d'atrophie congénitale d'une moitié du cerveau. Il est évident que la jeune femme citée par Abercrombie et le jeune homme de M. Richet ne pensaient, ne sentaient et n'agissaient qu'avec un seul hémisphère.

Mais il est un autre point que je tiens à discuter avant d'aller plus loin.

Les phénomènes, soit paralytiques, soit convulsifs, qui sont au nombre des manifestations les plus communes des lésions cérébrales, appartiennent à coup sûr, dans un grand nombre de cas, aux actions réflexes, ou à distance; et quand une lésion intercrânienne détermine des accidents soit paralytiques, soit convulsifs, elle agit souvent par une excitation portée au loin. M. Brown-Sequard, qui insiste avec raison sur cet ordre d'idées, rappelle l'exemple des hémiplégies pneumoniques signalées par MM. Charcot et Lépine. Si des lésions pulmonaires peuvent agir sur l'encéphale, pour déterminer une abolition partielle de ses fonctions sensitivo-motrices, il n'est pas étonnant qu'une lésion située à l'intérieur du crâne puisse amener des accidents analogues sur un point éloigné de la masse cérébrale.

Une tumeur, occupant l'un des lobes antérieurs, provoque le vomissement. Est-il absolument nécessaire, pour expliquer cet accident, de la mettre en rapport direct avec les origines du pneumo-gastrique?

Au reste, chez notre malade, il existe probablement une lésion de la protubérance et du bulbe, et cependant nous avons constaté une paralysie du nerf olfactif : exemple frappant des actions morbides à distance.

Toutefois, nous ne voulons point contester le rôle des actions directes ou paralysantes; il se montre surtout dans les lésions des nerfs crâniens. Un nerf comprimé se trouve, en effet, paralysé; aussi, en pareil cas, le diagnostic du siége de la lésion peut-il se faire avec une certaine précision. C'est ce qui arrive chez notre malade. Cependant même en pareil cas, tous les symptômes ne peuvent pas toujours s'expliquer par la section et la compression de certains troncs nerveux, et l'on est encore obligé de faire souvent ici la part des actions réflexes.

Il faut enfin se rappeler que bien des faits tendent à démontrer que les fonctions des deux moitiés de l'encéphale ne sont pas absolument identiques.

Sans aborder une discussion qui reste encore ouverte, nous rappellerons ici que l'hémisphère gauche a été considéré par d'éminents observateurs, et en particulier par M. Brown-Sequard comme le siége principal de l'intelligence, de la parole, de la sensibilité et des mouvements volontaires, tandis que l'hémisphère droit présiderait surtout à la vie de nutrition.

D'après cette théorie, l'enfant, au début de la vie, prend l'habitude de parler et d'agir avec le côté gauche du cerveau, comme il s'habitue à se servir de la main droite. Toutefois il apprendra sans beaucoup de peine à se servir de l'hémisphère droit, comme au besoin il apprendrait à écrire de la main gauche, s'il survenait un accident qui prive l'hémisphère gauche de ses facultés.

Mais, chez un adulte, les choses ne se passent pas ainsi : les habitudes sont prises; chacune des moitiés de l'organe a ses fonctions déterminées, et lorsque vous en supprimez une, c'est avec la plus grande difficulté que l'autre moitié parvient à la remplacer.

Je suis loin, messieurs, d'accepter cette théorie dans toute son étendue; mais il est incontestable qu'elle ouvre le chemin à des vues entièrement nouvelles; et ce que je veux d'ailleurs surtout vous démontrer, c'est l'insuffisance absolue de l'ancienne physiologie en ce qui touche aux fonctions encéphaliques.

D'ailleurs la pathologie ne doit pas jouer ici un rôle subalterne, car le plus clair de notre avoir en physiologie cérébrale vient de l'observation clinique, et non des vivisections.

Il faut donc éloigner les idées préconçues et s'appuyer résolûment sur les faits que nous révèle l'examen des malades; l'état actuel de nos connaissances ne nous laisse point d'autre alternative.

Ne nous plaignons pas trop, messieurs, car sur cette base solide nous parviendrons, comme vous allez le voir, à établir le diagnostic souvent très-précis des tumeurs cérébrales. Nous parviendrons même quelquefois à en reconnaître le siége et la nature. (*A suivre.*)

CLINIQUE DE LA VILLE

Paralysie des troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième paires crâniennes du côté droit chez une adulte. — Tumeur de la base du crâne, très-probablement de nature syphilitique. — Impuissance du traitement spécifique. — Mort.

Par M. le docteur Brière (du Havre), ancien chef de clinique du docteur Sichel.

Antoinette G..., âgée de vingt-quatre ans, domestique dans un petit village du centre de la France, paraît douée d'une intelligence légèrement au-dessous de la moyenne ; aussi serait-on tenté de supposer qu'elle est incapable de tromper sur les antécédents de son affection.

Sa santé a été excellente jusqu'à l'âge de vingt et un ans; réglée à quinze ans, elle n'a eu, nous dit-elle, ni accouchement, ni fausse-couche, ni rapport sexuel.

Il y a trois ans, elle fut atteinte d'une *rougeole* qui ne l'obligea pas à se mettre au lit et qui disparut après une quinzaine de jours.

Une année se passa sans autres phénomènes bien saillants. Puis cette femme souffrit de maux de tête violents qui duraient pendant quatre jours en moyenne et revenaient trois ou quatre fois en un mois.

Quelque temps après leur apparition, elle remarqua, en mangeant un fruit un peu vert, que la moitié droite du voile du palais était douloureuse à la pression. En passant le doigt sur ce point, elle sentit dans la partie moyenne de la voûte palatine une légère saillie; celle-ci augmenta peu à peu, mais lentement. La malade ne s'en préoccupa point autrement et ne suivit aucune médication. Mais, il y a neuf mois, de nouveaux symptômes apparurent. De jour en jour sa figure s'engourdissait. La parole devenait moins nette, la pronon-

ciation et les mouvements de la langue étant plus difficiles. Les maux de tête revenaient toujours de temps à autre, parfois très-violents, et étaient accompagnés de la chute des cheveux. De plus, la malade était moins active, continuellement assoupie. Un sommeil irrésistible s'emparait d'elle dès qu'elle voulait travailler, si bien qu'elle aurait dormi très-paisiblement pendant deux jours et deux nuits sans se réveiller.

On la décida alors à aller à Paris pour prendre l'avis des médecins. C'est alors que nous l'examinâmes à la clinique du docteur Sichel, où elle resta plusieurs mois.

État actuel.—L'attention est tout de suite attirée sur la physionomie vraiment singulière de cette malade. La paupière supérieure est le siége d'un ptosis très-prononcé. En la soulevant on découvre un œil terne dont l'épithélium cornéen est exfolié, et dont les mouvements sont extrêmement limités *dans toutes les directions*. Il existe en outre des symptômes très-évidents de paralysie faciale partout sur la moitié droite.

Ces signes les plus manifestes, et qui sautent aux yeux, nous engagent à faire l'examen détaillé des fonctions des différentes paires nerveuses du côté droit, et nous constatons :

1° Que la première et la deuxième paire crâniennes ne sont pas atteintes. La malade sent et voit très-bien du côté droit. Sans le trouble de l'épithélium de la cornée et une légère ulcération qui siége à son centre, la vision serait aussi bonne du côté droit que du côté gauche.

2° La *troisième paire* est paralysée. Ptosis de la paupière supérieure ; restriction énorme des mouvements du globe en haut et en bas et abolition complète des mêmes mouvements en dedans; légère dilatation de la pupille. Les images croisées, le vertige et l'attitude de la tête caractérisant la paralysie de la troisième paire font ici défaut, les autres nerfs moteurs de l'œil étant également paralysés.

3° La *quatrième paire* est aussi paralysée. Il y a impossibilité absolue du regard en bas et en dehors pour l'œil droit. Quant à la diplopie dans la moitié inférieure du champ visuel et aux autres symptômes fonctionnels de la paralysie du grand oblique, images superposées et inclinées, nous ne pouvons les constater, car ils se trouvent annihilés par les mêmes symptômes de la paralysie des autres nerfs.

4° La paralysie de la *cinquième paire* est également de toute évidence chez notre malade. Anesthésie de la cornée ; le doigt peut être promené sur cette membrane sans provoquer de la douleur. Au centre est une ulcération superficielle irrégulière et qui ne dépasse pas l'épithélium. Injection notable de la conjonctive bulbaire. Celle-ci a été en augmentant depuis quatre mois. Absence de larmoiement. Quand la malade pleure, elle ne pleure que de l'œil gauche. L'œil droit est manifestement plus sec que le gauche. Anesthésie de la région sous-orbitaire, de la joue, des gencives supérieures et des dents. Anesthésie de la région temporale, de la muqueuse bucco-palatine, des gencives et des dents inférieures, de la lèvre inférieure et du menton. Donc les trois rameaux du trijumeau, ophthalmique, maxillaire supérieur et maxillaire inférieur, sont paralysés.

5° La *sixième paire* est également paralysée. Abolition des mouvements du globe en dehors. Les images homonymes sont constatées.

6° La *septième paire* n'est pas à l'abri du mal. Toute la moitié droite de la face manque d'expression. Effacement des plis normaux ou provoqués par les mouvements volontaires tels que l'action de souffler, de rire, etc. La joue est pendante, la commissure labiale droite plus basse; tous les traits sont déviés du côté sain.

7° La *huitième paire* ne paraît pas être en cause, la malade entendant aussi bien d'une oreille que de l'autre.

Étiologie. — La cause de cette paralysie de plusieurs paires crâniennes ne peut résider à la périphérie de ces nerfs; elle doit être centrale, c'est-à-dire siéger dans la boîte crânienne sur le trajet des nerfs atteints. La tumeur observée sur la voûte palatine peut-elle avoir une relation de cause à effet avec ces paralysies? Aucune. Car entre cette tumeur et le trajet des nerfs paralysés, il y a toute la hauteur des fosses nasales. Or celles-ci, examinées au rhinoscope, sont reconnues saines. Mais on peut supposer qu'il existe à la base du crâne sur le trajet des paires nerveuses intéressées, c'est-à-dire aux environs du sinus caverneux ou vers le sommet du rocher, du côté droit, une tumeur analogue à celle de la voûte palatine.

Si nous réfléchissons aux antécédents présentés par cette malade, à *la rougeole* qu'elle a eue à l'âge de *vingt et un ans*, et qui ne l'a pas forcée à s'aliter, aux maux de tête opiniâtres qui ont apparu une année après, à la chute des cheveux, ces symptômes : éruption cutanée, céphalées, alopécie, peuvent faire supposer que cette femme est syphilitique, et que nous avons affaire à une tumeur de la base du crâne. La tumeur de la voûte palatine présente du reste assez bien les caractères d'une gomme. Absence d'adénite sous-occipitale et inguinale. La surface cutanée est saine. L'examen des organes génitaux permet de constater l'existence d'une leucorrhée assez abondante et, à l'orifice de la vulve, quelques érosions légères, mais qui n'offrent nullement le caractère des plaques muqueuses. La membrane hymen existe.

En admettant une syphilis, quelle a été, pour celle-ci, la porte d'entrée? La malade n'a eu aucun bouton aux lèvres ni ailleurs. Quoi qu'il en soit de ce doute, on lui administre 1 gramme d'iodure de potassium par jour, puis du sirop de Gibert, et l'on emploie les courants continus sur l'œil. Sous leur influence, les troubles trophiques signalés du côté de la cornée parurent diminuer, l'ulcération se combla, et l'épithélium vint en tapisser la surface. Mais l'amélioration ne fut que momentanée. Pendant quatre mois la malade resta soumise au traitement mixte du mercure et de l'iodure sans grand avantage, et, fatiguée de son séjour à Paris, elle retourna dans son village.

Là les différents symptômes que nous avons décrits augmentèrent peu à peu, et quatre mois après la malade nous écrivait : « Vous me demandez si je vais mieux. Au contraire, plutôt en augmentant qu'en diminuant. Mon œil ne s'ouvre plus, je ne peux rien faire. Je vous dirai que je suis paralysée de tout en tout. »

L'observation de cette paralysie multiple avait excité notre curiosité; aussi avons-nous tenu à suivre cette malade et à savoir, un an après, ce qu'elle était devenue.

Le 30 mai 1873, le médecin de son pays nous adressa les renseignements suivants. La malade avait été plus franche avec lui qu'envers nous, et il avait pu diagnostiquer une syphilis, plutôt d'après les commémoratifs que par les signes objectifs. Une tentative de coït avait suffi pour lui communiquer le virus syphilitique.

Quatre mois après avoir quitté Paris, la malade fatiguée du sirop de Gibert et de l'iodure de potassium dont elle faisait usage depuis huit mois, sans aucune amélioration, cessa tout traitement, et elle mourut quelque temps après, le 16 octobre 1873, presque subitement et présentant tous les signes d'une paralysie complète de la sensibilité et du mouvement.

Pendant les quinze derniers jours qui ont précédé sa mort, la malade se nourrissait encore, mais la marche était devenue impossible et la parole très-gênée. La tumeur de la voûte palatine offrait le volume d'une noix. M. le docteur Dupuis, à l'obligeance duquel je dois ces renseignements, n'a pu faire l'autopsie.

OBSERVATIONS D'ANÉVRYSMES (1)

Par M. le professeur Verneuil.

J'ai traité, dans ces derniers temps, sept anévrysmes siégeant en différentes régions, et pour lesquels j'ai mis en usage presque toutes les grandes méthodes usitées de nos jours. Bien que cette affection ait été tout récemment encore l'objet de travaux importants, qui en ont singulièrement éclairé la nosographie, il m'a paru d'un certain intérêt de publier cette série, ne fût-ce que pour discuter la partie litigieuse encore, c'est-à-dire la thérapeutique.

Certes, sous ce rapport, la pratique moderne a fait de grands progrès et changé remarquablement le pronostic de la cure ; les méthodes non sanglantes fournissent aujourd'hui des succès nombreux et rapides, qui ont fait oublier presque complétement les opérations brillantes mises en usage par nos pères, de sorte qu'il est de notre devoir

(1) Lu à la Société de chirurgie, séances des 29 juillet et 5 août 1874.

de les employer tout d'abord, et que nous rougirions presque de recourir d'emblée à l'instrument tranchant.

Cependant il faut bien reconnaître que les méthodes de douceur échouent assez souvent encore, et que la ligature, malgré les reproches sérieux dont elle est passible, reste la ressource ultime en certains cas. Je crois fermement qu'on a été trop loin dans sa proscription, et qu'il est tels anévrysmes qui ne comportent guère d'autres agents curatifs. J'en trouve la preuve dans la petite collection des faits présents. La ligature, en effet, m'a donné une guérison inespérée dans un cas fort grave; deux autres fois, au contraire, je n'ai point osé y avoir recours, et j'ai perdu des malades qu'elle eût probablement sauvés.

J'estime, en un mot, le moment venu de revoir attentivement la question thérapeutique, d'établir à l'avance les indications et contre-indications de chaque méthode ou procédé, de faire, en particulier pour la compression ou la ligature, ce qu'on a fait pour la lithotritie et la taille; de montrer, enfin, que la chirurgie la plus conservatrice ne consiste pas toujours à employer les moyens réputés les plus innocents, mais bien plutôt de proportionner l'énergie des agents à l'intensité du mal.

Les observations que vous allez entendre sont un peu longues peut-être; cependant j'ai rapidement glissé sur les symptômes, qui toujours ont été classiques; sur le diagnostic, qui n'a jamais été difficile, et sur l'étiologie, qui n'a rien présenté d'insolite, sauf en un cas. En revanche, j'ai étudié soigneusement la marche dans deux faits où elle prit les allures les plus graves.

Enfin, les plus prolixes de mes observations sont celles qui se sont terminées par la mort; ces revers, au nombre de deux, m'ont certainement plus instruit que les succès, et peut-être jugerez-vous qu'ils constituent la partie la plus intéressante de mon modeste travail; en tout cas, ils vous montreront combien je respecte notre belle et utile devise : *La vérité dans l'art.*

Obs. I. — *Anévrysme poplité du côté droit. — Flexion intermittente longtemps continuée. — Guérison.*

Je passerai rapidement sur les détails de ce fait qui ne présenta rien de saillant, si ce n'est la lenteur de la cure et la persévérance du malade.

T..., quarante-deux ans, marchand de vin, d'une constitution athlétique, entra à l'hôpital Lariboisière au mois d'août 1871, pour un anévrysme du jarret droit. La tumeur, du volume d'un gros œuf de poule, offrait tous les signes ordinaires d'un anévrysme spontané. Elle avait paru quelques semaines auparavant sans cause connue, était peu douloureuse, et n'amenait qu'une gêne assez marquée dans la station verticale. Ayant constaté que la flexion amenait facilement la cessation des battements, j'adoptai cette méthode d'autant plus volontiers que le grand développement du système musculaire et de la couche graisseuse sous-cutanée eût rendu la compression digitale assez laborieuse. Cependant la flexion elle-même fut d'abord difficilement tolérée; elle amenait, au bout d'une demi-heure à peine, un engourdissement tel, dans la jambe et le pied, que force était de la suspendre. Peu à peu le malade, très-désireux de guérir, arriva néanmoins à faire, par jour, trois ou quatre séances d'une heure. Pendant une quinzaine de jours, le résultat fut presque nul, et je pus craindre un insuccès complet. Cependant l'amélioration finit par se manifester. Le sac durcit et diminua quelque peu; à la sixième semaine, il n'y avait presque plus ni battements, ni souffle. Le sac était ferme, à peine réductible; mais alors la flexion, que le volume considérable des muscles de la région postérieure de la jambe et de la cuisse ne permettait pas de porter à ses dernières limites, devint impuissante. Je remarquai alors, non sans quelque surprise, que l'extension complète rendait au contraire l'anévrysme complétement silencieux; en conséquence, je conçus l'espoir de terminer la cure en maintenant cette attitude pendant un temps suffisant. C'est pourquoi j'appliquai un appareil inamovible très-méthodiquement placé, et qui, par l'intermédiaire d'une couche de ouate assez épaisse, exerçait une compression directe régulière et assez forte. Je permis au malade, qui souffrait beaucoup du séjour prolongé au lit, de se lever et de marcher un peu avec des béquilles.

L'appareil resta à peu près vingt jours en place; lorsque je l'enlevai, j'eus le désappointement de constater que les battements avaient plutôt augmenté que diminué, et que l'extension même forcée ne les faisait plus disparaître. Je voulais revenir à la flexion, qui se montrait de nouveau efficace; mais le malade, très-découragé, me demanda en grâce d'aller passer quelques jours chez lui pour mettre ordre à ses affaires, me promettant de revenir bientôt reprendre sa cure. Je cédai, quoique à regret, à son désir; à la vérité, le danger ne paraissait pas imminent, car, en résumé, on avait obtenu un changement très-favorable. Il sortit donc le 18 novembre 1871, ayant passé un peu plus de trois mois à l'hôpital.

Je l'avais complétement perdu de vue, lorsque je le rencontrai par hasard dans les premiers jours de février 1874. Il m'annonça que, depuis bien longtemps, la guérison était complète. Elle avait été obtenue de la manière suivante : quelques jours après sa rentrée chez lui, ayant repris courage, il s'était décidé à recommencer son traitement; il fit, dans la même journée, onze heures de flexion par séances d'une demi-heure, séparées seulement par un repos de deux ou trois minutes; les souffrances furent assez vives, mais enfin les battements cessèrent. Pour tout accident, on perçut un cordon dur sur le trajet de la saphène interne. Le malade partit alors pour la campagne, et de temps à autre, pendant une dizaine de jours, il fit encore, par prudence, quelques séances de flexion. De retour à Paris, après un repos relatif de trois mois, il reprit, sans incident nouveau, son rude travail.

Je l'examinai en présence ds mes élèves, le 18 février. La palpation attentive du creux poplité ne laisse percevoir aucune tumeur; le membre a repris toute l'étendue de ses mouvements, mais toutefois reste un peu plus faible que l'autre. Les battements de la pédieuse ne sont pas perceptibles; ceux de la tibiale postérieure sont faibles; il y a des varices des deux côtés.

Il ressort de cette observation que, si la flexion avait été faite au début avec plus de persévérance et d'énergie, la cure eût été beaucoup moins longue; je dois faire remarquer également l'efficacité, au moins temporaire, de l'extension, fait que je n'avais point encore observé; cette attitude, comme on l'a vu, ne m'a pas rendu grand service dans le cas actuel, mais je n'oubliai point son action, et je l'employai de nouveau dans le cas suivant, où elle me paraît avoir pris sa part dans la guérison.

Sur un membre sain, l'extension forcée de la jambe n'arrête pas les battements dans l'artère pédieuse. En cas d'anévrysme, elle n'agit même que si le sac présente déjà une consistance assez marquée. Il est donc probable que la cessation des battements dans ce dernier cas est due à la compression qu'il exerce sur l'artère au-dessus de la perforation vasculaire.

Obs. II. — *Anévrysme spontané de l'artère poplitée droite. — Insuccès de la flexion employée seule. — Guérison lente par la compression digitale, la compression mécanique, la flexion et l'extension.*

L..., trente-neuf ans, douanier, bonne constitution, ancien militaire, atteint de fièvres intermittentes en Italie et au Mexique, rhumatisme articulaire aigu en 1866; cœur normal, artères légèrement athéromateuses; aucun antécédent scrofuleux ni syphilitique. Point d'alcoolisme.

Au commencement d'octobre 1873, L... ressent dans le genou droit de la gêne et un peu de roideur; puis de la douleur s'irradiant dans les régions postérieure et externe de la jambe jusqu'au pied. En novembre, fourmillements, pesanteur, élancements assez vifs et enfin œdème de l'extrémité inférieure du membre. Dans les premiers jours de décembre, le malade, percevant dans le jarret droit une petite tumeur qui progresse rapidement, se décide à entrer à l'hôpital le 10.

Nous reconnaissons un anévrysme avec tous les signes classiques. La tumeur mesure 7 centimètres et demi de haut en bas sur 4 centimètres de largeur. Nous nous assurons que la flexion forcée de la jambe arrête immédiatement les battements; c'est pourquoi nous adoptons cette méthode et nous donnons au malade les

instructions nécessaires pour qu'il la mette lui-même en pratique. La flexion était efficace, mais ne pouvait être longtemps continuée sans provoquer de douleurs assez intenses. Aussi dut-on se contenter de séances de dix minutes, qui, pendant les premiers jours, furent répétées cinq ou six fois.

Du 16 au 28 décembre, la durée peut être portée à vingt minutes et les séances renouvelées dix ou douze fois dans les vingt-quatre heures.

Dans les premiers jours de janvier, l'attitude était conservée sans peine une demi-heure de suite.

A l'intérieur, on prescrivit la digitale, et le chloral pendant la nuit, quand les douleurs étaient vives.

Vingt-deux jours de ce traitement n'amenèrent aucun résultat. La tumeur paraissait plutôt avoir augmenté de volume.

La santé générale n'était pas plus satisfaisante. Depuis plusieurs jours, le malade accusait du malaise, de l'anorexie; il vomissait son repas du soir, ou était pris de congestions intenses du visage et d'une éruption érythémateuse autour des principales articulations. Il y eut souvent la nuit de véritables accès de fièvre intermittente; ces symptômes me firent suspendre le traitement local.

Nous prescrivîmes les boissons alcalines, les bains, les purgatifs salins et aussi le sulfate de quinine, qui fut administré trois jours de suite à la dose de 1 gramme. Ce traitement amena une amélioration suffisante pour qu'on reprît, le 14 janvier, la cure de l'anévrysme.

Nous tentâmes d'abord la compression inguinale avec un sac de cuir rempli de plomb de chasse du poids de 9 livres. Le malade s'en servait fort bien et fit, dès le premier jour, six heures de compression. Le 17, la tumeur avait déjà diminué et durci d'une manière notable. Mais l'amélioration ne se continuant pas, malgré des séances beaucoup plus longues, on fit, le 2 et le 3 février, la compression digitale continue à raison de onze heures par jour. Un nouveau progrès fut constaté, car la tumeur ne mesurait plus alors que 4 centimètres de longueur sur 3 de largeur. Pour reposer les aides et le patient, on reprit la compression avec le sac de plomb, qui était facilement supportée. Sur ces entrefaites, on remarqua que l'extension du membre suffisait pour suspendre complétement les battements de l'anévrysme dès qu'on y joignait une pression même très-faible sur la rotule. Sans doute, le sac anévrysmal, actuellement fort dur, comprimait directement l'artère. Toujours est-il qu'à partir du 7 février, le malade employa alternativement ce dernier procédé, la compression inguinale avec le sac de plomb, et la flexion forcée qui était redevenue efficace. En général, la séance se composait de la manière suivante : extension forcée, dix minutes; compression, vingt-cinq minutes; flexion, quinze à vingt minutes.

Le 11 février, quatre jours après le commencement de cette combinaison, battements, souffle et expansion, tout avait disparu. Par prudence néanmoins, le patient se soumit encore, quoique plus modérément, aux divers modes précités; mais avant la fin du mois, il pouvait être considéré comme entièrement guéri. Il sortit de l'hôpital le 2 mars.

A cette époque, l'anévrysme se présentait sous forme d'une tumeur très-dure, indolente, et du volume d'une petite noix.

L... fut revu en avril, mai et juin. La guérison s'est confirmée. La santé générale s'est rétablie, meilleure même qu'elle ne l'avait été depuis bien longtemps. Le sac est à peine perceptible. La marche seule est restée quelque temps incertaine, ce membre n'ayant repris que très-lentement sa vigueur primitive. L... est resté en fonctions, il occupe cependant un poste un peu moins fatigant.

Cette observation est intéressante parce qu'à l'exception des deux séances de compression digitale, la cure a été conduite d'un bout à l'autre par le patient lui-même. Il est bon de faire remarquer que l'amélioration ne s'est pas produite tant qu'ont duré les symptômes dyspeptiques et fébriles. Cette influence fâcheuse des troubles généraux sur la marche de l'anévrysme se montrera bien plus évidente encore dans une des observations suivantes.

On peut encore conclure de ce fait qu'il y a utilité à associer parfois plusieurs méthodes thérapeutiques.

Obs. III. — *Plaie de la radiale à la partie moyenne de l'avant-bras. — Anévrysme consécutif. — Compression sur l'humérale et la radiale pendant douze heures. — Guérison.*

M. Emile, vingt-sept ans, charcutier, entre à la Pitié, salle Saint-Louis, n° 53, le 10 juin 1874.

Il y a une vingtaine de jours, cet homme s'est donné involontairement un coup de couteau à la face antérieure de l'avant-bras gauche, vers sa partie moyenne. La plaie, transversale, large d'un centimètre environ, fournit aussitôt un jet de sang rouge que le blessé arrête par l'application du doigt. Quelques instants après un pharmacien applique un bandage compressif. Quelques heures plus tard un médecin examina la plaie, constata l'arrêt de l'hémorrhagie et réappliqua simplement l'appareil. Depuis, l'hémorrhagie ne se produisit plus, mais pendant quelques jours les trois premiers doigts de la main furent engourdis.

Peu à peu, à partir du huitième jour, il se forma au niveau de la cicatrice à peine achevée, une tumeur animée de battements et qui augmenta progressivement.

A l'entrée on découvre sur le trajet de l'artère radiale une tumeur acuminée, du volume d'une grosse noisette, au sommet de laquelle se trouve une croûte noirâtre, linéaire, transversale, d'un centimètre environ, vestige de la plaie. Cette tumeur est dure, peu douloureuse, à peine réductible à la pression; on y constate un souffle simple, intense et rude, des battements isochrones à la systole ventriculaire, le tout cessant par la compression, soit de l'humérale, soit de la radiale immédiatement au-dessus du sac.

Le pouls radial se perçoit au poignet, à peine affaibli; il est supprimé par la compression de l'humérale, mais non par celle de la radiale à la partie supérieure; il est donc évident que la cubitale verse du sang dans le bout inférieur de la radiale. Aussi je m'étonne que ce sang ne revienne point dans le sac de ce côté. Mais, comme, d'autre part, les battements artériels ne sont point perceptibles immédiatement au-dessous du sac, il est probable qu'en ce point le vaisseau afférent est plus ou moins complétement oblitéré.

On porte le diagnostic d'anévrysme consécutif, du reste bien circonscrit. On n'avait que le choix des moyens. C'est pourquoi on essaya d'abord le plus simple. Un tourniquet fut placé au tiers supérieur de l'avant-bras, à dix heures du matin. On permit au malade de le desserrer de temps en temps quand la pression deviendrait douloureuse. La compression fut maintenue ainsi jusqu'à une heure de l'après midi, avec trois suspensions de quelques minutes chacune.

Le lendemain matin on reconnut déjà une diminution de tous les phénomènes; la compression mécanique fut reprise à dix heures et continuée jusqu'à deux heures; on recommanda au malade de comprimer lui-même son artère humérale au pli du coude lorsque le garrot serait desserré. Une troisième séance, commencée à cinq heures, dura jusqu'à neuf heures. A ce moment les battements étaient à peine perceptibles. Le malade, avant de s'endormir, donna au garrot un degré de constriction assez faible pour être facilement supportable et garda de la sorte l'appareil en place toute la nuit.

Le lendemain matin, au réveil, tous les symptômes avaient disparu. Le sac était uniformément dur, l'avant-bras présentait seulement un léger œdème autour de la tumeur.

La guérison ne s'est point démentie. L'anévrysme a diminué lentement; à la fin du mois de juin, il n'en restait pour ainsi dire aucune trace.

En résumé, il a suffi, pour achever la cure, de douze heures environ de compression intermittente, réparties en moins de quarante-huit heures. Aucune charge ne fut imposée ni au chirurgien ni à ses aides, qui n'eurent qu'à donner au patient les instructions nécessaires. Je ne puis m'empêcher de déplorer la pratique si répandue qui consiste à traiter les plaies artérielles par la compression, alors qu'il serait si simple de faire, au moment de l'accident, la ligature des deux bouts dans la plaie. Cette petite opération, si facile, si efficace, est encore négligée par un trop grand nombre de praticiens. Aussi les chirurgiens proprement dits ont-ils trop souvent l'occasion d'avoir à intervenir plus tard dans des conditions beaucoup moins favorables. Il me serait facile d'en fournir des exemples assez nombreux tirés de ma pratique personnelle. *(A suivre.)*

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 septembre 1874. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Bouteilhier, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Rouen, sur le choléra des gallinacés observé dans cet arrondissement pendant l'année 1873 ;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de l'Oise pendant 1873 (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Loisel relative au traitement du bégaiement et de tous les vices de prononciation (commission déjà nommée);

2° L'exposé des titres de M. le docteur Burdel (de Vierzon), candidat à la place de correspondant.

PRÉSENTATIONS

M. Larrey présente diverses brochures.

M. Chatin présente une brochure ayant pour titre : *les Eaux dans l'arrondissement de Saint-Dié*, par M. Henry Hardy, pharmacien de première classe.

COMMUNICATION

M. Delalain présente à l'Académie un mutilé de la guerre dont il l'a déjà entretenue dans une précédente communication. Il s'agit de l'ancien artilleur J. M. (de Landrecies), blessé le 3 janvier 1871, à Bapaume, par un éclat d'obus qui lui a enlevé le nez et les deux yeux. (Voir pour l'histoire pathologique de ce blessé le numéro du 31 décembre 1872 de la *Gazette des Hôpitaux*.) Le but de cette nouvelle communication est de montrer l'appareil prothétique que M. Delalain a imaginé pour remédier en partie à cette mutilation. C'est une sorte de masque métallique ou de figure artificielle, dont la partie interne est ainsi composée :

A l'angle des yeux postiches, en émail coulé sur des coques de platine, et qui ont été placés baissés, deux ventilateurs en forme de cornets, prenant l'air par en haut, empêchent que l'air du dehors, attiré par l'inspiration, se charge, en passant dans le faux-nez, des miasmes de la blessure.

Au milieu de la partie faisant face à l'arrière-gorge, une éponge mobile, placée dans une griffe, est destinée à recevoir, dans les temps de brouillard, l'humidité en excès qui se trouve dans l'air (le mutilé habite le Nord).

Un tamis en forme de raquette, posé au-dessus de l'ouverture des fausses narines, arrête les poussières de l'air extérieur attirées par l'inspiration.

Une gouttière garnissant la partie circulaire inférieure de la figure artificielle aboutit au lobule du nez postiche, qui est perforé à son extrémité de plusieurs petits trous permettant à l'eau fournie par la vapeur de l'expiration de s'écouler au dehors sans atteindre les parties saines de la peau, sur laquelle reposent les bords latéraux de la figure artificielle.

Enfin, en raison de la faiblesse de la voûte palatine, cette dernière est protégée par une pièce dentaire qui la double et forme, sur sa concavité, un véritable blindage, latéral en même temps aux dents naturelles supérieures restantes, et établissant de cette façon un rapport exact avec celles du maxillaire inférieur.

Ainsi se trouvent favorisés le broyement et la gustation des aliments, dont la mastication, auparavant, était incomplète, en raison de la mobilité résultant de l'attrition des apophyses montantes des deux maxillaires supérieurs.

Après cette communication, la séance est levée avant quatre heures, faute d'autres inscriptions.

VARIÉTÉS

L'ophthalmologie en Espagne

Par le docteur Georges Camuset.

Il est de notoriété générale que les maladies des yeux sont très-fréquentes dans les pays chauds, spécialement dans ceux où l'éclat du soleil se joint à l'action des poussières sablonneuses soulevées par le vent sur un sol desséché. L'Égypte, à ce point de vue, passe pour tenir le premier rang; l'ophthalmie granuleuse y est endémique, et l'on sait que, presque inconnue en Europe, elle y a été importée par nos armées après la campagne de 1800.

Quoique l'Espagne jouisse d'un climat moyen plus tempéré, elle mérite néanmoins, pendant une grande partie de l'année, la qualification de pays chaud. Nous venons d'y passer les mois de juin et de juillet, et le thermomètre, qui descendait rarement, même pendant la nuit, au-dessous de 25 degrés, s'élevait habituellement pendant la journée à 35 et 40 degrés à l'ombre.

On s'imagine difficilement l'intensité de la lumière solaire réfléchie par les murs peints au lait de chaux des maisons d'Andalousie. Lorsqu'on traverse une place, il est nécessaire de cligner fortement ou de s'abriter les yeux pour ne pas éprouver une douleur ciliaire. Dans les villes, beaucoup de personnes portent des conserves enfumées. Mais ce préservatif a le grave inconvénient de rendre plus pénible l'action de la lumière lorsqu'on en cesse momentanément l'usage. Aussi le nombre des individus ayant les yeux malades est-il fait pour frapper dès qu'on met le pied en Espagne. L'extrême incurie des gens de la campagne ou du peuple laisse prendre aux affections dont ils sont atteints une gravité que nous ne connaissons plus guère en France. Un vague fatalisme les pousse à accepter l'infirmité sans chercher à la combattre, et la plupart du temps ils recourent pour tout remède à l'intervention de sainte Lucie, dont l'autel, dans chaque église, est couvert d'*ex voto*.

L'absence de médecins spécialistes n'a pas peu contribué à maintenir cet état de choses, dont les conséquences sont aujourd'hui faciles à constater. Les rues des grandes villes sont littéralement envahies par les aveugles. Ils vont, par bandes de cinq ou six quelquefois, demandant l'aumône et roulant dans leurs orbites leurs yeux staphylomateux. La très-grande majorité des cécités sont dues à l'ophthalmie des nouveau-nés ou aux affections cornéennes qui dérivent de l'ophthalmie granuleuse. J'ai examiné au passage tous les aveugles que j'ai rencontrés; sur plus de trois cents, je n'ai trouvé que trois ou quatre cécités amaurotiques. Il y a donc là une grande différence avec la cécité de nos pays, qui reconnaît si souvent pour cause des affections profondes de l'œil ou du nerf optique, et l'on ne peut s'empêcher de déplorer un état de choses dont les soins médicaux, appliqués à temps, auraient pu considérablement diminuer la gravité.

Après l'ophthalmie et ses conséquences, les maladies que l'on observe le plus fréquemment sont les congestions et l'atrophie de la choroïde; toutes les affections des voies lacrymales, en très-grand nombre; beaucoup de cataractes; beaucoup aussi d'affections scrofuleuses de la cornée ou de kératites interstitielles provoquées par une alimentation insuffisante. En revanche, les rétinites, les atrophies papillaires sont rarissimes.

L'Espagne n'est pas restée en retard du grand progrès qui a signalé depuis vingt ans la marche de l'ophthalmologie. Il est aujourd'hui peu de villes importantes qui ne possèdent un spécialiste, une clinique et un enseignement privé. J'ai constaté, non sans une certaine satisfaction intérieure, que tous nos confrères espagnols ont été formés à l'École de Paris, soit directement, soit de seconde main. À Barcelone, les docteurs Osio, Torrès et Carrera ont ouvert des cliniques à l'instar des nôtres. Les étudiants y sont admis et y reçoivent un enseignement spécial, qu'ils ne trouvent pas encore officiellement dans les facultés. A Valence, le docteur Armet, professeur à l'École de médecine, s'est presque renfermé dans la pratique de sa spécialité. Le docteur Aparicio, jeune confrère de l'École de Madrid, pratique avec la plus grande distinction. Il m'a présenté un malade fort intéressant. Tombé en syncope la tête sur un brasero, cet homme avait

eu toute la partie supérieure de la face, depuis la bouche brûlée au troisième et quatrième degré ; les paupières entièrement détruites, ainsi que la peau du front, remplacée par un tissu cicatriciel adhérent à l'os; la cornée gauche détruite et la cornée droite si profondément modifiée soit par l'accident lui-même, soit par l'action constante de l'air et des poussières, que la vision se bornait à la lumière quantitative. Il fallait refaire des paupières. Impossibilité de prendre de la peau sur le front, la tempe ou la joue; il n'y en avait plus. M. Aparicio, employant la méthode indienne, a taillé ses paupières dans le bras même du malade, qui peut aujourd'hui lire et écrire. Voilà un rare succès de restauration plastique.

A Séville, le docteur Chiralt et, à Cadix, le docteur Toro ont une consultation publique. Ce dernier confrère a publié un traité des maladies des yeux.

A Madrid enfin, l'ophthalmologie est représentée de la manière la plus brillante par le docteur Cervera et le docteur Delgado. M. Cervera, après avoir été pendant plusieurs années l'assistant de Desmarres père, a fondé en Espagne la première clinique spéciale vers 1852, dans le collegio de Santa-Isabel, asile de petites filles pauvres, soutenu par la Société de Saint-Vincent de Paul. Il avait là huit ou dix lits et donnait des consultations publiques. Le docteur Cervera a maintenant sa clinique privée, suivie par de nombreux élèves, devant lesquels il déploie à la fois son grand talent de démonstration et sa remarquable dextérité opératoire. Ses leçons sont toutes françaises; à tort ou à raison, il a persévéré dans la pratique du vieux procédé de Daviel pour la cataracte, et la statistique de ses succès nous confirme dans notre prédilection pour la kératotomie à lambeau supérieur. M. Cervera emploie beaucoup la destruction du sac comme moyen de traitement des affections des voies lacrymales.

Le docteur Delgado, ancien assistant, lui aussi, de Desmarres père, a ouvert à son tour une clinique privée à Madrid, vers 1860. En 1869, la municipalité se chargea de soutenir cette clinique, qui fut transportée dans une maison de secours, calle Fuencarral.

En 1872, le roi Amédée et la reine dona Maria Victoria achetèrent de leurs deniers deux maisons contiguës, calle Atocha, et ces maisons furent transformées, sur les indications du docteur Delgado, en un institut ophthalmologique, dont il prit la direction.

Entretenue largement par la libéralité des souverains, cette clinique prospéra rapidement; les malades affluèrent, de nombreux élèves les suivirent dans cette école, où la science se développait sans connaître les entraves administratives et qui était dotée de tous les moyens d'enseignement. Mobilier approprié, instruments de toute sorte, microscopes de prix, rien n'a été épargné. La reine avait fait sa chose de cette institution intelligente et charitable. De vastes salles d'attente, où passent 8,000 malades chaque année, précèdent la salle de clinique, sur les murs de laquelle sont écrits les noms les plus justement honorés de l'ophthalmologie. Dans la salle, deux armoires contiennent les instruments opératoires, les médicaments que l'on distribue aux malades et les premières pièces d'un petit musée oculaire normal et pathologique. Près du chirurgien consultant, un meuble, ingénieusement construit contient les objets de pansement usuel, sondes, pommades et collyres; deux verres, dont l'eau est renouvelée d'une manière continue par un mécanisme ingénieux, servent à laver les pinceaux ou les instruments et à prévenir ainsi toute chance de contagion.

Les granuleux cautérisés ont, pour se laver, chacun un lavabo spécial en marbre, avec serviette numérotée. Contiguë à la salle de la clinique, est une chambre noire destinée aux examens ophthalmoscopiques. Là sont réunis les ophthalmoscopes de tous les systèmes, les yeux factices pour l'exercice des élèves, les échelles typographiques, etc. Les dortoirs des malades, stuqués du haut en bas, reçoivent en abondance l'eau chaude et l'eau froide sous une pression qui permet d'administrer des douches oculaires à chaque lit.

La salle d'opération est certainement la mieux installée que nous ayons jamais vue. Au milieu, le fauteuil mécanique de Knapp, où l'opéré reçoit le jour d'un châssis vitré ouvert dans le plafond; circulairement, un double gradin avec balustrade, qui permet à un grand nombre d'élèves d'assister à l'opération sans en rien perdre, et laisse au moins les coudées franches au chirurgien et à ses aides.

Dans cette salle, M. Delgado pratique annuellement, d'après ce qu'il m'a dit, environ 600 opérations, dont 250 de cataracte.

Le plus grand éclectisme préside au choix des procédés. Tous sont employés à tour de rôle, suivant les cas qui se présentent, et l'habileté de l'opérateur sait se plier aux exigences de ces divers manuels opératoires. Sans sortir de cette clinique, les élèves peuvent donc voir ce qu'ils seraient, à Paris, obligés d'aller chercher dans deux ou trois cliniques différentes. Une petite pièce, voisine de la salle d'opération, contient une dizaine de microscopes de Nachet et une collection de préparations relatives à l'œil.

Il ne faut pas oublier que le service intérieur de la clinique est fait par des sœurs hospitalières de Saint-Vincent de Paul, et que la supérieure, excellente Française, y fait régner une propreté et un ordre peu connus en Espagne.

Si nous nous étendons longuement sur l'institut, c'est qu'il représente le niveau le plus élevé de l'ophthalmologie espagnole. Son existence, liée à la présence du couple royal qui l'a fondé, a été fort menacée après l'abdication du roi Amédée.

Depuis son retour en Italie, la charitable reine a continué à le soutenir. Mais, à la fin, il a fallu laisser à chacun son fardeau, et c'est aujourd'hui l'État qui va patronner cet établissement en lui consacrant les rentes de l'ancien couvent d'Atocha. Le maréchal Serrano, intéressé à l'œuvre par l'initiative et la persuasion du docteur Delgado, l'a fait décréter d'utilité publique. On fait construire, pour y transporter l'institut, un local grandiose, et cet établissement de bienfaisance va devenir bientôt une école de premier ordre, où se formeront, dans la doctrine française, les spécialistes dont l'Espagne a si grand besoin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 112. — SAMEDI 26 SEPTEMBRE 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 26 SEPTEMBRE 1874. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'emploi de l'ésérine dans le tétanos. — Règles déduites de l'expérimentation physiologique.

Il n'est pas permis à la clinique de se désintéresser du mouvement considérable qui s'opère en ce moment en thérapeutique. La voie de la méthode expérimentale dans laquelle on est entré résolûment depuis quelques années pour l'étude de l'action physiologique des divers agents les plus actifs de la matière médicale doit nécessairement amener, dans un avenir prochain et sur quelques parties même dans le présent, une révision plus ou moins complète de la thérapeutique presque tout entière. L'expérimentation physiologique devient donc en quelque sorte, dans la voie scientifique nouvelle où l'on est engagé, le préliminaire obligé de toute étude clinique sérieuse des actions médicatrices, qui nécessitera désormais et qui sollicite dès à présent le concours et le contrôle de tous les cliniciens. Pendant que les maîtres (pour ne citer que les nôtres), M. Cl. Bernard au Collége de France, M. Sée dans sa clinique de la Charité, M. Gubler dans sa chaire et dans la presse, où il a pris récemment un rôle militant, poussent et dirigent les nouvelles générations médicales dans ces sentiers nouveaux, M. le docteur Martin-Damourette, depuis longtemps passé maître aussi, fait mieux encore que de montrer comment et dans quelle direction il faut marcher, il marche pour donner l'exemple.

Voici une nouvelle étude sortie de son laboratoire sur un point spécial de thérapeutique expérimentale, qui non-seulement est par lui-même d'un très-grand intérêt, mais qui touche, en outre, à l'une des plus importantes questions de thérapeutique générale, celle de l'antagonisme et de la tolérance (1).

On connaît les belles études de M. Fraser (d'Édimbourg) sur la fève de Calabar et son alcaloïde l'ésérine, études qui ont été le point de départ des nombreuses expériences et des quelques tentatives de thérapeutique qui ont été faites depuis. Mais loin que le sujet fût épuisé, il restait, au contraire, encore beaucoup de points obscurs ou douteux à éclaircir sur l'action de cet agent énergique, notamment sur l'antagonisme développé par l'ésérine entre les centres nerveux moteurs et les extrémités nerveuses motrices; fait qui devait conduire à l'interprétation de l'antagonisme constaté entre l'ésérine et l'atropine et à la détermination de quelques-unes des règles principales qui doivent présider à l'emploi de cette substance. Il y avait aussi à vérifier et à contrôler les expériences précédentes.

Telle est la tâche que s'est imposée M. Martin-Damourette. Ses expériences l'ayant conduit à des résultats différents, sur plusieurs points, de ceux qui avaient été constatés par Fraser et plusieurs autres expérimentateurs, il importe, avant d'aborder le sujet principal de cette nouvelle étude sur l'antagonisme de l'ésérine avec elle-même et avec l'atropine, de faire connaître les actions élémentaires de ces substances, que le savant professeur particulier de thérapeutique a observées.

L'analyse expérimentale lui a révélé trois actions élémentaires du sulfate d'ésérine : 1° l'augmentation de l'irritabilité des muscles; 2° l'accroissement du pouvoir excito-moteur des centres nerveux; 3° la paralysie des extrémités motrices des nerfs des muscles locomoteurs.

Les deux premières actions ne sont un peu marquées qu'avec les fortes doses; elles sont les premières à se produire et se traduisent déjà, au bout de quelques minutes, par des convulsions de forme spéciale. La surexcitabilité du centre bulbo-spinal disparaît la première, elle a généralement cessé en moins d'une heure, pour revenir au taux normal et même s'abaisser au-dessous à la fin des cas d'ésérisme intense, mais sans disparaître complétement. Quant à l'effet myosthénique, M. Martin Damourette l'a vu persister jusqu'au troisième jour chez les animaux plongés dans la résolution musculaire et chez lesquels les nerfs moteurs ne répondaient plus à l'électricité.

La troisième action élémentaire de l'ésérine est la seule qui mérite d'être notée avec les faibles doses. Avec les doses élevées, elle n'apparaît qu'après les deux précédentes, environ vingt minutes après le début de l'empoisonnement, et elle est plus persistante.

En établissant nettement les actions élémentaires de l'ésérine, M. Martin-Damourette dit avoir démontré qu'elle crée un antagonisme tranché entre les centres nerveux moteurs qu'elle excite et les extrémités nerveuses motrices qu'elle paralyse.

Ce procédé d'antagonisme d'un poison vis-à-vis de lui même permet déjà d'entrevoir le mécanisme de l'antidotisme de deux poisons différents. C'est ce qu'il a cherché à faire ressortir dans une autre série d'expériences instituées *ad hoc*, et dont il a pu conclure que la dose massive produit la forme convul-

(1) *Étude sur l'antagonisme et la tolérance*, par M. le docteur Martin-Damourette. (Extrait du *Journal de Thérapeutique*.) — Brochure in-8°. — Paris, 1874, chez G. Masson.

sive de l'ésérisme, le plus souvent mortelle, tandis que les doses fractionnées, faibles d'abord et graduellement croissantes, lui ont paru réaliser la forme parétique de l'ésérisme, celle qui est l'objectif de la thérapeutique.

C'est, en effet, en procédant dans ses expériences par deux ou trois doses très-faibles d'abord qu'il est arrivé à démontrer à quel point on peut produire la résolution de l'appareil locomoteur, sans mélange de convulsibilité, et à établir ainsi presque à coup sûr la tolérance de doses considérables et capables de résoudre les puissances musculaires dans les plus violentes convulsions tétaniques.

Un premier enseignement pratique sort de là, c'est que le traitement ésérique ne doit pas seulement être fractionné et gradué avec soin, mais encore qu'il doit être continué sans interruption si l'on ne veut rien perdre de la tolérance acquise.

M. Martin-Damourette préfère le sulfate d'ésérine à l'extrait de fève de Calabar, parce que, dans ses expériences, son action a été beaucoup plus intense, plus constante et plus identique, et, par conséquent, doit donner des résultats plus certains.

Il donne aussi la préférence à l'injection hypodermique de sulfate d'ésérine sur l'administration gastrique, qui lui a fourni des effets beaucoup moins marqués et moins prompts, moins exactement proportionnels aux doses et, par conséquent, moins sûrs.

Le dosage exact des injections successives de sulfate d'ésérine à faire chez l'homme atteint de tétanos serait, dit-il, affaire de tâtonnement. On commencerait, bien entendu, par des doses beaucoup plus faibles que celles qui ont été employées dans les essais faits jusqu'à présent (1 milligramme, par exemple), sauf à répéter ces faibles doses toutes les deux ou trois heures, et à les augmenter jusqu'à commencement de résolution musculaire. Puis on continuerait le traitement en répétant les injections reconnues suffisantes trois ou quatre fois par jour, et plus souvent si le retour des roideurs tétaniques l'exigeait.

L'examen des observations connues de tétanos traité par la fève de Calabar montre que ce sont celles où l'on s'est le plus rapproché de ces règles qui ont fourni les cas de guérison. Les cas d'insuccès, au contraire, sont ceux dans lesquels la fève n'a été donnée qu'à des doses insuffisantes ou pendant trop peu de temps.

Comme preuve de l'action de l'ésérine ou de la fève de Calabar sur la marche du tétanos, M. Martin-Damourette signale cette circonstance que, peu de temps après le début du traitement, on a constaté un relâchement des muscles, qui augmentait après chaque nouvelle dose, tandis que les roideurs et les secousses reparaissaient quand on venait à suspendre le médicament, soit volontairement, soit par tout autre motif. Par contre, dans des cas où, par erreur, la dose avait été exagérée, plusieurs fois on a constaté une amélioration plus prononcée de la maladie.

Si donc, conclut M. Martin Damourette, les préparations ésériques étaient données à doses progressives suffisantes, et d'une façon non interrompue, dès le début du tétanos, à une époque où, d'après l'observation, il y a des chances qu'il n'existe pas de lésions de la moelle, on verrait certainement s'élever encore le chiffre des guérisons.

Quelles sont les conditions d'antagonisme de l'ésérine et de l'atropine ? Nous consacrerons un deuxième article à l'exposé de cette partie importante du travail de notre savant confrère.

Dr BROCHIN.

OBSERVATIONS D'ANÉVRYSMES (1)

Par M. le professeur VERNEUIL.

OBS. IV. — *Phlegmon de la paume de la main. — Incisions multiples. — Hémorrhagies secondaires. — Apparition tardive d'un anévrysme de l'arcade palmaire superficielle, qui n'avait point été atteinte par le bistouri. — Tentatives variées et prolongées de compression. — Menace de rupture du sac. — Injection de perchlorure de fer. — Guérison.*

M... X..., quarante ans, d'une vigoureuse constitution et d'une santé ordinairement excellente, se livrait pour son plaisir à des travaux de menuiserie qui avaient rendu ses mains calleuses comme celles d'un ouvrier. Le 15 février, il fut pris à la main gauche d'un phlegmon d'une bourse séreuse sous-cutanée palmaire, désigné sous le nom vulgaire de *durillon forcé*. Le mal avait débuté précisément au niveau de la face antérieure de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius. L'intensité des douleurs, la violence de l'inflammation, l'insuccès de la médication topique, engagèrent le médecin ordinaire, M. le docteur Pératé, à pratiquer une incision qui n'amena qu'un soulagement momentané. Je fus appelé le 20 février, je constatai que le phlegmon s'était étendu en haut à presque toute la paume de la main ; en dedans et en dehors aux bourses séreuses correspondant à la face antérieure des articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et de l'annulaire ; en arrière enfin, à presque toute la face postérieure de la région métacarpienne. Ne pouvant distinguer si, en ce dernier point, il y avait réellement suppuration ou seulement œdème, je n'y portai point le bistouri ; je me contentai donc d'agrandir la première incision et d'en faire deux autres parallèles, l'une au niveau de l'annulaire, l'autre au niveau de l'index.

Aucune de ces trois incisions n'avait plus de 2 centimètres, et par conséquent, n'atteignait le milieu de la hauteur de la paume de la main ; aucune ne donna lieu à une perte de sang notable. Ces débridements donnèrent issue à une grande quantité de pus, et cependant ne firent cesser encore ni les douleurs, ni l'inflammation. Trois jours après, la fluctuation étant devenue évidente sur le dos de la main, il fallut faire encore une incision de 4 centimètres au niveau de l'espace interosseux séparant le quatrième et le cinquième métacarpiens. L'inflammation de la paume de la main avait donc traversé cet espace vers sa partie inférieure pour se porter vers la face dorsale. Cette fois, le soulagement fut très-prompt, la fièvre tomba, et l'état général redevint excellent.

Cependant une grande quantité de pus et de débris de tissu conjonctif sphacélé s'échappait de ce foyer anfractueux ; il fallait même, au moment des pansements, exercer des pressions pour expulser complétement le pus. Un jour (le 2 mars), M. Pératé constata que le pus était mélangé de sang ; le soir même il fut appelé en toute hâte pour une hémorrhagie qui avait en quelques instants inondé la paume de la main et toutes les pièces de l'appareil, mais qui s'était arrêtée spontanément. On appliqua par précaution un pansement légèrement compressif. Le lendemain matin l'hémorrhagie se renouvela, le sang sortait en abondance aussi bien par la plaie dorsale que par les trois plaies palmaires ; elle fut néanmoins assez aisément arrêtée par la compression directe exercée avec des rondelles d'amadou, des compresses graduées et enfin un bandage roulé, assez vigoureusement serré. Je fus mandé et vis le malade vers cinq heures du soir. Le sang ne coulait plus ; en revanche la main était le siége de douleurs vives, et en l'absence même de thermomètre, je reconnus l'existence d'une forte fièvre. M'étant enquis avec soin des conditions qui avaient précédé l'hémorrhagie, j'appris que, depuis quarante-huit heures environ, il y avait eu à la fois retour des souffrances dans le siége primitif du phlegmon, malaise précédé d'un léger frisson, et enfin développement manifeste d'un mouvement fébrile. La nuit précédente avait été mauvaise et sans sommeil, moitié à cause des douleurs, moitié à cause de l'inquiétude qu'avait inspirée la perte de sang. En conséquence, je crus voir là un exemple bien net de ces hémorrhagies septicémiques si communes au fond

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 septembre.

des foyers anfractueux, lorsqu'ils sont le siége d'accidents inflammatoires et le point de départ d'une fièvre secondaire. Je ne proposai donc point, malgré le désir tout naturel exprimé par mon confrère, d'aller lier le vaisseau ouvert : 1° parce que j'ignorais exactement son siége; 2° parce qu'il eût fallu se livrer à des recherches minutieuses, incertaines, et non sans danger, car il ne s'agissait de rien moins que de débrider largement la paume de la main; 3° parce qu'il aurait fallu opérer à la lumière artificielle; 4° enfin, et c'était la raison prédominante, parce que, dans mon hypothèse, j'avais tout espoir d'arrêter le sang par la médication interne, associée bien entendu à la compression directe continue. Je prescrivis le sulfate de quinine administré sur-le-champ à la dose d'un gramme, dose qui aurait été renouvelée et même augmentée le lendemain en cas de persistance des accidents locaux. La main devait être maintenue dans l'élévation, dans l'immobilité absolue, enfin nous donnâmes aux personnes très-dévouées et très-intelligentes qui entouraient le malade les instructions nécessaires pour comprimer l'artère humérale au pli du coude et au milieu du bras en cas d'accident. Nous acquîmes séance tenante la conviction que ces aides improvisés rempliraient convenablement cette tâche délicate.

Les choses se passèrent à souhait; le sulfate de quinine apaisa rapidement les douleurs et la fièvre ; pendant deux jours il fut administré à la dose d'un gramme; l'hémorrhagie n'ayant pas reparu, M. Pérate put le troisième jour enlever avec précaution le pansement qui était toujours resté en place.

A partir de ce moment, la cicatrisation des plaies fit des progrès rapides; tout était fermé une quinzaine de jours plus tard.

On aurait pu croire enfin l'affection terminée, lorsque deux jours après apparurent de nouveau des élancements et des picotements dans la main qui devint en même temps très-tuméfiée. La plaie se rouvre, et donne issue à environ une cuillerée à café de pus ressemblant à du chocolat. La compression est reprise, puis suspendue deux ou trois fois; mais les mêmes alternatives de guérison apparente et de phénomènes morbides avec écoulement d'un pus sanieux se reproduisent. En cherchant la cause de ces phénomènes, on s'aperçut de l'existence, au centre à peu près de la paume de la main, d'une tumeur molle, du volume d'une petite noisette, animée de battements isochrones au pouls et d'une expansion très-évidente. Elle était réductible presque en entier par la pression, et disparaissait aussi bien par la compression de l'artère humérale. La compression de l'artère cubitale au-dessus du poignet diminuait beaucoup les battements et l'expansion sans les faire disparaître tout à fait. Celle de la radiale agissait de la même manière, mais beaucoup moins encore; il fallait interrompre le cours du sang simultanément dans les deux vaisseaux pour faire cesser les phénomènes. Évidemment nous avions affaire à une tumeur anévrysmale; cependant il nous fut impossible de percevoir le souffle en appliquant directement notre oreille sur la paume de la main malade.

Nous instituâmes le traitement suivant : application sur la tumeur d'une rondelle épaisse d'amadou de la largeur d'une pièce d'un franc; sur cette rondelle fut posée une demi-noix muscade, la face convexe tournée vers la tumeur; d'autres rondelles d'amadou superposées et une bande étroite soigneusement roulée en spica autour de la racine du pouce complétaient ce petit appareil. Nous recommandâmes de plus au malade et à ses aides les manœuvres nécessaires pour intercepter l'abord du sang dans l'anévrysme, à savoir : la compression de l'humérale; la compression simultanée des artères radiale et cubitale, à la partie inférieure de l'avant-bras; la flexion et même l'extension forcées de cet avant-bras sur le bras. Tous ces procédés étaient efficaces; tous pouvaient, par conséquent, être successivement mis en usage, ce qui permettait au patient de les varier avec moins de fatigue.

Nous espérions beaucoup de cette combinaison de la compression indirecte qui devait être et qui fut en effet pratiquée en moyenne sept ou huit heures par jour. M. X..., d'ailleurs très-ingénieux, imagina bientôt des appareils mécaniques un peu grossiers, mais très-efficaces, qu'il appliquait alternativement sur le bras et sur l'avant-bras, et dont il prolongeait ainsi l'emploi pendant des heures entières. Malheureusement nous pûmes nous convaincre au bout de quinze jours que toute cette peine était inutile. La compression directe avait même amené un assez singulier résultat; elle avait formé, au centre des tissus indurés de l'ancien foyer de suppuration, une dépression en forme de cupule au fond de laquelle le sac battait plus que jamais sous la peau amincie. Pendant que nous délibérions sur la conduite à suivre, et qu'en attendant nous laissions en place la noix muscade et l'amadou, la peau se perfora et, un beau jour, l'appareil étant enlevé, nous remarquâmes au fond de la dépression un soulèvement phlycténoïde de l'épiderme de plusieurs millimètres de diamètre. Cet épiderme enlevé, nous constatâmes que le derme était détruit et que nous avions sous les yeux une saillie noirâtre, constituée, soit par le sac extrêmement aminci, soit peut-être même par un caillot privé d'enveloppe. En tout cas. cette saillie était soulevée par des battements énergiques, ce qui rendait sa rupture tout à fait imminente. Il n'y avait plus lieu de temporiser. Il fallait choisir entre les méthodes opératoires suivantes : ligature de l'humérale, ligature des deux artères de l'avant-bras, méthode ancienne, c'est-à-dire ouverture du sac et ligature des deux bouts, et enfin injection coagulante dans la poche vasculaire.

J'avais, à vrai dire, une grande répugnance à employer la méthode d'Anel, dont l'efficacité est si douteuse dans les hémorrhagies de la paume de la main, et qui n'est point sans danger. La méthode ancienne promettait mieux ; mais il s'agissait d'opérer, dans la paume de la main, des débridements dans le sens transversal, ce qui eût exposé à blesser une ou plusieurs des branches du nerf médian. C'est pourquoi j'optai pour l'injection coagulante, d'une exécution beaucoup plus facile et à peu près dépourvue de tout danger si le liquide injecté ne sortait pas du sac et ne provoquait point l'inflammation de voisinage.

Je ne me dissimulais point toutefois les chances d'insuccès ; en coagulant le sang, nous produisions un corps étranger qui, à sa chute, pouvait donner lieu à une hémorrhagie, si les deux bouts artériels communiquant avec le sac n'étaient pas oblitérés. Cependant j'espérais que cette oblitération pourrait s'effectuer, s'il ne survenait point d'inflammation et si l'élimination du caillot durci tardait tant soit peu à se produire.

Le 14 mai, l'opération fut faite de le manière suivante : tout étant disposé pour faire et continuer un temps suffisant la compression artérielle, et muni de la seringue à double canule de Mathieu, modifiée par Broca, je plongeai l'aiguille à quelques millimètres de la circonférence de la tumeur, et, la faisant marcher très-obliquement et presque parallèlement à la face profonde de la peau, je pénétrai dans le sac. J'en fus averti aussitôt par l'issue d'un jet de sang rutilant. La compression faite sur l'humérale, je poussai dans la cavité de l'aiguille la seconde canule, et j'injectai lentement quatre gouttes d'une solution de perchlorure à 20 degrés.

Trois à quatre minutes après, je poussai encore la même quantité de liquide, puis j'attendis dix minutes environ. La solidification de la masse sanguine étant manifeste, je retirai doucement les deux canules.

Un quart d'heure plus tard, je fis relâcher un peu la compression, et constatai avec plaisir que la tumeur n'avait plus ni battements ni expansion. La compression fut continuée rigoureusement pendant une heure encore, puis graduellement diminuée pendant la demi-heure suivante.

La piqûre et la pénétration du perchlorure de fer dans le sac avaient provoqué une souffrance assez vive, qui cependant avait disparu avant la cessation de la compression. Vers cinq heures du soir et sans cause connue, la douleur se montra de nouveau, occupant toute la paume de la main. Elle cessa spontanément au bout de trois heures, pour ne plus reparaître.

Les jours suivants ne furent signalés par aucun accident. La saillie noire parut seulement s'élargir quelque peu et se solidifier davantage, mais aucun phénomène inflammatoire ne survint.

Il en fut de même jusqu'au 15 juin, époque à laquelle le caillot se détacha tout d'une pièce, mettant à découvert une petite cavité en grande partie cicatrisée, sauf à son centre, où s'étaient rassemblées deux ou trois gouttelettes de pus. Deux jours plus tard, cette petite plaie elle-même était également fermée.

Les détails circonstanciés dans lesquels je viens d'entrer rendent

inutiles de longs commentaires, je veux m'arrêter seulement sur le siége et sur le mode de production assez obscur de cet anévrysme.

La tumeur répondait incontestablement à l'arcade palmaire superficielle, car sa partie moyenne était traversée par la ligne indiquée par Bœckel, et, de plus, la compression exercée à 1 centimètre en dedans et en dehors du sac, sur le trajet de cette arcade, arrêtait aussitôt les battements.

Mais comment l'artère avait-elle été perforée en ce point? J'affirme que l'incision pratiquée au niveau du médius n'avait d'ailleurs donné lieu à aucune hémorrhagie immédiate, il est certain que la solution de continuité du vaisseau n'a pas été faite par le bistouri. C'est d'ailleurs dix jours plus tard seulement que survint l'hémorrhagie secondaire, d'où date sans aucun doute le début de l'anévrysme. Voici comment je m'explique la formation de celui-ci :

J'ai dit que le phlegmon occupait la plus grande partie de la paume de la main; par conséquent, l'arcade palmaire devait flotter dans le foyer purulent; la fièvre s'étant montrée vers le 1er mars, et l'inflammation s'étant rallumée, la paroi artérielle mise à nu, et qui avait résisté jusque-là, fut prise de ramollissement aigu et se rompit brusquement. Ce mécanisme est d'autant plus probable que, bien des fois, on a observé la perforation consécutive des gros vaisseaux en contact immédiat avec des collections purulentes, lorsque les malades étaient pris soit de septicémie, soit d'une recrudescence locale de la phlegmasie. Lorsqu'il s'agit de la carotide, de la jugulaire ou de tout autre vaisseau d'un gros calibre, la mort est la conséquence ordinaire de ces perforations vasculaires, mais ici l'hémorrhagie ayant été bientôt domptée, puis la compression étant restée longtemps en place, l'ouverture extérieure de l'abcès a pu se fermer avant la plaie artérielle et ainsi se sont trouvées réalisées les conditions nécessaires au développement d'un anévrysme faux consécutif.

Si mon explication est exacte, le fait est un des exemples bien rares, je crois, d'anévrysme succédant à la rupture d'une paroi artérielle altérée par une inflammation de voisinage.

(*A suivre.*)

DU VOMISSEMENT DE SANG DANS L'HYSTÉRIE (1)

Par M. le docteur Louis FERRAN.

Il ressort de l'étude à laquelle s'est livré l'auteur de cette brochure, sur ce sujet, que l'hématémèse, considérée à un point de vue général, ne doit pas totalement relever d'une lésion organique de l'estomac; qu'au contraire, il est des cas où, dans l'ensemble symptomatologique d'une affection à forme nerveuse, et en particulier dans l'hystérie, le vomissement de sang se présente avec des caractères propres et déterminés qui permettent de l'isoler d'une cause matérielle. Il en est de même pour ce phénomène que pour l'hématédrose et toutes les hémorrhagies qui se produisent chez les hystériques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 juillet 1874 (2). — Présidence de M. PERRIN.

DISCUSSION

M. SÉE. M. Demarquay me paraît avoir omis de signaler, comme cause de syndactylie, une inflammation produite dans la vie intra-utérine.

M. LARREY. M. Fort a exposé dans sa thèse presque toutes les difformités congénitales des doigts. Et je ne me rappelle pas que certaines déformations relatées par M. Launay aient été citées par M. Fort. Il y a également deux ou trois cas que je n'ai pas entendu rapporter, et que j'ai observés dans les conseils de révision. Je veux parler de l'atrophie de tous les doigts, et un pouce presque double de la longueur normale.

Les conclusions de M. Demarquay sont adoptées, et la société décide :

1° Le renvoi du travail de M. Launay au comité de publication;
2° L'insertion au Bulletin du rapport de M. Demarquay.

La séance est levée à cinq heures trente-cinq minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

Séance du 29 juillet 1874 (1). — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de médecine de la semaine. — *The Paris medical Record.* — *Les Mémoires et Bulletins de la Société de médecine et de chirurgie*, 3e et 4e fasc. 1873.

M. TILLAUX fait hommage de la thèse de M. Auguste Colson : *De l'opération de la hernie étranglée sans ouverture du sac.*

M. DUBRUEIL offre le second fascicule de ses *Éléments de médecine opératoire.*

M. LARREY offre, de la part du docteur Tholozan, membre correspondant : *Histoire de la peste bubonique en Perse et en Mésopotamie.*

De la part du docteur Marion Sims, un mémoire imprimé sur *les tumeurs fibreuses intra-utérines.*

M. DOLBEAU fait hommage de la thèse inaugurale du docteur Mancasti : *Sur les fractures compliquées de la jambe ;* de M. le docteur Galvani, *Sur le traitement de l'hydrocèle vaginale par l'injection vineuse faite à la température ordinaire.*

M. LE PRÉSIDENT annonce à la société la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Coste, professeur et directeur de l'école de médecine de Marseille.

COMMUNICATION

M. TILLAUX. J'ai demandé la parole dans cette séance, dont l'ordre du jour n'est que très-peu chargé, pour appeler l'attention de nos collègues sur un point, bien restreint sans doute, mais d'une certaine importance cependant : je veux parler du triangle lumineux et de sa valeur dans les affections de l'oreille.

Si l'on me permet de figurer sur le tableau, à l'aide d'un cercle, la membrane du tympan, et de l'orienter à l'aide des quatre lignes supérieure, inférieure, interne et externe : on sait que tous les auristes, et Wild (de Dublin) le premier, ont décrit dans le segment inférieur un petit triangle équilatéral présentant une direction oblique avec le manche du marteau. Ce phénomène optique serait dû à la concavité même de la membrane du tympan, le manche s'implantant, en effet, de façon à attirer la membrane vers la caisse, le triangle dont les dimensions sont liées à la cambrure plus ou moins grande de la membrane subit des modifications dues à un rapprochement plus ou moins considérable entre la membrane et la paroi sympathique.

Troeltsch, M. Duplay disent que l'on peut tirer un grand parti de ce triangle au point de vue du diagnostic des affections de l'oreille. Cette importance m'avait frappé, et je pensai qu'avant d'observer les modifications dues à un état pathologique, il était essentiel de connaître le triangle lumineux à l'état normal.

Je choisis mes sujets d'expérience parmi les élèves de mon service, et je pus le même jour, avec une lumière uniforme, obtenir quinze dessins de la même main, représentant quinze membranes du tympan; ce sont ces quinze dessins que je mets sous vos yeux. Ce qui frappe au premier coup d'œil, c'est qu'aucune de ces figures ne se ressemble ; je constate de plus, comme vous pouvez le faire, que, parmi ces dessins, aucun ne représente fidèlement la forme classique, c'est-à-dire le triangle équilatéral : tantôt c'est un triangle isocèle, tantôt c'est un triangle coupé, pour ainsi dire, en deux segments figurant l'un un petit triangle au sommet, l'autre un trapèze à la base; tantôt enfin c'est un simple point lumineux. Si la forme varie, la situation

(1) Broch. in-8°. — 1874. — Chez Ad. Delahaye.
(2) Fin. — Voir le numéro du 19 septembre.

ne diffère pas moins. L'angle obtus classique fait souvent défaut; le plus souvent c'est un angle droit qu'on observe. Au point de vue du rapport qui peut exister entre les dimensions du triangle et l'acuité auditive, on peut affirmer, toujours d'après les mêmes expériences, que ce rapport n'existe pas. C'est ainsi que M. Remy, doué d'une acuité auditive considérable, ne présente qu'un petit point lumineux, et que M. Ragot, dont le triangle est irréprochable, se rapproche beaucoup de son collègue, quant à la finesse de son ouïe. Je crois donc que, sans vouloir rien retrancher de l'importance du triangle lumineux dans le diagnostic des maladies de l'oreille, il serait bon de procéder ainsi que je l'ai fait, et d'être absolument fixé sur les variations que ce triangle peut présenter chez l'homme sain avant de l'appliquer à l'étude des maladies de l'oreille.

DISCUSSION

M. DUPLAY. Je trouve la communication de notre collègue très-intéressante, mais je ferai à M. Tillaux quelques objections; d'abord je nie l'importance de la tache au point de vue du diagnostic des maladies de la caisse, et l'on sait que de grandes déformations de la caisse peuvent coïncider avec une ouïe très-satisfaisante; or jamais, à ce point de vue, personne n'a exagéré l'importance du triangle lumineux.

Il y a, en effet, de grandes dissemblances suivant les individus et surtout suivant les courbures. La formation de ce triangle est un phénomène optique des plus complexes, et un travail paru dans les *Archives* s'appuie, pour l'expliquer, sur des considérations géométriques extrêmement élevées.

Quoi qu'il en soit, les maladies de l'enfance, si communes d'ailleurs, peuvent altérer notablement les proportions de ce triangle sans que pour cela, plus tard, chez l'adulte, l'ouïe soit altérée; aussi mon opinion est-elle que l'importance de ce triangle, relativement à la surdité, a été exagérée.

M. TILLAUX. Il n'est jamais entré dans mon esprit de vouloir exagérer l'importance du triangle lumineux, puisque c'est contre cette importance même que sont dirigées mes expériences. Ce sont, au contraire, les auristes qui me paraissent avoir insisté sur ce point.

Wilde (de Dublin) l'a décrit le premier.

Duplay. — Le reflet lumineux présente la forme d'un triangle équilatéral dont la base, d'un 1/2 millimètre, correspond au bord du tympan et le sommet à l'ombilic, un peu en avant et au-dessous de l'extrémité du manche du marteau. Il importe de connaître exactement les caractères de ce triangle lumineux, car les changements dans son éclat, dans sa forme, dans ses dimensions et dans sa situation indiquent des conditions pathologiques de la membrane elle-même ou de la caisse. » — Page 8.

Troeltsch. — Page 44. — « Ce reflet lumineux, particulier et très-prononcé, se trouve toujours à la région antérieure et inférieure sous la forme d'un triangle équilatéral dont la base, longue de 1 1/2 à 2 millimètres, correspond au bord du tympan et le sommet à l'ombilic un peu au-devant et au-dessous de l'extrémité du manche du marteau. »

« Il forme un angle obtus avec la direction du manche du marteau. »

Toynbee dit, page 135, traduction de 1874 : « Ordinairement on voit, à la partie antéro-inférieure, une tache brillante triangulaire », et il la figure équilatérale.

Quant à considérer la théorie du triangle comme claire, cela est loin de ma pensée; je me borne à dire, comme tout le monde, que sa forme dépend de la courbure plus ou moins prononcée de la membrane du tympan; et je souhaiterais que l'étude du triangle fût faite sur l'homme sain avant de le faire intervenir dans le diagnostic des affections de l'oreille.

M. DUPLAY. Je ne puis laisser passer cette appréciation que le triangle lumineux n'a aucune valeur diagnostique; je déclare, au contraire, que, quand ce triangle est tout à fait déformé, cette déformation a une grande valeur au point de vue du diagnostic d'une maladie antérieure.

LECTURE

M. TERRIER lit l'observation suivante :

Messieurs, dans une des dernières séances de la société, le professeur Verneuil attirait notre attention sur des faits de tétanos survenus brusquement chez des blessés qui, jusque-là bien portants, avaient été soumis à une manœuvre opératoire parfois insignifiante.

Un fait que je viens d'observer peut s'ajouter peut-être aux observations relatées par M. Verneuil :

Il s'agit d'un homme de soixante et un ans, n'ayant jamais eu qu'une fièvre typhoïde légère, vers l'âge de quinze ans, qui est entré dans mon service à l'Hôpital temporaire, pour un écrasement du quatrième orteil.

C'est le samedi 4 juillet qu'eut lieu l'accident : la roue d'une charrette chargée de bois passa sur la jambe du blessé, contusionnant fortement le dos du pied et écrasant le quatrième orteil.

Le malade entre à l'hôpital le lundi 6 juillet, n'ayant pu marcher et ayant beaucoup souffert depuis l'accident.

Le pied gauche est tuméfié, des excoriations existent à la base des orteils, seul le quatrième orteil est entièrement gangréné; la peau noirâtre qui le recouvre s'enlève comme un doigt de gant, entraînant avec elle la phalangelle et la moitié de la phalangine.

Le malade prend un grand bain, et l'on applique des cataplasmes sur le pied lésé.

La nuit fut très-bonne, les douleurs s'apaisèrent et, les jours suivants, la plaie se déterge peu à peu et prend un bon aspect.

Le 13, la poche restante de la phalangine, faisant saillie dans la plaie et étant nécrosée, je pratique la désarticulation, le ligament latéral externe seul tenait assez solidement.

Le malade affirme que la douleur éprouvée pendant l'opération provoqua des contractions involontaires des muscles moteurs de la mâchoire. Toujours est-il que, un quart d'heure après l'opération, avant que la visite ne fût terminée, il s'aperçut d'un peu de difficulté à avaler et à ouvrir la bouche. D'ailleurs, il n'attacha aucune importance à ce symptôme.

Le 14, la nuit a été agitée; à la visite du matin, le trismus est manifeste, et il y a un peu de dysphagie.

La langue, les muscles du cou sont très-libres.

La pupille droite est plus dilatée que la gauche.

Bain d'air chaud, 4 grammes de chloral en lavement, potion de Tood.

La température rectale est de 38 degrés, le pouls à 70.

Le soir, les phénomènes se sont amendés, le trismus est à peine marqué. Température 37°6, pouls à 72.

Lavement avec 2 grammes de chloral.

L'urine rendue dans les vingt-quatre heures, soit un peu moins d'un litre, contient 14 grammes d'urée.

Le 15, pas de sommeil; depuis la veille au soir, toux sèche, fatigante et fréquente, avec douleur vive à l'épigastre.

Le trismus est plus intense, les muscles du cou sont contracturés, la langue seule reste mobile, un peu d'opisthotonos.

La peau est moite, les sueurs ont été considérables pendant la nuit. Température rectale, 38°5, pouls à 110.

On prescrit 8 grammes de chloral en lavement, potion de Tood, bain d'air chaud et des frictions sur les parties contracturées avec un liniment chloroformé.

Le soir, les symptômes s'aggravent, le malade asphyxie, par contracture des muscles du thorax, il meurt à dix heures dix minutes du soir, c'est-à-dire cinquante heures après le début des accidents.

L'autopsie n'a pu être faite.

En somme, on voit qu'après une intervention chirurgicale peu importante, le malade est pris d'un tétanos suraigu qui l'emporte en deux jours. Telle est, du moins, l'une des manières d'interpréter ce fait; ajoutons, toutefois, qu'il en est une autre, à savoir que le blessé a été atteint de tétanos au moment, ou presque au moment où je suis intervenu, et qu'il n'y a eu là qu'une simple coïncidence.

L'apparition si rapide des signes du trismus, un quart d'heure après la désarticulation de l'orteil, peut plaider en faveur de cette dernière opinion. De plus, on avait affaire à une plaie des orteils, c'est-à-dire à une lésion qui, plus que toute autre, provoque le téta-

nos, enfin la température extérieure était alors très-élevée et dépassait chaque jour 30 degrés.

Œdénome kystique du voile du palais. — M. DESPRÈS. Je donne la fin de l'observation de la malade que j'ai présentée à la société.

La malade est sortie de l'hôpital le 24 juillet. La division du voile du palais s'est rétrécie, et les fonctions de la parole et de la déglutition s'exécutent régulièrement; la soudure de la muqueuse de l'arrière cavité des fosses nasales avec la muqueuse du voile du palais diminuera encore, et je pense que cette malade n'aura pas besoin d'un obturateur.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. DEMARQUAY communique le fait suivant :

Observation de tumeur hyperthropique de la peau de la cuisse droite (recueillie par J. DAVE). — X..., vingt-neuf ans, négociant, entre le 22 mai à la maison municipale de santé, service de M. le docteur Demarquay, pour une adénite inguinale gauche.

Ce malade porte à la partie antérieure de la cuisse droite une vaste tumeur sur laquelle nous avons recueilli les renseignements suivants :

Le malade n'accuse aucune affection antérieure, sauf une blennorrhagie contractée pendant le siége. D'ailleurs, aucuns antécédents scrofuleux ou syphilitiques.

Dans son jeune âge, il ne présentait au lieu malade qu'une tache de molluscum, comparable en tous points à celles qui parsèment la majeure partie de son tégument externe; c'est à l'âge de dix ans seulement qu'il s'aperçut de l'existence de la tumeur, qui d'ailleurs était loin de présenter le volume actuel. Elle était de la largeur de la main environ, et beaucoup moins épaisse qu'aujourd'hui. A cette époque, elle commença à croître rapidement, et, vers l'âge de seize ans, elle avait acquis son développement complet. Depuis, elle est restée stationnaire.

Pendant tout le temps qu'elle mit à croître, jamais — et dans nos interrogations nous avons spécialement insisté sur ce point — jamais la tumeur ne présenta de poussées congestives d'aucune sorte, d'accidents inflammatoires; jamais non plus on ne remarqua de développement anormal des veines voisines, jamais d'engorgement des vaisseaux et ganglions lymphatiques. L'accroissement a suivi une marche rapide, mais régulière et continue, et dans tous les cas constamment indolente.

Arrivons maintenant aux caractères actuels de notre tumeur.

Sa forme est celle d'une plaque, d'une sorte de manteau surajouté à la partie antéro-externe de la cuisse droite. Elle s'étend de l'épine iliaque antéro-supérieure au tiers inférieur de la cuisse. Son diamètre vertical est de 35 centimètres.

Les diamètres horizontaux sont :

A sa partie inférieure 13 centimètres.

Au-dessus du tiers inférieur 28 centimètres.

Au-dessus du tiers moyen 33 centimètres.

A la partie supérieure 26 centimètres.

Son épaisseur, plus considérable en haut qu'en bas, et en dehors qu'en dedans, est maximum au niveau du grand trochanter. Elle varie de 2 à 8 centimètres pour diminuer rapidement au voisinage des bords. Il en résulte une augmentation de la circonférence de la cuisse qui se traduit par les chiffres suivants : nous avons mis en regard les mesures correspondantes prises sur le côté sain.

	CUISSE DROITE.	CUISSE GAUCHE.
Partie inférieure de la tumeur . . .	46 c.	42 c.
Partie moyenne.	58	52
Partie supérieure (circonférence paparallèle au pli de l'aine). . . .	72	63

La surface de la tumeur est sèche, rugueuse, et présente des plis nombreux.

L'implantation se fait par une large base, de sorte qu'elle n'est nullement pédiculée ni pédiculisable. Elle n'est pas adhérente aux parties situées plus profondément; elle glisse parfaitement sur elles et suit la direction de la pesanteur; il en résulte à sa surface des plis transversaux.

La consistance est molle, élastique; par la palpation on peut sentir à travers la tumeur le relief des muscles sous-jacents et notamment du couturier et du droit antérieur.

Enfin cette consistance est uniforme, de sorte qu'il n'y a pas mélange de parties molles et de parties dures.

La couleur de la tumeur se compose de deux éléments. Il y a un fond général brunâtre, dont l'aspect rappelle celui de la peau saine, quoique cependant sa coloration soit plus foncée. Sur ce fond général se détachent une foule de petites saillies framboisées, donnant à l'ensemble de la pièce un aspect chagriné.

Ces saillies ont une couleur rouge violacé, qui rappelle assez celle du cuivre, et sont assez confluentes pour constituer la teinte prédominante de la tumeur. La coloration est constante et ne varie ni par la pression ni par les différentes positions que prend le malade.

On remarque au niveau des saillies précédemment décrites une absence complète de poils : on en trouve, au contraire, quelques-uns épars dans leurs interstices. Les glandes sudoripares paraissent marquer; le malade affirme n'avoir jamais vu de sueur sur les parties malades, alors même que la peau environnante en était couverte.

La sensibilité est presque nulle; quand on touche la tumeur, le malade ne s'aperçoit pas toujours du contact du doigt, s'il a les yeux bien fermés; une pression plus forte est à peine sentie. Une piqûre d'épingle n'est pas douloureuse. Elle donne issue à quelques gouttes de sang, sans qu'il y ait jamais eu une véritable hémorrhagie.

Au portour de la tumeur, la peau est saine. Les poils y sont peut-être plus nombreux qu'ailleurs. On ne remarque pas de développement exagéré des troncs veineux : cependant une coloration bleuâtre, profonde, de la peau, semble déceler une dilatation du système capillaire du derme. Rien à noter du côté des ganglions lymphatiques.

Ajoutons, pour terminer, que le malade porte une saillie de même nature, de la grosseur d'une petite noix, au niveau de la tubérosité antérieure du tibia droit, et de plus, disséminées sur tout le corps, principalement sur le tronc, une infinité de petites taches de molluscum.

Le malade désirait vivement l'ablation au moins partielle de la tumeur, qui était à la fois disgracieuse et gênante. M. Demarquay refusa de l'opérer et fit construire une sorte de cuissard lacé, qui, soutenant la tumeur, permit un libre fonctionnement du membre.

Le malade, guéri de son adénite, sort le 1er août.

DISCUSSION

M. LARREY. Je n'ai pas vu un seul fait identique à celui que nous présente notre collègue. J'ai vu parfois, dans les conseils de révision, des tumeurs érectiles veineuses bleuâtre violacé, et je me rallie volontiers au diagnostic porté par M. Demarquay, bien que sans les ponctions exécutées par lui on pût songer à l'éléphantiasis des Grecs; je crois, du reste, qu'il faut s'abstenir de toute opération.

M. LEDENTU. Je ne pense pas qu'on ait affaire ici à une tumeur érectile franche. La tumeur est flasque, ne se développe pas tout d'un coup; je la crois de nature complexe, et je penserais volontiers à des dilatations lymphatiques ou à un molluscum.

M. DESPRÈS. Pour moi, c'est un molluscum éléphantiasique. Sans parler du mémoire d'Allard qui contient des faits identiques. Vanzetti (de Padoue) nous a présenté ici un malade analogue qui, entre autres productions éléphantiasiques, avait un énorme appendice caudal. Les ponctions profondes de M. Demarquay ont fourni du sang, mais point les superficielles. En résumé, considérant surtout les autres petites tumeurs disséminées, je crois à un molluscum.

M. DOLBEAU. Je partage l'opinion de M. Desprès. C'est un *molluscum pendulum*, et il n'y faut pas toucher.

M. DEMARQUAY. Mon opinion est que la tumeur que je vous ai montrée est de nature plus complexe. J'avais d'abord pensé à une dilatation lymphatique, mais les piqûres ne m'ont jamais fourni de lymphe : aussi, en raison du dire du malade, qui reconnaît comme début un développement veineux considérable, je crois à une hypertrophie du derme recouvrant une couche vasculaire considérable et profonde.

M. DESPRÈS. La présence des vaisseaux n'exclurait pas le diagnostic d'un molluscum : il y a des vaisseaux artériels et veineux dans tous les molluscum, on y trouve également des dilatations variqueuses des réseaux lymphatiques. Le plus bel exemple de molluscum qui ait été publié et qui est dû à la pratique de Nélaton, était si vasculaire qu'il fallut recourir, pour son extirpation, à des ligatures multiples.

M. PANAS. J'ai opéré un jeune homme d'une tumeur de la paupière analogue à celle de M. Demarquay nous présente ; comme la tumeur recouvrait absolument l'œil, j'en fis l'ablation, et la pièce examinée fut jugée de nature hyperplasique, c'est-à-dire que tous les éléments anatomiques y étaient hypertrophiés jusqu'au nerf sus-orbitaire qui avait deux fois son volume normal. M. Dolbeau a du reste observé dans un autre molluscum des nerfs si développés que le nom de névrome plexiforme fut donné à la tumeur.

M. HOUEL. La tumeur opérée par Nélaton, à laquelle M. Desprès faisait allusion, constituait un véritable petit manteau descendant jusqu'au bas des reins. La peau n'était pas bourgeonnée et avait presque conservé son aspect normal. Des artères de volume considérable battaient dans la tumeur. Aussi Nélaton fut-il contraint, avant de commencer l'ablation, de faire avec de la ficelle une série de ligatures et de segmenter pour ainsi dire la masse. La peau rugueuse éléphantiasique du malade de M. Demarquay ne ressemble pas à celle du malade de Nélaton.

M. DESPRÈS. J'insiste sur ce fait, caractéristique pour moi, que le malade de M. Demarquay porte d'autres molluscum.

La séance est levée à cinq heures dix minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La science française vient de perdre une de ses gloires dans la personne de M. Élie de Beaumont, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, professeur au Collége de France et à l'École des mines, le créateur de la célèbre théorie du soulèvement des montagnes et l'auteur de la Carte géologique de la France, monument inachevé et qui eût suffi à lui seul à illustrer son nom. Bien que M. Élie de Beaumont n'ait pas été des nôtres, le corps médical ne peut rester indifférent à la perte d'un savant que l'Europe entière nous a envié.

— Le ministre de la guerre a mis à l'ordre du jour de l'armée la belle conduite tenue en Tunisie par M. le docteur Laval. Voici l'ordre du jour que publie le *Moniteur de l'Armée :*

« M. le docteur Laval, médecin-major des hôpitaux de la division de Constantine, se trouvait dans la régence de Tripoli pendant la durée d'un congé, lorsqu'il apprit qu'une maladie grave sévissait dans le Merdj, localité située à vingt heures de Bengazi. Il n'hésita pas à se rendre dans cette localité et constata sur plusieurs malades les symptômes de la peste.

« Seul Européen et seul médecin au milieu d'une population terrifiée, M. le docteur Laval prodigua ses soins éclairés aux personnes atteintes, avec un zèle et un dévouement au-dessus de tout éloge. En même temps, il prescrivit et surveilla l'exécution de toutes les mesures qui pouvaient être de nature à arrêter les progrès de l'épidémie et à en circonscrire le foyer.

« Ces mesures ont puissamment contribué à préserver de la contagion les populations des localités voisines.

« Malheureusement, frappé lui-même après quinze jours de travaux incessants, il a succombé aux atteintes du fléau, donnant encore, dans ses derniers moments, l'exemple de la plus grande fermeté d'âme et de la plus complète abnégation.

« L'autorité ottomane, s'associant aux sentiments de reconnaissance manifestés par la population envers l'homme qui s'est dévoué pour elle, a tenu à faire rendre solennellement les honneurs funèbres militaires à M. le docteur Laval.

« Le vice-président du conseil, ministre de la guerre, signale à l'armée la belle conduite de ce médecin militaire, digne continuateur des traditions de dévouement qui ont porté si haut l'honneur du corps de santé de l'armée. »

— On sait qu'à Vienne (Autriche), le congrès sanitaire international qui s'est tenu dans ces derniers mois, a proposé la formation d'une commission permanente internationale, dite *des épidémies*, laquelle aurait d'abord pour objet d'étudier le choléra. Cette commission pourra puiser d'utiles renseignements dans les matériaux statistiques qui ont été, paraît-il, recueillis en grand nombre, à ce que nous apprend la *Gazette d'Augsbourg*, pendant la dernière épidémie cholérique de Munich en 1873-1874 ; précisément pour servir d'indications aux hommes spéciaux qui auront à rechercher le mode de propagation du fléau, les moyens de le combattre, de l'éloigner, etc. Ce sont des renseignements de ce genre qu'il est utile de recueillir dans toutes les localités, quand malheureusement l'occasion s'en présentera.

Les tableaux dressés à Munich indiquent les rues, les places, etc., où le fléau a sévi ou bien n'a pas sévi ; le nombre de cas cholériques ou de décès survenus chaque jour, avec la durée de la maladie, si les cas ont eu lieu dans la période hivernale ou pendant l'été, etc. On a distingué deux périodes pendant cette épidémie de Munich : l'une du 26 juin au 16 novembre 1873, l'autre du 27 novembre 1873 au 27 avril 1874, jour où le mal a disparu sans retour. On compte à Munich 400 rues ; on a constaté que 122 ont été épargnées, sur lesquelles 93 n'étaient pas canalisées.

Le nombre total des cas cholériques a été de 3,040, dont 1,466 suivis de mort. Le jour le plus fort de l'été pour les attaques a été le 11 août : on en a constaté 39 ; — les décès les plus nombreux : 18 ont eu lieu le 15 du même mois. Pendant l'hiver, c'est le 8 décembre qui a fourni le plus d'attaques : 59 ; et ce sont ce même 8 décembre et le 24 janvier qui ont fourni le plus de décès.

(*Journal officiel.*)

— M. le docteur Martin-Damourette recommencera ses cours de thérapeutique et de sciences médicales le 1er octobre, à une heure, place de l'École-de-médecine, 17.

— M. le docteur Burq désirerait s'associer avec un confrère pour la fondation d'un *institut métallothérapique*. S'adresser boulevard Montmartre, 18, Paris.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 113. — MARDI 29 SEPTEMBRE 1874. 47e ANNÉE. MARDI 29 SEPTEMBRE 1874. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — HÔTEL-DIEU. Des tumeurs cérébrales. — Observations d'anévrysmes. — Étude de la circulation maternelle dans le placenta. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

HOTEL-DIEU

M. B. BALL, suppléant de M. le professeur BÉHIER.

Des tumeurs cérébrales.

Leçons recueillies par H. LIOUVILLE (1).

Messieurs, après avoir rapidement esquissé l'histoire de la malade qui fait l'objet de ces leçons, je vous ai exposé quelques idées générales sur la symptomatologie des lésions encéphaliques, et je vous ai promis une analyse plus détaillée des phénomènes qui accompagnent les tumeurs du cerveau.

Mais avant d'aborder l'étude des faits particuliers, je dois insister sur un caractère général qui domine, on peut le dire, toute l'histoire clinique des tumeurs intra-crâniennes, et qu'il faut toujours avoir présent à l'esprit lorsqu'on veut appliquer à la pratique les données de la pathologie.

L'irrégularité, l'intermittence des symptômes, les périodes d'exacerbation et de rémission qui marquent l'évolution de ces lésions, peuvent être diversement interprétées : tantôt des modifications survenues au sein même du produit morbide en altèrent la forme et la consistance; tantôt des alternatives de congestion et d'affaissement en font varier le volume; tantôt, enfin, de véritables hémorrhagies viennent l'inonder, et produisent, au point de vue des manifestations extérieures, des perturbations profondes.

Rappelons-nous donc que loin de suivre une courbe régulière, l'expression symptomatique des tumeurs cérébrales est sujette à des ondulations plus ou moins capricieuses, qui impriment à sa physionomie générale une mobilité qui contraste avec les allures habituellement plus régulières du ramollissement, de l'hémorrhagie et de la plupart des autres affections encéphaliques.

Ces données une fois établies, entrons en matière.

Pour suivre dans notre exposition une marche régulière, il nous faut étudier séparément chacun des divers ordres de symptômes qui constituent le tableau de la maladie. Pour éviter de multiplier à l'infini les subdivisions, nous les réunirons en trois groupes principaux : troubles de la sensibilité, troubles de la motilité, enfin troubles de l'intelligence. Il faut y joindre un paragraphe spécial, qui comprendra les manifestations viscérales, ainsi qu'un certain nombre d'accidents qui ne se prêtent à aucune classification méthodique.

Commençons par les troubles de la sensibilité.

Comme la plupart des symptômes qui accompagnent les tumeurs viscérales, ils peuvent se diviser en phénomènes d'excitation et en phénomènes de dépression : d'une part, les *douleurs;* d'autre part, les *paralysies* sensorielles.

Parmi les sensations douloureuses qui accompagnent les tumeurs intra-crâniennes, la première place appartient incontestablement à la *céphalalgie.* On ne saurait assez insister sur l'importance capitale et sur la fréquence relative de ce phénomène, qui se rencontre dans la moitié des cas observés.

Le plus souvent, la douleur de tête est généralisée. Quelquefois elle n'occupe qu'une moitié de la tête (*hémi-crânie*); quelquefois elle se limite à un point déterminé : dans ce dernier cas, elle est le plus souvent *frontale;* mais elle peut être également *pariétale*, *temporale* ou *occipitale.*

Elle est souvent accompagnée d'une douleur excessivement vive à la nuque.

Mais ce qu'il importe surtout de remarquer, c'est que souvent il existe les rapports les plus précis entre le siége de la douleur et le siége de la lésion. C'est là une coïncidence dont la pathologie nous offre plus d'un exemple : ainsi, dans la pleurésie, le point de côté coïncide presque toujours avec le siége de l'épanchement. Il y a là un phénomène réflexe, une manifestation *sympathique,* en vertu de laquelle la souffrance des organes profonds se traduit par une douleur portée sur les nerfs superficiels qui leur correspondent le plus exactement. On peut tirer de cette donnée clinique un immense parti pour le diagnostic du siége de la tumeur; et, comme vous le voyez, je suis loin d'être un adversaire absolu des *localisations,* car je vous signale ici le plus sûr de tous les indices qui peuvent nous mettre sur la trace d'un pareil diagnostic.

Un seul exemple suffira pour vous montrer l'importance pratique de la question. Grâce aux symptômes localisateurs et surtout à la céphalalgie, on a pu quelquefois évacuer des abcès du cerveau : à coup sûr, il eût été impossible de les chercher dans toute l'étendue de la masse encéphalique.

Sans nous étendre davantage sur ce point, étudions la céphalalgie en elle-même, et cherchons à saisir les principaux caractères de cette manifestation morbide. Le plus souvent, elle marque le début de la maladie; souvent même elle en constitue le seul symptôme pendant un long espace de temps. Dans bien des cas, confondue avec une simple migraine, elle n'attire que médiocrement l'attention du malade et du méde-

(1) Suite. — Voir les numéros des 22 et 24 septembre.

cin, lorsque tout à coup on voit apparaître le strabisme, l'hémiplégie ou d'autres accidents qui viennent en accentuer et en préciser la signification.

Je vous ai déjà prévenus que la céphalalgie peut offrir de grandes variations d'intensité; qu'elle a des exacerbations et des rémissions, et qu'elle est quelquefois caractérisée par une périodicité fort bien réglée. Chez une malade que j'ai eu l'occasion d'observer l'année dernière, les crises de douleur offraient un type quarte des plus réguliers. Mais ce qu'il importe surtout de savoir, c'est que la cessation brusque de cette douleur est un phénomène de la plus haute gravité, qui coïncide souvent avec l'apparition des accès épileptiformes, avec l'hémiplégie, avec le coma, et qui peut même être le signe avant-coureur d'une mort prochaine.

Messieurs, toutes les fois que dans le cours d'une affection chronique, vous voyez disparaître tout à coup un phénomène prédominant, soyez sur vos gardes; ce changement de front est presque toujours de mauvais augure. Quand vous voyez brusquement cesser le tremblement de la paralysie agitante; quand vous voyez un aliéné revenir subitement à la raison, le pronostic est excessivement grave, sachez-le bien.

Malgré toute l'importance que nous attribuons à la céphalalgie, il ne faudrait pas croire qu'elle est indispensable au diagnostic des tumeurs cérébrales. Elle peut manquer complétement. Elle manque, en effet, chez près de la moitié des sujets, et notre malade en offre précisément un exemple, ce qui, soit dit en passant, serait une raison pour localiser le mal dans la région de la protubérance ou du bulbe. Mais, par compensation, cette femme présente, au degré le plus élevé, un phénomène assez fréquent dans la maladie qui nous occupe; je veux parler de la *névralgie trifaciale;* presque toujours occasionnée par la compression directe du nerf trijumeau ou de l'une de ses branches, cette douleur diffère sous ce rapport de la céphalalgie, phénomène plus général et qui ne dépend pas nécessairement du siége de la tumeur; car s'il existe, comme je l'ai dit, une corrélation souvent observée entre la localisation des lésions intra-crâniennes et le point occupé par la douleur de tête, cette règle comporte de nombreuses exceptions.

La névralgie, quel que soit d'ailleurs son siége, peut souvent s'accompagner d'*anesthésie :* c'est précisément ce que nous observons ici, et nous y trouvons un excellent caractère pour reconnaître la compression d'un tronc nerveux. Les filets les plus directement exposés à la pression, perdent entièrement leurs propriétés, tandis que les autres deviennent le siége des sensations les plus pénibles. La douleur, en pareil cas, présente souvent des exacerbations nocturnes; c'est précisément ce qui arrive chez notre malade, et il faut bien se garder de l'attribuer à la syphilis, qui est loin d'en posséder exclusivement le privilége.

Parlons enfin des douleurs qui peuvent se propager sur le trajet des membres; elles occupent, le plus souvent, le côté paralysé, en cas d'hémiplégie; elles se distinguent, par leur fixité, des douleurs fulgurantes de l'ataxie; elles sont tantôt lancinantes, tantôt déchirantes, tantôt gravatives; souvent aussi le malade éprouve une sensation de brûlure.

En résumé, messieurs, la douleur, sous ses diverses formes, occupe une place de premier ordre dans l'histoire des tumeurs cérébrales. Occupons-nous maintenant du phénomène inverse, qui n'offre pas moins d'intérêt. Je veux parler des *paralysies sensorielles.* (*A suivre.*)

OBSERVATIONS D'ANÉVRYSMES (1)

Par M. le professeur VERNEUIL.

OBS. V. — *Anévrysme spontané de l'artère poplitée. — Insuccès de la flexion et de la compression indirecte. — Trois injections coagulantes.—Embolie à la troisième.— Gangrène du membre. — Mort.*

H... (Charles), soixante-cinq ans, chaudronnier, a joui, jusqu'au mois de janvier 1871, d'une bonne santé; à cette époque, il eut une bronchite intense qui le fatigua beaucoup.

Il entre à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Louis, n° 10, le 10 juin 1871.

Cinq mois auparavant, il ressentit dans le creux du jarret, du côté droit, une démangeaison légère et s'aperçut, en y portant la main, de la présence d'une grosseur indolente; quelque temps après, il commença à ressentir dans les parties profondes de la cuisse des douleurs, cessant d'abord pendant le repos au lit, mais qui, depuis un mois, ont augmenté et l'ont fait boiter. Il n'y a jamais eu dans la jambe ni douleurs, ni œdème, ni fourmillements.

Actuellement, on trouve dans le creux poplité du côté droit et légèrement portée vers la partie interne, une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, allongée, mesurant environ 5 à 6 centimètres de longueur et 2 à 3 de largeur; à la palpation, elle paraît formée de plusieurs bosselures, et présente à sa partie inférieure un prolongement lobulé, qui semble se détacher du reste de la tumeur et donne au doigt la forme et la sensation de l'épididyme. La tumeur principale et son prolongement rappellent les deux parties de la vessie natatoire des poissons. Il n'y a ni adhérence ni changement de couleur à la peau. La tumeur, en partie réductible, est animée de battements très-marqués et de mouvements d'expansion manifestes à la vue et au toucher, et qui cessent quand on comprime la fémorale, soit dans le triangle de Scarpa, soit au tiers inférieur de la cuisse. L'oreille y perçoit un bruit de souffle simple, intermittent, peu intense, ce qui fait penser que l'ouverture de communication de l'artère et du sac est considérable par rapport au volume de ce dernier. Les battements de la tibiale postérieure sont très-difficiles à percevoir, et l'on ne peut sentir ceux de la pédieuse. Les veines superficielles ne sont pas dilatées.

Quelques jours après l'entrée du malade, on commença le traitement par la flexion forcée. Mais le petit volume de la tumeur rendait ce procédé peu efficace. Il le devenait seulement par l'addition d'un tampon de ouate placé sur le sac, entre la jambe et la cuisse, mais provoquait alors des douleurs violentes. Il fallut donc y renoncer.

On essaya alors les divers procédés de compression de la fémorale au pli de l'aine, qui malheureusement ne donnèrent pas de meilleur résultat, et cela pour une raison toute spéciale. En effet, le malade était maigre et certainement affecté d'athérome artériel. La fémorale volumineuse et très-mobile dans le tissu cellulaire offrait les battements les plus énergiques que jamais peut-être j'aie observés. La digitale en diminuait le nombre, mais non l'intensité. Aussi lorsqu'on entreprit la compression, les doigts des aides se fatiguaient très-vite, et il fallait les remplacer trop souvent pour que le sang pût se coaguler dans la poche. On essaya la compression avec un sac de plomb pesant au moins 4 à 5 livres; mais employé seul, ce sac, chassé par les battements, glissait bientôt sur les côtés de l'artère; maintenu par les mains d'un aide ou du malade, il déterminait rapidement au point comprimé des douleurs qui forçaient à l'abandonner; s'il était, au contraire, superposé aux doigts comprimant l'artère, il engourdissait ces doigts au point de rendre la pression impuissante. On essaya encore un appareil compresseur prêté par M. Mathieu, mais la pelote, comme l'extrémité du sac de plomb, était bientôt chassée sur les côtés de l'artère.

L'insuccès de la flexion et de la compression me décida à faire dans l'anévrysme une injection coagulante avec la seringue de Pravaz à double canule.

(1) Suite. — Voir les numéros des 24 et 26 septembre 1874.

Le 27 août, la compression étant soigneusement établie au pli de l'aine et sur le tronc tibio-péronier, je fais la ponction à la partie moyenne de la tumeur, en un point où l'expansion est très-évidente. Le poinçon retiré, un jet de sang m'a vertit que je suis dans le sac. J'injecte alors six gouttes de perchlorure de fer à 15 degrés; la double compression est maintenue pendant une demi-heure.

Le malade ne ressent, au moment de l'opération et pendant toute la journée, ni douleurs, ni refroidissement, ni crampes dans la jambe. Le soir, les battements de la tibiale postérieure se sentent aussi faiblement que les jours précédents; le sac est certainement plus petit, plus dur, l'expansion et les battements ont diminué.

Les jours suivants, la dureté du sac n'augmente pas; l'anévrysme présente un peu moins de volume; mais les battements et le souffle reprennent peu à peu leur intensité première. La circulation périphérique est normale.

Le 8 septembre, les symptômes sont presque aussi marqués qu'avant l'injection; l'endurcissement du sac a presque disparu, excepté dans le lobule inférieur, qui se détache mieux du reste de la masse.

Le 2 octobre, la tumeur est revenue au même état qu'avant l'injection; battements, expansion, souffle, dimensions, tout y est comme au début.

Le 4 octobre, la double compression préalable étant établie, seconde injection de sept gouttes de perchlorure à 22 degrés. La ponction faite à 15 millimètres environ plus haut que la précédente, ne donne issue qu'à de la sérosité brunâtre assez limpide, dont on ne devine pas bien la provenance. La canule, étant enfoncée davantage, arrive dans l'intérieur du sac, d'où sort aussitôt un jet de sang rouge, saccadé. On pousse alors sept gouttes du liquide coagulant. A ce moment, le malade ressent dans le sac anévrysmal une douleur qu'il n'avait pas éprouvée la première fois; elle ne dure que quelques minutes. Pendant la journée, on ne constate rien de particulier; pas de douleur dans le membre, pas de refroidissement. Le soir, à quatre heures et demie, les battements et l'expansion de la tumeur sont encore perceptibles; d'autre part, la consistance, augmentée aussitôt après l'injection, n'a pas diminué depuis.

Le lendemain, on observe de la roideur dans la jambe, quelques symptômes d'inflammation modérée, autour de la piqûre, léger gonflement et douleur à la pression, rougeur et tension de la peau; ces phénomènes disparurent peu à peu les jours suivants.

Le 19 octobre, il n'y avait plus de douleurs dans le membre, la tumeur était dure, les battements, l'expansion et le souffle avaient diminué, quoique très-marqués encore; on distinguait très-bien le noyau dur obtenu par la première injection, et l'induration voisine produite par la seconde.

Cette amélioration ne faisant aucun progrès, je pratique, le 10 novembre, une nouvelle injection de huit gouttes de liqueur iodo-tannique. La ponction est faite cette fois tout à fait à la partie supérieure du sac, presque dans le point où l'artère poplitée y pénètre. La compression au-dessous et au-dessus est maintenue pendant vingt à vingt-cinq minutes environ; on continue ensuite pendant une heure la compression à la racine de la cuisse.

Pendant ce temps, le malade accuse de l'engourdissement dans tout le membre; les veines sous-cutanées sont très-fortement gonflées; au moment où l'on cesse la compression, il survient subitement une douleur très-vive dans toute la jambe et en particulier dans le mollet.

Dans le courant de la journée, la douleur continue; mais en même temps on constate des modifications importantes dans l'état du membre. Le sac ne présente plus d'expansion, mais seulement quelques battements, communiqués peut-être par la poplitée, qui bat énergiquement. Le creux du jarret n'est point douloureux. Le mollet, au contraire, est tuméfié, dur, très-sensible au toucher, le pied et la moitié inférieure de la jambe sont engourdis et presque insensibles; les orteils sont bleuâtres; la peau du pied et de la jambe est çà et là couverte de taches bleuâtres et de points décolorés. Les veines sous-cutanées sont turgescentes; aucun battement ni dans la pédieuse ni dans la tibiale postérieure; sans être froid, le membre offre pourtant au toucher une diminution de température.

Le lendemain matin, tous ces phénomènes se sont accentués. L'insensibilité et la teinte livide occupent toute la moitié inférieure de la jambe et le pied, dont les orteils sont déjà quelque peu flétris. La tuméfaction et la sensibilité du mollet augmentent. Il est évident qu'un caillot, détaché du sac après la levée de la compression, est venu s'arrêter dans l'artère tibiale postérieure et oblitérer ce vaisseau.

On enveloppe le membre de compresses trempées dans l'alcool et recouvertes de ouate et de taffetas gommé. Sur le mollet, frictions avec l'onguent napolitain belladoné. A l'intérieur, potion cordiale avec l'acétate d'ammoniaque.

Le 12, le sphacèle se dessine de plus en plus. Le pied est gonflé; l'épiderme soulevé par places laisse à nu un derme rosé qu'on peut traverser avec une épingle sans provoquer de douleurs.

La rougeur de la peau remonte jusqu'à 10 centimètres des malléoles et se termine par un liséré frangé d'un rose vif, au-dessus duquel le tégument reprend sa coloration et sa sensibilité normales.

Les jours suivants, la gangrène ne fait pas de nouveaux progrès. Le sillon d'élimination tend à se former. On doit s'attendre à la perte du tiers inférieur de la jambe. Le mollet reste toujours douloureux, rénitent et gonflé, une fois plus gros que celui du côté opposé, comme s'il y avait en cet endroit un phlegmon profond. Mais il n'y a pas d'œdème considérable à la surface, et je cherche en vain la fluctuation. Aussi je m'abstiens de pratiquer une incision.

L'état général n'est pas mauvais; la fièvre est à peine appréciable. On s'attache à calmer les douleurs du mollet, à combattre l'insomnie et à soutenir les forces. On fait sur les parties mortifiées des applications réitérées d'acide phénique dilué, qui neutralisent assez bien la mauvaise odeur.

Le 21, la scène change brusquement. Frisson prolongé; le thermomètre monte à 40 degrés; fièvre vive, peau chaude, soif intense, diarrhée abondante; grand accablement, subdélirium la nuit. Cet état se continue les jours suivants; la diarrhée persiste, en dépit des moyens qu'on lui oppose; la langue est sèche et l'appétit tout à fait nul. Le mollet se dégonfle rapidement et cesse d'être douloureux.

Le 25, œdème du pied opposé; rougeur et douleur au niveau du poignet gauche, indiquant nettement une arthrite pyohémique. Mort la nuit suivante.

Autopsie, vingt-huit heures après la mort.

Pleurésie ancienne à droite. Le poumon adhère fortement à la plèvre tapissée de fausses membranes; les deux poumons sont sains; pas d'infarctus; pas d'embolie. Les valvules du cœur sont intactes; l'aorte est dilatée, sacciforme, athéromateuse; le foie est gras en certains points, sain dans les autres; les reins sont petits et ratatinés. Rien de particulier dans la rate.

L'articulation radio-carpienne gauche est remplie de sérosité gélatiniforme, purulente; l'articulation scapulo-humérale du même côté renferme un liquide analogue, un peu moins louche cependant; le sang trouvé dans les gros vaisseaux et le cœur est diffluent, noirâtre, sans mélange de caillots.

La poplitée du côté gauche n'offre aucune dilatation, mais il y a par places de l'endo-artérite en état de régression graisseuse.

L'anévrysme est immédiatement sous l'aponévrose et lui adhère assez fortement dans l'étendue de 15 millimètres environ; on retrouve à ce niveau deux petites ecchymoses correspondant sans doute aux ponctions antérieures. L'aponévrose enlevée, on découvre le sac. Il est fusiforme, long de 6 centimètres et large au maximum de 3 centimètres. Il commence en haut à 3 centimètres de l'interligne articulaire, et finit en bas au point de jonction des deux jumeaux; sa face sous-cutanée est irrégulière, bosselée, recouverte par la veine poplitée très-adhérente, aplatie, mais non oblitérée, et par le nerf sciatique poplité interne, qui s'y est creusé un sillon longitudinal. Un étranglement transversal, situé à 2 centimètres de l'extrémité inférieure, divise ce sac en deux parties inégales et explique bien la singulière forme que déjà l'on avait constatée à travers les téguments.

La face antérieure ou profonde de la tumeur est plus régulière; elle repose sur le ligament postérieur du genou, et plus bas sur le muscle poplité; mais elle en est séparée par la partie inférieure de l'artère poplitée, qu'elle recouvre dans l'étendue de 5 centimètres, sans y adhérer notablement.

L'ouverture de communication de l'artère avec le sac correspond

à la partie la plus élevée de ce dernier; en ce point, le vaisseau est un peu dilaté et présente sur sa face postérieure une perforation régulièrement circulaire, de 1 centimètre environ de diamètre, au pourtour de laquelle paraît s'insérer la paroi du sac anévrysmal. C'est à partir de cette espèce de collet ou de pédicule que le sac se dilate et se porte en bas dans une longueur de 6 centimètres. Par suite de cette disposition insolite, l'anévrysme est véritablement polypiforme, son grand axe étant vertical et presque parallèle à celui de l'artère poplitée.

Les parois de la poche sont épaissies et solides. La cavité est complétement remplie par un caillot ferme, teinté en rouge, sans stratifications, sauf au voisinage immédiat de la paroi, et qui résulte manifestement de l'action du liquide coagulant sur le sang. Il adhère assez solidement à la face interne du sac et se prolonge dans l'artère poplitée, au-dessus de son ouverture, dans l'étendue de 1 centimètre et demi, et au-dessous dans une étendue double. Donc la troisième injection avait solidifié le sang non-seulement dans le sac, mais encore dans l'artère, en amont et en aval de l'ouverture de communication. C'est de là sans aucun doute que s'est détachée l'embolie.

L'artère poplitée elle-même, est un peu dilatée au-dessus de la perforation; au-dessous, au contraire; elle diminue brusquement de volume dans tout l'espace où elle est recouverte par le sac.

La bourse séreuse du demi-membraneux, distendue par du liquide filant, forme un kyste gros comme une noisette allongée.

Le tronc tibio-péronier et les artères qui lui font suite ne renferment aucun caillot, mais seulement des traces d'endo-artérite. On ne retrouve donc point l'embolie diagnostiquée pendant la vie. Il est très-probable que le caillot obturateur ne sera dissous pendant les derniers jours de l'existence. Je suis plus surpris encore de ne constater aucun indice de phlegmon dans le mollet au point où s'étaient développés le gonflement douloureux et les signes si manifestes d'une inflammation profonde. Les muscles présentent, même à ce niveau, leur apparence normale; tandis que, vers la partie inférieure du membre, ils sont pâles, jaunâtres et stéatosés.

Les veines de la jambe renferment du sang noir et des bulles de gaz, mais nulle trace de thrombose.

La méthode des injections coagulantes n'a été employée jusqu'ici qu'un petit nombre de fois dans le traitement des grands anévrysmes, et l'insuccès que je publie n'est pas de nature à lui gagner des partisans.

Cependant, avant de la condamner d'une manière définitive, il est bon d'examiner, dans le cas présent, pourquoi j'ai cru devoir la mettre en usage et pourquoi elle a provoqué des accidents.

Je l'avais choisie parce que la compression et la flexion s'étaient montrées impuissantes, parce que je considérais comme particulièrement dangereuse la ligature pratiquée sur une artère athéromateuse, dans laquelle l'impulsion sanguine était extrêmement énergique; parce qu'enfin le petit volume et l'exacte limitation du sac me semblaient être des conditions très-favorables à la formation d'un caillot circonscrit. Si j'avais connu à l'avance la vraie disposition de ce sac, et son quasi-isolement de l'artère, je n'aurais été que plus porté à pratiquer l'injection coagulante, car, malgré l'issue funeste, on peut dire que cette injection a parfaitement réussi, ayant amené la formation d'un caillot complet, non-seulement dans la poche anévrysmale, mais encore dans une assez grande étendue de l'artère au-dessus et au-dessous de sa perforation.

Il n'a manqué à ce caillot, pour être efficace et innocent, qu'une solidité suffisante et une adhérence assez forte à la paroi artérielle pour résister au choc de l'ondée sanguine après la cessation de la compression inguinale.

Malheureusement le caillot était trop friable. Aussi, tandis qu'il résistait à l'impulsion du sang qui le frappait par en haut, il fut ébranlé dans toute sa hauteur et laissa se détacher de sa terminaison inférieure un fragment embolique qui vint brusquement obturer l'artère tibiale postérieure ou peut-être la fin du tronc tibio-péronier.

La friabilité du caillot une fois admise n'est pas à son tour impossible à expliquer. La crainte de provoquer dans le sac une inflammation trop vive et une coagulation trop étendue m'avait fait employer pour la première séance une petite quantité d'un liquide faiblement coagulant (6 gouttes de perchlorure à 15 degrés).

L'effet ayant été presque nul, j'augmentai dans la seconde séance et le nombre des gouttes et la concentration du médicament (7 gouttes de perchlorure à 22 degrés). Cette fois la réaction locale fut assez vive, mais le résultat encore très-imparfait.

L'innocuité des deux premiers essais devait m'enhardir, mais il fallait évidemment une action plus énergique encore.

Toujours préoccupé des inconvénients attribués au perchlorure de fer à 30 degrés, je songeai à le remplacer par la liqueur iodo-tannique, qui, maintes fois injectée dans les varices par les chirurgiens lyonnais, est réputée aussi active et plus innocente que le sel ferrique, quoique provoquant d'une façon moins rapide la coagulation sanguine.

Malheureusement je ne tins pas un compte suffisant des qualités différentes que doit posséder un caillot suivant qu'on le fait naître dans une veine ou dans une artère. Soumis, dans le premier de ces vaisseaux, à une pression *a tergo* très-faible, et qu'on peut presque anéantir par la simple position du membre, il a tout le temps de se consolider et d'adhérer d'une façon inébranlable à la paroi. Dans l'artère, au contraire, il est vigoureusement frappé dès que la compression indirecte a cessé, puis entraîné ou morcelé si, au moment de cette cessation, il n'a pas acquis le degré nécessaire de cohésion et d'adhésion.

En résumé, je me reproche d'avoir préféré la liqueur iodo-tannique au perchlorure de fer.

Il me reste encore à examiner si, une fois l'embolie reconnue, j'ai fait le nécessaire pour sauver mon malade. Ici encore je m'accuse d'avoir montré trop de timidité et de n'avoir pas pris sur-le-champ le parti d'amputer. Si je rejetai tout d'abord une ressource si extrême, c'est que, peu de temps auparavant, j'avais observé précisément une embolie spontanée partie d'un anévrysme poplité, et que j'avais pu guérir l'affection première et la complication, sans avoir recours au couteau (1).

Je ne portai donc pas tout d'abord un pronostic très-grave. Mais ici encore je me trompais, car le sujet guéri était plus jeune (quarante-six ans), et avait un système artériel capable de subir, sans trop de peine, la dilatation collatérale; tandis que mon malade actuel, âgé de soixante-cinq ans, avait des artères indurées peu propres au réablissement d'une circulation supplémentaire.

Au reste la gangrène, se substituant rapidement à l'asphyxie locale, ne me laissa pas de longues illusions. Mais alors d'autres raisons me détournaient de l'amputation immédiate. Dans les premiers jours, le sphacèle n'était pas limité, et l'on sait que les amputations pratiquées dans ces circonstances sont d'une gravité exceptionnelle. A partir du quatrième jour on put voir que la mortification n'envahirait que la partie inférieure de la jambe : nouvelle raison pour attendre. Ce qui m'éloignait surtout de la mesure radicale, c'est qu'avec le gonflement du mollet je ne pouvais penser à l'amputation de la jambe, et qu'il fallait d'emblée remonter au tiers inférieur de la cuisse. Bref, je temporisai tant et si bien que les accidents généraux éclatèrent, qu'une pyohémie se développa, et qu'en présence d'une telle complication je n'eus pas le courage d'amputer un malheureux vieillard *in extremis*. A la vérité, l'autopsie ne révéla pas les abcès viscéraux que je redoutais, mais seulement des collections articulaires certainement moins graves; mais je ne pus porter ce diagnostic délicat, et l'eussé-je fait que la seule septicémie aiguë m'aurait sans doute fait reculer.

Je conclus de ce fait intéressant et des détails dans lesquels je viens d'entrer :

1° Que j'aurais dû pratiquer d'emblée la ligature de la fémorale;

2° Qu'ayant préféré l'injection coagulante, j'aurais dû employer le perchlorure de fer ou prolonger davantage la compression inguinale après l'injection iodo-tannique;

3° Que l'embolie étant reconnue, il eût fallu, en raison de l'âge et de l'état des artères du sujet, recourir aussitôt à l'amputation de la cuisse.

(1) Voir *Bull. de la Soc. de chir.* 1870, p. 44. (Séance du 2 février.)

ÉTUDE

DE LA CIRCULATION MATERNELLE DANS LE PLACENTA

Par M. le docteur DELORE, ex-chirurgien en chef de la Charité, de Lyon (1).

M. Delore résume ce travail par les propositions suivantes :

1° Il y a donc dans le placenta de nombreux vaisseaux qui sont la continuation des sinus utérins.

2° La circulation maternelle de l'organe se fait surtout par la périphérie.

3° L'existence des artères et des capillaires maternels est douteuse.

4° Les hématies de la mère s'insinuent entre les villosités, et aucune ne doit échapper à leur contact.

5° L'existence du sinus circulaire est la règle.

6° Quand ce sinus fait défaut, l'entrée du sang dans le placenta se fait par des orifices en grillage.

7° Il y a dans le placenta des sinus intercotylédonaires superficiels et profonds.

8° Une fois sur cinq on trouve dans l'intérieur du placenta de grands sinus lacunaires. On en rencontre rarement à la périphérie.

9° Toute la circulation maternelle du placenta se fait d'après le type de ces sinus lacunaires.

10° Tous ces sinus sont tapissés par l'épithélium du système veineux.

11° La présence du sang maternel au contact des villosités est prouvée par l'histologie, les injections et l'examen des placentas de fœtus mort-nés.

12° L'existence des artères placentaires provenant de la mère est mise en doute par les injections utérines.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 juin 1874. — Présidence de M. PETER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. de Beauvais qui remercie la société de l'avoir admis au nombre de ses membres titulaires.

ÉLECTION

On procède au scrutin sur la candidature de M. Eugène Charpentier, qui est élu membre titulaire de la société.

CONSIDÉRATIONS SUR LE CLIMAT D'ENGHIEN.

M. GILLEBERT D'HERCOURT père lit, sous ce titre, la première partie d'un travail dans lequel il s'applique à combattre la croyance d'après laquelle le climat d'Enghien est réputé très-humide. Considérant que cette opinion est basée sur une erreur du public, qui suppose qu'Enghien est situé dans une vallée, et que son lac donne beaucoup d'humidité, notre collègue commence par déclarer qu'il n'existe pas de *vallée de Montmorency;* que le territoire qui porte ce nom n'est autre chose qu'une plaine assez élevée, dans laquelle, bien qu'il y ait quelques monticules, on ne rencontre aucune des conditions topographiques qui caractérisent les vallées. Au reste, la science, ayant pour organes Georges Cuvier et Alexandre Brongniart, s'est prononcée dans ce sens, en disant : « *que la plaine, qui forme ce que l'on appelle la vallée de Montmorency diffère autant par sa forme que par sa structure géologique des vraies vallées des pays de montagnes.* Donc le territoire sur lequel Enghien repose, n'ayant aucun rapport de configuration et de structure géologique avec les vallées, ne peut être soumis aux causes d'insalubrité de celles-ci.

Abordant ensuite la question du lac, M. Gillebert d'Hercourt démontre, par des faits autant que par le raisonnement, que, grâce à l'encaissement qu'il a subi, et en vertu duquel son fond vaseux est constamment recouvert dans les endroits les moins profonds d'une couche d'eau ayant plus de soixante centimètres d'épaisseur, le lac d'Enghien ne peut plus donner lieu à des émanations paludéennes. M. Perrochet, qui écrivait en 1839, affirmait déjà à cette époque qu'on ne rencontrait plus dans cette contrée aucune affection due à cette cause. Les médecins, qui lui ont succédé dans le pays confirment cette assertion. Le lac peut-il engendrer une proportion d'humidité nuisible à la santé des habitants? Non. Car, quelle que soit cette proportion, la vapeur d'eau, qu'aucun obstacle élevé ne gêne, peut se répandre librement au loin; et la nappe d'eau, qui n'a que quarante-deux hectares de superficie, est trop peu étendue par rapport à la plaine, dont la surface est de plusieurs myriamètres carrés, pour qu'on retrouve ici les conditions qui rendent humides, par exemple, les climats de Venise, de Strasbourg, et de certaines parties de la Hollande. D'un autre côté, il n'y a que les vents inférieurs du N.-O. et du S.-E. qui puissent agiter la surface de ce lac et y activer l'évaporation. Or la vapeur qu'ils contribuent à lui enlever, loin de se porter sur Enghien, est, à cause de la disposition des lieux, entraînée par eux soit du côté de Stains et de Saint-Denis, soit du côté d'Ermont. La conclusion tirée de ce qui précède est que le lac n'exerce aucune influence fâcheuse au point de vue de l'impaludisme comme à celui de l'humidité.

M. Gillebert d'Hercourt passe ensuite à la topographie d'Enghien. Il prouve par sa description que cette commune offre les conditions sanitaires les plus désirables : exposition méridionale, sol perméable et incliné du nord au sud, rues spacieuses et proprement tenues, maisons peu élevées et bien percées, belle végétation, absence d'industrie ou de culture malsaine.

Si l'air d'Enghien était habituellement aussi chargé d'humidité qu'on le dit, les rosées y seraient abondantes et les brouillards y seraient fréquents et épais.

Or c'est le contraire qui a lieu. M. Gillebert d'Hercourt appuie cette assertion sur de nombreux faits, et en outre il invoque le témoignage des voyageurs qui font tous les matins le trajet d'Enghien à Paris, et qui peuvent constater fréquemment que ce n'est qu'après avoir dépassé les stations d'Épinay et de Saint-Denis qu'on rencontre des brouillards.

S'il arrive qu'on ressente à Enghien une impression de fraîcheur, c'est ou parce que le vent vient du nord-ouest ou de l'ouest, ou parce que l'on réside, vers la fin du jour, dans les lieux trop ombragés.

Cet effet est, dans l'un et dans l'autre cas, étranger à l'influence du climat.

En somme, il n'est pas de pays où, à un moment donné, les habitants ne soient obligés de prendre quelques précautions contre les intempéries de l'air : sous ce rapport, Enghien est soumis à la loi commune, mais il n'y a rien au delà. L'auteur va le prouver par quelques observations météorologiques.

Ses premières observations datent du mois de juin 1870 ; elles ont été souvent interrompues; mais si, pour cette raison, elles ne lui permettent pas encore d'établir des moyennes, cependant par la comparaison de chacune de ses séries d'observations avec celles qui ont été relevées ailleurs aux mêmes heures et aux mêmes jours, elles lui donnent la faculté d'établir la conformité ou la non-conformité de climat entre Enghien et d'autres lieux.

C'est ainsi que M. Gillebert d'Hercourt a mis en regard ses relevés avec ceux des observatoires de Paris et de Montsouris.

Sur dix séries d'observations simultanées, comprenant chacune au moins vingt-cinq jours, et faites pendant les mois de janvier, février, mars, avril, mai, juin, octobre et novembre, il a trouvé pour moyennes de température, à Enghien : 8°25, et à Paris : 8°28.

Sur neuf séries d'observations simultanées ayant eu lieu durant les mêmes mois, juin et novembre exceptés, il a trouvé pour moyennes de l'état hygrométrique, à Enghien : 78°3; à Montsouris 77°7.

Un rapprochement analogue existe entre les tensions de la vapeur dans chacune de ces localités.

En conséquence, la température et l'humidité sont égales à Enghien et à Montsouris!

Ce résultat, dit M. Gillebert d'Hercourt, n'est-il pas la réfutation la plus absolue des préjugés que je combats?

Mais notre confrère ne s'arrête pas là. Il tient à prouver qu'à En-

---

(1) Brochure in-8°. — Paris, 1874, chez Lauwereyns.

ghien les météores aqueux subissent la loi commune, et qu'ils ne sont pas influencés par des causes exceptionnelles et locales.

Il résulte, en effet, des nombreuses confrontations qu'il a faites, qu'à Enghien la marche de l'humidité relative est semblable à celle que le même phénomène affecte à Paris, à Halle, et dans d'autres localités continentales, c'est-à-dire qu'elle a son maximum le matin, et son minimum à trois heures du soir. Après y avoir diminué progressivement du matin à trois heures du soir, l'humidité relative s'accroît, à partir de cette époque du jour, de manière à atteindre son maximum le lendemain matin. Cette marche constitue la règle, et si l'on y rencontre quelque exception, celle-ci concorde toujours avec l'existence d'un autre fait plus ou moins général, comme la chute de la pluie ou l'apparition d'un vent humide, faits auxquels le lac et les influences locales sont complétement étrangers.

D'autres observations exécutées dans des lieux différents presque simultanément, puisqu'elles se suivaient à dix ou à quinze minutes d'intervalle, ont démontré à notre collègue que toutes les fois que l'atmosphère est calme ou que les conditions d'ombrage ou d'exposition sont les mêmes ou à peu près, que les lieux étudiés soient près ou loin du lac, les observations psychrométriques donnent à peu de chose près les mêmes résultats, et que les faibles différences observées alors entre ceux-ci doivent être imputées au défaut de simultanéité des heures d'observation, car elles concordent avec la marche générale de l'humidité relative.

Au contraire, lorsque l'un des lieux où se font les observations est ou plus ombragé ou plus exposé que les autres à l'action d'un vent fort, soit sec, soit humide, la proportion d'humidité relative s'accuse, suivant les cas, plus faible ou plus grande dans ce lieu que dans les autres.

Enfin la surface de l'eau n'est pas chargée d'humidité autant qu'on pourrait le croire. En voici le preuve : le 6 juillet à 4 heures 30 du soir, au sommet de la rue des Galardes, à Saint-Gratien, près du chantier de pierre, lieu élevé et découvert, le psychromètre indique 26 centièmes d'humidité ; à 4 heures 40, sur le pont Catinat, entre les deux lacs, il indique 30 centièmes ; à 5 heures, sur la chaussée du lac en face du pavillon Talma, il indique 31 centièmes, et enfin de 5 heures 10 à 5 heures 25, en barque, sur le lac, à 30 centimètres au-dessus des eaux, il indique 33 centièmes. En tenant compte de l'intervalle de temps écoulé entre la première et la dernière expérience (55 minutes), et aussi du degré d'élévation de l'instrument audessus de la surface des eaux dans le premier et dans le dernier cas, on aura une juste idée du peu d'influence que le lac exerce sur l'état hygrométrique de l'air de la contrée.

En face d'expériences aussi concluantes, dit M. Gillebert d'Hercourt, en quelle considération devra-t-on tenir désormais les avis contraires au climat d'Enghien ? La réponse est facile

Sunt verba et voces, prætereaque nihil!

COMMUNICATION

M. DUROZIEZ fait une communication sur les préparations alcooliques de digitale.

DISCUSSION

M. VOISIN. Je désirerais m'informer dans quelle mesure on peut facilement et sans danger prolonger l'usage de ce médicament. Y a-t-il certains phénomènes indiquant la saturation par la digitale? ou plutôt avons-nous à notre disposition un groupe de symptômes nous avertissant qu'on a obtenu tout ce qu'on peut obtenir et qu'on est arrivé à la *dose thérapeutique* qu'il serait inutile et même dangereux de dépasser? En un mot, existe-t-il pour l'administration de la digitale, comme pour celle du bromure de potassium et de la morphine, dont je me suis particulièrement occupé, quelques phénomènes physiologiques qui nous permettent de dire qu'on est arrivé à la dose thérapeutique?

M. DUROZIEZ. Il m'est assez difficile de répondre à cette question par la raison que la digitale a une action qui varie avec les individus chez lesquels on l'administre; et parce que, dans les observations faites par moi, c'est plutôt comme méthode expérimentale que comme médication vraiment thérapeutique, que je l'ai souvent employée. Cependant je crois qu'un des meilleurs signes indiquant que l'on a dépassé la limite à laquelle on doit s'arrêter est la perte de la régularité du pouls. Un autre signe qui me paraît aussi avoir son importance, est le *doublement du pouls*; je m'explique : souvent il arrive, dans l'administration la digitale, que le pouls diminue d'une pulsation sur deux, les pulsations allant par paire et régulièrement; or il faut toujours se méfier quand on voit le pouls subir un abaissement rapide et considérable. Toutefois ce n'est pas par l'examen d'un seul organe, mais bien par celui de l'ensemble de toutes les fonctions (appareil circulatoire, digestif, système nerveux) qu'on peut arriver à des données qui ne me paraissent pas pourtant aussi fixes que pour le bromure de potassium, par exemple.

M. CHARRIER. Les préparations alcooliques sont préférables aux teintures éthérées et même à la poudre et sont déjà de date ancienne. Mme Lachapelle, dans ses Mémoires, conseille l'usage de la digitale comme réveillant la contractilité utérine et, par conséquent, après l'accouchement, s'opposant aux hémorrhagies. Dans la thèse d'un interne distingué de la Maternité de Paris, le regretté Wieland, se trouvent consignés des détails intéressants sur l'emploi de la digitale comme succédanée du seigle ergoté. Je n'ai pas d'expérience personnelle à ce sujet, mais *à priori*, si j'employais la digitale, dans la pratique des accouchements j'agirais, comme avec l'ergot de seigle, c'est-à-dire que je l'administrerais toujours après, jamais avant la délivrance complète.

M. DUROZIEZ croit que les préparations alcooliques de digitale bien faites sont très-efficaces et produisent des effets parfois extrêmement marqués. Chez une femme qu'il a eue en observation, le pouls s'est abaissé de 60 à 26, et l'action du médicament s'est prolongé jusqu'au vingtième jour. Il a également employé la teinture de digitale pour les hémoptysies des phthisiques.

M. CHARRIER. Les quantités de digitale auxquelles on est obligé d'avoir recours sont bien différentes selon les individus et selon la substance employée ; on sait, en effet, qu'il ne faut que de très-petites proportions de digitaline de Nativelle pour amener des résultats. Quant à la *dose thérapeutique* que réclame M. Voisin, je crois qu'il est bien difficile, sinon impossible de la formuler exactement; tout dépend des variétés individuelles : le laudanum, pour ne prendre que cet exemple, ne donne-t-il pas des effets très-marqués à la dose de quelques gouttes chez certaines personnes, tandis que d'autres sont réfractaires quand on leur en administre jusqu'à 1 et 2 grammes. Je pense donc qu'il est difficile d'établir pour la digitale le degré de saturation au point de vue physiologique.

M. VOISIN. Quand je manie la morphine, mes observations antérieures m'ont appris à peu près rigoureusement à quelle dose je dois l'employer pour déterminer des effets thérapeutiques. Il n'en est plus de même pour la digitaline. J'ai eu l'occasion d'essayer ce médicament dans la méningo-encéphalite chronique, où j'ai vu pour certains malades, chez lesquels je suis arrivé à 6 ou 7 granules (le granule étant d'un quart de milligramme), se produire une décoloration considérable de la peau, une anémie avec couleur citron des téguments. Il survint aussi de la difficulté dans la marche, du trébuchement des jambes en rapport très-probablement avec cet état d'anémie que je viens de mentionner et qui était survenu sans que le pouls s'abaissât. J'ai remarqué que ces phémonènes se manifestaient surtout quand on avait continué l'administration de la digitaline pendant trois à quatre mois de suite. Je crois donc qu'il est bien nécessaire en ces circonstances de suspendre le médicament pendant quinze jours, trois semaines, afin de laisser à la peau le temps et la faculté de reprendre une circulation plus active et de se colorer à nouveau. Voilà pourquoi je me demande et je demande surtout à ceux qui s'occupent de cette importante question, s'il n'existe pas certains signes sur lesquels on puisse se fonder pour s'arrêter et ne pas prolonger au delà l'emploi de ce médicament.

M. DUROZIEZ. En ce moment, j'expérimente la digitaline de Quevenne, et je pourrai bientôt comparer les résultats fournis avec ceux que m'a donnés la digitale ordinaire. Tout ce que je peux dire, c'est que la plus haute dose à laquelle je l'ai employé a été de 6 milligrammes. Pour en revenir à la demande de M. Voisin, je n'hésite pas à dire qu'il n'est pas du tout aisé de se prononcer, car chaque individu au-

quel on administre la digitale, est touché de différente façon, et tous sont loin de présenter les mêmes effets physiologiques : les uns ont des nausées; chez d'autres, ce sont surtout les éblouissements qui prédominent, d'autres accusent principalement de la faiblesse des jambes, d'autres enfin ont des modifications du côté des urines; chacun, en un mot, supporte à sa manière le médicament, et le médecin ne peut se laisser guider par un seul signe pour déclarer qu'il y a saturation; un des meilleurs symptômes, cependant, me semblerait être les nausées.

M. GILLEBERT D'HERCOURT père. Beaucoup de praticiens font usage des *préparations aqueuses de digitale*. Ainsi M. Hérard emploie la macération à froid de feuilles de digitale, Niemeyer recommande l'infusion de digitale : n'y a-t-il pas là contradiction avec la manière d'être de la digitaline de Nativelle où, d'après l'inventeur, le principe actif est dissous dans l'alcool ?

M. DUROZIEZ. Il y a, à mon avis, beaucoup de fantaisie ou d'exagération dans les relations qui font connaître les doses auxquelles est donnée la digitale, et dans bien des observations je ne crains pas d'élever des doutes sur la véracité, sinon de la prescription, du moins de l'administration fidèle de ces hautes doses de médicament.

M. PETER. Je désire que la discussion soit reprise dans la prochaine séance, car M. Duroziez n'a pas encore indiqué quel a été le but physiologique et thérapeutique qu'il a cherché à atteindre par ses intéressantes expériences. L'action de la digitale se compose, on le sait, de deux facteurs :

1° Diminuer les palpitations ;

2° Régulariser les battements du cœur.

M. Duroziez ne me semble avoir envisagé que le premier de ces deux points, en nous exposant les phénomènes relatifs au ralentissement du pouls. Il lui reste maintenant à nous montrer ce que devient le pouls au point de vue du rhythme, de la force, c'est-à-dire comment la digitale peut régulariser les battements cardiaques.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr GILLETTE.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

295. Linarès. De l'eau froide et des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde.
296. Mècre. De l'insomnie.
297. Ferrié. Etude sur les rétrécissements cicatriciels et fibreux de l'œsophage.
298. Zapata. Des épanchements de la tunique vaginale dans l'orchite blennorrhagique.
299. Hecquin. De l'atrophie traumatique de la papille.
300. Lacombe. De l'albuminurie chez les tuberculeux.
301. Simon. Notes sur une petite épidémie de fièvre typhoïde observée à Cherbourg.
302. Gaudin. Physiologie et indications thérapeutiques des bains de mer.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du 24 septembre courant, le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts a décidé qu'une session extraordinaire, exclusivement réservée aux engagés volontaires d'un an, sera ouverte devant les facultés des sciences et les facultés des lettres, le 25 octobre 1874, pour les épreuves du baccalauréat.

— *Hôpitaux de Paris.* — Les juges du concours pour les prix de l'internat sont : MM. Barthez, Desnos, Gubler, Hérard, Demarquay, de Saint-Germain, Trélat.

— Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux de Paris sera ouvert le mercredi 28 octobre 1874, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, n° 47.

Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, depuis le lundi 28 septembre 1874, jusqu'au lundi 12 octobre inclusivement, de onze heures à trois heures de relevée.

— Le gouverneur de l'Algérie a interdit pour cette année aux indigènes algériens le pèlerinage de la Mecque. Cette interdiction est motivée sur l'existence de la peste dans la Cyrénaïque et dans l'Hedjaz.

— On écrit de New-York que la fièvre jaune se propage rapidement vers le Sud. Une application rigoureuse de la quarantaine a été ordonnée.

— *État sanitaire de la ville de Paris.* — Population (recensement de 1872), 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 25 septembre 1874, on a constaté 721 décès, savoir :

Variole, » ; rougeole, 4 ; scarlatine, 2 ; fièvre typhoïde, 15 ; érysipèle, 12; bronchite aiguë, 22; pneumonie, 43; dysentérie, 2; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 24; choléra nostras, 2; angine couenneuse, 5; croup, 7; affections puerpérales, 5; autres affections aiguës, 229; affections chroniques, 290, dont 138 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 41 ; causes accidentelles, 18.

— On demande un jeune docteur en médecine ; bon poste dans le midi de la France. S'adresser à M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie, n° 21, rue Jacob.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du vomissement de sang dans l'hystérie, par le docteur Louis FERRAN. — In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Des corps étrangers des voies digestives, par le docteur Camille MIGNON. — In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Étude aphoristique sur les tumeurs fibreuses de l'utérus. Trois observations de ces fibroïdes extirpées en totalité ou en partie, par J. J. Cazenave (de Bordeaux). — In-8° de 28 pages. — Paris, 1874. J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0. 44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

SIROP DE DIGITALE
DE LABÉLONYE

Excellent sédatif et puissant diurétique employé avec un succès constant depuis plus de 30 ans pas les médecins de tous les pays contre les maladier organiques ou non organiques du cœur, les diverses hydropisies et la plupart des affections de poitrine et des bronches : PNEUMONIE, CATARRHES PULMONAIRES, ASTHMES, BRONCHITES NERVEUSES, COQUELUCHE, etc.

A la pharmacie, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*) à Paris, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

VIN TONIQUE RECONSTITUANT
DU DOCTEUR FORESTIER
VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
à l'écorce d'oranges amères

Tous les organes de la presse médicale : *Gazette des Hôpitaux, Courrier médical, France médicale, etc.*, ont depuis dix ans, signalé l'excellence de cette préparation qui contient, dissous dans d'excellent vin de Malaga, les deux éléments formateurs des *os* et du *sang*, le *quinquina* et le *pyrophosphate de fer*.

La facilité avec laquelle l'économie s'assimile le vin de quinquina au pyrophosphate de fer, l'absence de toute saveur styptique, la double influence qu'en raison de ses deux éléments formateurs il semble devoir exercer, tant sur la composition du système osseux, que sur la reconstitution du sang, telles sont les qualités qui recommandent à priori *cette nouvelle préparation ferrugineuse* (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*).

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 41.

VIN ET SIROP DE CHENNEVIÈRE
au chlorhydro-phosphate de chaux
PHTHISIE, NÉVROSE, GASTRALGIÉ, av. Wagram, 50.

PHTHISIE — CHLOROSE — ANÉMIE

HYPOPHOSPHITES
du docteur CHURCHILL

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE SOUDE
SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX
PILULES D'HYPOPHOSPHITE DE QUININE
SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE FER
PILULES D'HYPOPHOSPHITE DE MANGANÈSE
TABLETTES DU Dr CHURCHILL

Prix : **Sirops** et **Pilules : 4** fr. le flacon. **Tablettes pectorales : 2** fr. la boîte.

Les hypophosphites du docteur Churchill, auteur de la découverte de leurs propriétés curatives dans les affections tuberculeuses, offrent des garanties de pureté et d'efficacité qui sont une des premières conditions du succès de cette importante médication.

Exiger sur toutes les préparations la *signature du Dr CHURCHILL*, et l'étiquette marque de fabrique de la *Ph. SWANN*, 12, *r. Castiglione, Paris.*

CONTREXÉVILLE
(SOURCE DU PAVILLON)

CONTRE LA GRAVELLE, LA GOUTTE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT
DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

Dépôt central : 23, r. de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

ÉPILEPSIE
HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

TAMAR INDIEN
Fruit laxatif rafraîchissant

Contre LA CONSTIPATION

Et les affections qui l'accompagnent, telles que la **Congestion cérébrale**, les **Hémorrhoïdes**, la **Migraine**, etc. — Prix de la boîte : 2 fr. 50.

GRILLON, pharm., 25, rue de Grammont, Paris.

VIN MARIANI
à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques.
5 francs la bouteille.
Mariani, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

PRIME DE **16,600** FRANCS — MÉDAILLES D'**OR** A LAROCHE

QUINA LAROCHE

Extrait COMPLET **des 3 SORTES de quinquinas**

Triple ÉLIXIR *de* QUINQUINA *reconstituant*, *tonique* et *fébrifuge*. A base de vin d'Espagne et d'un goût agréable, ce produit participe du *vin* et du *sirop* de quinquina, mais leur est bien supérieur en efficacité.

Le procédé **Laroche** consiste à ÉPUISER, par une série de véhicules variés et un outillage spécial, la *totalité* des nombreux principes contenus dans les trois meilleures sortes de quinquinas (*jaune, rouge et gris*), principes essentiels qui se complètent l'un par l'autre, et qui manquent presque toujours dans les préparations ordinaires de quinquina.

Combiné au fer le *Quina Laroche* **FERRUGINEUX** offre une préparation aussi *complète* que possible, pour tous les cas où le *quinquina* et le **Fer** sont jugés utiles.

PARIS, 22 et 15, rue Drouot, et dans toutes les pharmacies françaises et étrangères du monde.

J. Laroche

PILULES DE LOUVARD
AU FER *PUR* INALTÉRABLE ET A L'ABSINTHE

A la dose de neuf par jour, en trois fois, une heure avant le repas, c'est la préparation ferrugineuse la plus efficace et celle dont l'action est la plus rapide dans la chlorose et l'anémie. Quels que soient les désordres de l'estomac, elle est toujours bien tolérée, et, sous son influence, les fonctions digestives sont rétablies en quelques jours.

Pharmacie **LOUVARD**, rue Royale, 60, à **Versailles.** — Vente au détail, pharm. Guinhabert, 108, r. de Grenelle-Saint-Germain, Paris, et dans les principales pharmacies.






PEPSINE BOUDAULT

SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, SUCCESSEUR DE BOUDAULT, 24, RUE DES LOMBARDS, A PARIS.

N° 114. — JEUDI 1er OCTOBRE 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 1er OCTOBRE 1874. — N° 114.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance nulle... pour le public. Après le dépouillement de la correspondance et les présentations d'ouvrages, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Legouest, sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la deuxième division des correspondants nationaux. De ce rapport, nous ne pouvons rien dire naturellement, ne l'ayant ni entendu ni lu.

Le personnel de l'Académie nous a paru un peu plus nombreux que dans les séances précédentes. Espérons que d'ici à mardi prochain le bureau se mettra en mesure de constituer un ordre du jour un peu mieux fourni.

OBSTÉTRIQUE

Éclampsie; morsure profonde de la langue, suffocation et mort rapide causées par le développement énorme de cet organe. Opération césarienne quinze minutes après la mort de la mère; extraction d'un enfant mort.

Par M. BAILLY, professeur agrégé.

Mme X..., commerçante du quartier des Halles, trente ans, femme sanguine de la plus grande vigueur et de la plus belle santé, déjà mère de trois enfants nés très-facilement, était parvenue à la fin du huitième mois d'une nouvelle grossesse, lorsque, dans la nuit du 24 au 25 février 1869, elle se sent prise assez subitement d'une sensation très-pénible d'étouffement, avec céphalalgie intense et constriction douloureuse à l'épigastre. Ces malaises formaient les prodromes d'une éclampsie dont elle éprouve la première attaque à quatre heures du matin.

Les renseignements fournis par l'entourage sur les symptômes de cette attaque ne permettent pas le moindre doute sur sa nature. A sept heures du matin, on m'appelle près de la malade; elle venait d'avoir un second accès. Je me rends en hâte à son domicile, mais déjà M. le docteur Dupuy (de Frenelle), plus proche voisin et mandé en même temps que moi, m'avait précédé.

J'appris de mon confrère qu'au moment de son arrivée, Mme X... rendait en abondance, par la bouche, du sang qui provenait d'une plaie située sous la langue et qu'avait produite une morsure de cet organe pendant l'accès; qu'en outre Mme X... était à ce moment d'une grande pâleur, dans un état demi-syncopal, et que le pouls, très-faible, avait une fréquence considérable.

Au moment de mon arrivée la malade avait repris connaissance; son visage était plus coloré, et elle pouvait articuler quelques mots. Le pouls restait fréquent et un peu mou. En considérant la malade, je fus frappé d'un certain air d'hébétude causé par le vague, l'indécision du regard, et par l'écartement des mâchoires, entre lesquelles faisait constamment saillie l'extrémité de la langue dont le bord arrondi, épais, présentait une lividité toute particulière. De chaque commissure labiale, du sang de couleur foncée et d'apparence veineuse s'écoulait en bavant. Du reste pas d'oppression à ce moment, et en pressant sur la face supérieure de la langue, on la faisait rentrer aisément derrière les arcades dentaires sans déterminer de gêne respiratoire.

En soulevant la langue on découvrait en avant du frein un large sillon transversal occupant toute la largeur et le quart au moins de l'épaisseur de l'organe. Je n'ai point vu de jet artériel s'en échapper pendant mon examen, mais une nappe abondante de sang veineux.

M. le docteur Dupuy, qui avait commencé à s'occuper de la malade, insinua dans la plaie, sous mes yeux, une forte mèche de charpie imbibée de perchlorure de fer qui suspendit ou, du moins, modéra beaucoup l'hémorrhagie.

Aucun phénomène de travail. La malade n'a accusé aucune colique, aucune douleur lombaire. En touchant, je trouve le col encore long, son canal perméable, et, en y portant le doigt, j'atteins une partie fœtale dure et mobile, qui paraît bien être la tête. Préoccupé de la gravité d'un tel état, j'ai le regret de n'avoir pas à ce moment constaté par l'auscultation si l'enfant vivait ou non.

En résumé, nous nous trouvions, M. Dupuy et moi, en face d'une femme enceinte albuminurique (l'analyse des urines nous l'a prouvé, parvenue au huitième mois de sa grossesse, et prise, à la suite de prodromes très-caractéristiques, de deux accès d'éclampsie survenus à trois heures d'intervalle, dont le dernier avait produit une morsure profonde de la face inférieure de la langue, avec hémorrhagie abondante causée par la division des vaisseaux sublinguaux, et une tuméfaction déjà considérable de l'organe.

M. le docteur Dupuy ayant cru devoir se retirer après mon arrivée, me sachant le médecin de la famille, je restai seul pendant quelques instants près de la malade, qui ne perdait plus de sang, et ne prévoyant chez elle d'autre accident que le retour possible d'une nouvelle attaque, je m'éloignai quelques instants pour aller prendre chez moi les instruments qui pouvaient devenir nécessaires, à un moment donné, pour terminer cet accouchement; mais auparavant j'enseignai à la garde à repousser la langue derrière les arcades dentaires avec le bord tendu d'une serviette, pour le cas où une nouvelle attaque surviendrait en mon absence, et répétai plusieurs fois sous ses yeux cette petite manœuvre, sans que la malade en ait paru aucunement incommodée. Je sortis donc et, sur ma route, m'arrêtai pendant dix minutes environ chez une sage-femme de mon voisinage dont je désirais m'assurer le concours pour le cas où, les accidents convulsifs venant à se prolonger et à néces-

siter une opération, il eût été nécessaire d'avoir à ma disposition un aide plus exercé et plus utile que ne pouvait l'être une garde ordinaire. A peine arrivé chez moi, on vint de nouveau me chercher en toute hâte pour Mme X..., qui se mourait, me dit-on. Je fis toute la célérité possible, et, rendu dans la maison, les mots *trop tard* m'accueillirent. En effet, il n'y avait plus à en douter, la malheureuse femme était morte. Les lèvres conservaient une couleur livide, et de la bouche ouverte s'échappait une portion considérable d'une langue violacée, dure, et que son volume énorme ne permettait pas de réduire en entier dans sa cavité naturelle.

Les détails suivants me sont alors donnés par une des personnes qui étaient présentes à cette scène lamentable. Après mon départ rien de particulier ne s'était d'abord produit. La malade n'éprouvait ni souffrance ni aucun de ces symptômes qui sont le prélude d'un nouvel accès. Elle avait même articulé assez distinctement quelques mots et fait savoir à son entourage qu'elle ne se trouvait pas trop mal; puis, quelques minutes après, portant la main à son cou: « C'est ici que ça me tient » dit-elle, et presque au même instant elle commence à s'agiter, se soulève sur son lit, en portant la main à son cou, et renverse la tête sur son oreiller. La garde s'empresse alors d'abaisser la langue comme je le lui avais enseigné, mais déjà Mme X... était morte.

Quand j'arrivai près d'elle la mort remontait à dix minutes environ. Après avoir recueilli ces renseignements, et sans plus attendre, je portai mon attention sur le ventre; j'auscultai avec attention; des bruissements divers frappèrent mon oreille, et il me sembla, au milieu d'eux, distinguer quelques pulsations cardiaques. C'est alors qu'avec le consentement du mari je pratiquai seul et tout de suite, à travers la paroi utéro-abdominale, une ouverture par laquelle je retirai un enfant de sept à huit mois de vie intra-utérine, qui malheureusement ne donna aucun signe de vie. Une insufflation persévérante faite pour réveiller les contractions des muscles respirateurs demeura sans effet.

Le placenta adhérait à la paroi antérieure de l'utérus, jusque dans un point voisin de l'orifice supérieur du col, et fut incisé en partie. Du sang en quantité médiocre s'écoula en nappe lorsque j'incisai la paroi utérine correspondante. L'utérus en totalité resta flasque, inerte et membraneux. Toute trace de contractilité en avait absolument disparu.

Réflexions. — Il est difficile de rien imaginer de plus triste que la mort subite et violente de la malheureuse Mme X.... C'est là un de ces coups de foudre dont la pratique obstétricale nous rend parfois témoins et qui retentissent toujours péniblement dans le cœur de l'accoucheur responsable. J'en ai été, pour ma part, vivement impressionné, et aujourd'hui encore, à cinq ans d'intervalle, le souvenir de ce fait effrayant suscite en moi un sentiment douloureux.

Quant à la nature exacte des accidents qui ont occasionné cette mort tragique, elle pourra peut-être laisser subsister quelque incertitude dans l'esprit et prêter à la controverse. On peut se demander en effet si, dans ce fait, il s'agit d'une nouvelle attaque d'éclampsie devenue mortelle dès son début, ou bien d'une suffocation produite par le développement monstrueux de la langue et l'occlusion du larynx. Dans mon opinion, cette dernière cause de mort est la vraie. Ma conviction à cet égard se fonde sur les considérations suivantes :

I.— Bien que le fait ne soit pas sans exemple, il est du moins infiniment rare de voir, chez une femme éclamptique, la mort survenir dans le cours des premières attaques convulsives, et surtout au début de l'une d'elles, comme la chose aurait eu lieu ici.

II. — Les personnes présentes affirment que la mort de Mme X... n'a pas été précédée des convulsions effrayantes dont elles avaient été témoins une heure auparavant, et qu'il leur était, dans ces circonstances, impossible de méconnaître.

III. — Elles affirment de plus que non-seulement cette femme n'a pas perdu connaissance, mais qu'elle essayait de parler et cherchait, en portant la main à son cou, à leur faire comprendre que ses malaises tenaient à un état de gêne ou de souffrance de cette partie.

IV. — Enfin le développement prodigieux de la langue, dont j'ai parlé dans l'observation, suffisait amplement pour produire l'oblitération des voies aériennes et une mort rapide par asphyxie.

L'étrangeté de cette cause de mort, sa complète nouveauté pour moi, m'ont conduit à rechercher si d'autres faits semblables avaient été signalés par nos devanciers; mais je n'ai rencontré aucune observation analogue, soit dans les écrits des accoucheurs, soit dans ceux des hommes qui se sont occupés de l'épilepsie. Les morsures profondes de la langue, survenues dans le cours de ces deux maladies, ont eu des conséquences plus ou moins fâcheuses, mais nulle part je n'ai vu signaler l'intumescence rapide de cette partie comme ayant entraîné une asphyxie mortelle.

Une question de pathologie qu'il eût été intéressant de pouvoir résoudre est celle de la nature du processus morbide qui, en l'espace d'une demi-heure environ, a pu causer ce développement prodigieux. Est-ce de la congestion pure et simple, est-ce de l'infiltration sanguine? Il est possible que l'une et l'autre aient concouru à cet accroissement subit de volume, que devait favoriser la texture molle et éminemment vasculaire du tissu lingual. On sait, en effet, avec quelle facilité, et souvent dans un temps fort court, une inflammation traumatique de la langue, celle que produisent certaines fièvres malignes, l'intoxication mercurielle, ont pour effet d'accroître le volume de cette partie et l'obligent à sortir de la bouche, devenue trop étroite pour la contenir. Il est probable que quelque chose d'analogue s'est produit chez ma malade, avec plus de rapidité seulement. Ce n'est là toutefois qu'une hypothèse, et une dissection attentive aurait pu seule renseigner exactement à cet égard; mais les circonstances ne se prêtaient guère à une étude de ce genre, et l'on comprend que je m'en sois abstenu.

Une autre question, celle-ci toute de pratique et d'une grande importance, se trouve également soulevée par ce fait aussi insolite que terrible. En admettant que j'eusse été présent à l'asphyxie rapide dont j'admets l'existence dans ce cas, eût-il été en mon pouvoir de parer aux graves dangers qui n'ont pas tardé à se produire? La chose me paraît tout au moins douteuse. Il est certain qu'une prompte ouverture du larynx ou de la trachée, pratiquée à ce moment, pouvait seule faire cesser la suffocation et prévenir la mort. Mais, pris au dépourvu, comme je l'eusse été à ce moment, privé des aides nécessaires pour m'assister dans l'opération, il est certain aussi que cette dernière se serait effectuée dans les conditions les plus déplorables, probablement d'une facon fort défectueuse, et qu'elle pouvait devenir une source de nouveaux dangers. Je conviens cependant, et tous les praticiens seront de cet avis, je pense, que la trachéotomie était la seule planche de salut à offrir à ma malade, et, quelles que fussent ici les difficultés opératoires inhérentes aux circonstances, je l'aurais certainement tentée, si j'eusse assisté aux premiers symptômes de suffocation.

La mort bien confirmée de la mère rendant tout soin inutile de ce côté, j'avais à me préoccuper de l'enfant, dont je fis immédiatement l'extraction au moyen de la gastro-hystérotomie. Au moment où j'arrivai dans la maison, la mort de Mme X... datait de douze minutes environ; l'opération césarienne, pratiquée cependant avec le même soin que chez une femme vivante, n'exigea pas plus de cinq minutes, en raison

de la petite quantité de sang que fournirent mes incisions, et cependant l'enfant fut tiré mort du ventre de la mère. Ce fait témoignerait donc que l'enfant ne survit pas un quart d'heure à sa mère, si cette conclusion ne se trouvait tempérée par cette circonstance que la femme dont il est ici question était éclamptique, et que la mort du fœtus pouvait remonter aux premières attaques de cette maladie. L'auscultation aurait pu assurément donner, sur ce point, des renseignements très-sûrs, mais j'avoue que, troublé par la gravité des accidents qui m'étaient offerts et la responsabilité qui m'incombait, préoccupé d'ailleurs de donner les secours les plus urgents, je n'ai guère songé à faire une exploration, qui, au point de vue de la science, devait avoir son importance.

J'ai eu, dans le cours de mon opération, l'occasion de faire une remarque qui mérite d'être notée : c'est que, quinze à dix-huit minutes après la mort de l'accouchée, la tonicité du muscle utérin était absolument éteinte, que la paroi de la matrice n'a éprouvé aucun retrait, mais a présenté une flaccidité complète et conservé l'étendue, la minceur et l'aspect membraneux qu'elle devait offrir quand l'œuf la distendait. Si cette observation se trouvait confirmée par des observations semblables, les opinions qui aujourd'hui ont cours dans l'enseignement sur la persistance de la contractilité des muscles de la vie organique pendant un certain laps de temps après la mort devraient être modifiées, et l'on devrait aussi douter de l'authenticité des observations d'accouchements *post mortem*, qui se seraient accomplis, dit-on, en vertu de cette contractilité, chez des femmes qui avaient succombé pendant le travail.

SUR LE TRAITEMENT DE CERTAINES ADÉNITES INGUINALES

PAR LA MÉTHODE DE L'ASPIRATION

Par M. le Dr L. Le Pileur (1).

De l'ensemble des faits exposés dans ce travail, l'auteur se croit fondé à conclure :

1° Que la méthode de l'aspiration peut être employée dans les adénites inguinales toutes les fois que ces adénites se compliquent d'abcès phlegmoneux;

2° Qu'elle abrége la durée du traitement;

3° Que, lorsqu'il ne survient pas d'accidents indépendants de la méthode, l'opération ne laisse pas de cicatrice.

OBSERVATIONS D'ANÉVRYSMES (2)

Par M. le professeur Verneuil.

Obs. VI. — *Anévrysme poplité gauche. — Compression intermittente au pli de l'aine. — Accroissement continu et inflammation du sac. Hydarthrose, puis arthrite aiguë du genou. — Phlegmon commençant de la cuisse. — Amputation. — Mort.*

X..., trente-deux ans, employé de commerce, entre à la Pitié, n° 16, le 11 mars 1874. C'est un homme de taille moyenne, bien constitué, vigoureux, intelligent et énergique. Nous recueillons sur sa santé antérieure les renseignements suivants : en 1860, syphilis confirmée, traitement spécifique pendant six mois. Aucune manifestation depuis cette époque. En 1864, étant soldat au Mexique, X... contracte une blennorrhagie de courte durée. Il échappe aux diverses épidémies du pays ; trois jours seulement avant de se rembarquer, il est pris d'une fièvre intermittente qui cède d'elle-même, par le seul fait du séjour sur le vaisseau. Le malade n'a jamais fait d'excès alcooliques. De retour en France, il entre comme comptable dans une maison de commerce ; mais, affecté de *la crampe des écrivains*, il quitte cette position pour *faire la place*, marchant cinq ou six heures par jour et montant un grand nombre d'étages. Il y a un an, pour la première fois, il ressentit sans cause connue une assez vive douleur dans le mollet gauche et dans la moitié externe du pied correspondant. Ces douleurs durèrent plusieurs jours ; elles cessaient la nuit par le repos, et n'empêchèrent pas le patient de continuer ses courses. Deux ou trois accès pareils se montrèrent dans l'espace de six mois. En septembre 1873, X... s'aperçut pour la première fois de la présence, dans le jarret gauche, d'une tumeur peu volumineuse, indolente, et insensible au toucher. Il ne peut dire si elle était animée de battements ; en tout cas, il y fit d'abord peu d'attention et n'abandonna pas son métier. Au mois de février dernier, il consulta un médecin qui reconnut sans peine un anévrysme, et conseilla l'entrée à l'hôpital.

Le 11 mars on constate que le creux poplité gauche est occupé par une tumeur volumineuse, presque globuleuse, qui ne mesure pas moins de 7 à 8 centimètres dans ses divers diamètres. Elle remplit toute la région et proémine surtout en dehors, où elle est d'une dureté médiocre, rénitente, et presque fluctuante ; l'expansion y est très-marquée, le souffle simple, assez faible. Une compression très-modérée de l'artère fémorale au pli de l'aine arrête immédiatement les battements. La flexion ne les fait disparaître, au contraire, qu'à la condition d'être portée très-loin ; l'extension ne les modifie point. En même temps qu'elle cesse de battre, par la compression, la tumeur diminue beaucoup de volume et de consistance. Nous en concluons que le sac a peu d'épaisseur, et qu'il est distendu surtout par du sang liquide. Au reste, il est insensible à la pression, sauf en un point qui correspond au passage sur sa face externe, du nerf sciatique poplité externe ; c'est de ce point que partent également les douleurs qui s'irradient dans le mollet, à la face externe de la jambe et dans les deux derniers orteils, douleurs qui, dans ces derniers temps, ont reparu à des intervalles de plus en plus rapprochés et avec une intensité croissante. Santé générale excellente ; fonctions digestives en bon état; intégrité apparente de tous les grands appareils.

Le peu d'efficacité de la flexion ne permettait point de compter sur cette méthode : en revanche, la compression inguinale arrêtait si facilement l'entrée du sang dans le sac qu'elle était naturellement indiquée. Il suffisait d'ailleurs d'appliquer sur l'artère, au niveau de la branche du pubis, un sac de plomb pesant à peine trois livres pour faire cesser les battements. Je donnai donc au malade les instructions nécessaires, et il les comprit si bien que, dès le lendemain, il put faire lui-même deux heures de compression en trois ou quatre séances. Les résultats de ce premier essai furent remarquables ; la tumeur durcit, l'expansion et le souffle diminuèrent, ce qui nous fit espérer et promettre une guérison à la fois certaine et rapide. On administra en même temps à l'intérieur vingt gouttes de teinture de digitale.

Du 13 mars au 3 avril, la compression fut continuée, mais sans tenir ses premières promesses ; son emploi fut d'ailleurs entravé par une série d'accidents locaux et généraux. Autant elle avait été bien supportée le premier jour, autant elle ramenait, dès qu'elle était un tant soit peu prolongée, des souffrances vives dans le sac et dans les points déjà signalés de la jambe et du pied, souffrances que la cessation de la pression ne faisait point disparaître, et qui, plusieurs fois, se prolongèrent le reste du jour et une partie de la nuit, de façon à troubler le sommeil. Aussi, malgré nos exhortations, X... ne se comprimait parfois qu'une heure par jour et me demanda même souvent de se reposer complétement. Sous l'influence de la douleur, de l'insomnie, peut-être aussi du séjour à l'hôpital et du repos au lit, auquel il n'était guère habitué, le malade fut pris d'un état saburral caractérisé par l'inappétence, l'amertume de la bouche et un mouvement fébrile assez prononcé. Deux purgatifs, administrés à deux jours d'intervalle, dissipèrent l'embarras gastrique, qui fut remplacé par d'autres symptômes assez incommodes ; après les repas, et surtout celui du soir, survenaient subitement du malaise, du ballonnement du ventre, avec congestion vive de la face, et un

(1) Brochure in-8°. — Paris, 1874, chez Adrien Delahaye.
(2) Suite. — Voir les numéros des 24, 26 et 29 septembre 1874.

certain degré d'agitation. En même temps les douleurs reparaissaient dans la jambe; dans ces sortes d'accès, qui duraient une heure ou deux, il n'y avait pas de fièvre véritable, car le tracé thermométrique ne dépassait guère 38 degrés. Aux phénomènes de congestion et d'excitation succédaient l'abattement et un découragement profond, allant jusqu'à faire pleurer cet homme, pourtant si courageux. A la visite du matin, en général, l'état paraissait excellent. Le sulfate de quinine, le chloral et diverses préparations antispasmodiques restèrent impuissantes. On n'obtint un soulagement réel qu'avec l'injection hypodermique d'un centigramme d'hydrochlorate de morphine, pratiquée soit au côté externe du genou, soit à la jambe, et qui calmait aussi bien les douleurs locales que l'éréthisme général. On dut employer quelquefois deux injections dans les vingt-quatre heures.

Du côté du sac, les choses ne marchaient pas beaucoup mieux; le 3 avril, nous constatons qu'il a notablement augmenté de volume, et qu'à la partie externe il déborde de plus en plus les limites du creux poplité. Dans ce même point il reste mou et dépressible; partout ailleurs, cependant, il a durci et présente à peine d'expansion; les téguments, quoique fortement distendus, sont toujours sains, souples, mobiles; la palpation continue à être indolente. La partie antérieure du genou, elle aussi, est tuméfiée, et l'on reconnaît clairement l'existence d'une hydarthrose; en même temps, le pied et la région malléolaire offrent un œdème très-manifeste. Nous attribuons l'hydarthrose et l'œdème à la distension de la veine poplitée et à l'oblitération des veines articulaires. Nous prescrivons l'élévation du membre et l'application sur l'anévrysme et la partie antérieure du genou des cataplasmes arrosés d'eau blanche. Nous engageons le malade à continuer la compression. Néanmoins l'état ne s'améliore pas, le sac grossit continuellement, il déborde en dehors le tendon du biceps, et proémine même en dedans derrière les tendons de la patte d'oie et du grand adducteur. Toutefois les battements diminuent de jour en jour, au point de n'être plus perçus qu'en dehors dans l'étendue de quelques centimètres carrés; de sorte que nous assistions à ce singulier spectacle d'un sac anévrysmal *battant de moins en moins et grossissant de plus en plus.* L'hydarthrose, de son côté, augmentait également sans cesser d'être absolument indolente; le 13, l'œdème a envahi toute la jambe; les douleurs n'étaient pas très-violentes, grâce aux injections hypodermiques; mais, comme la morphine amenait de la constipation et de l'inappétence, on applique à la partie antérieure, supérieure et externe de la jambe un vésicatoire volant pour dissiper les souffrances.

Pendant ces derniers temps la compression avait été faite en moyenne une à deux heures par jour; elle arrêtait comme auparavant l'entrée du sang dans le sac, à ce point que, le 14 au matin, je pus croire que les battements avaient définitivement cessé. Malheureusement il n'en était rien; dans la soirée du même jour, des douleurs assez vives se manifestèrent dans le sac lui-même; la nuit fut mauvaise, agitée; le lendemain, 15, la face est fatiguée, la peau chaude, la langue un peu sèche, l'inappétence absolue. Le thermomètre monte, dans la soirée, jusqu'à 40 degrés; un frisson est survenu dans l'après-midi.

Le 16 au matin, l'état général ne s'est point amélioré; en revanche l'état local est devenu très-alarmant; la face antérieure du genou, au niveau de l'hydarthrose, a pris une coloration rosée; la palpation est douloureuse; du côté du creux poplité la tumeur s'est encore accrue; les battements ne sont plus perceptibles, mais la peau, sur le sommet de l'anévrysme, est enflammée, rouge, très-amincie, et menacée d'une rupture prochaine. Le tiers inférieur de la cuisse participe lui-même au gonflement; nul doute, par conséquent, qu'il ne s'agisse d'une suppuration aiguë du sac et d'un commencement de phlegmon profond de la cuisse. La fièvre est intense (40°5), le malade est plongé dans une sorte d'abattement et de stupeur, rappelant l'état typhoïde le plus prononcé. Voulant tenter un dernier effort, je pratique séance tenante l'amputation de la cuisse à la partie moyenne; pour éviter la perte de sang, sans toutefois refouler dans le torrent circulaire ni le coagulum du sac ni les caillots des veines circonvoisines, je me contente d'élever pendant quelques minutes le membre, et d'appliquer la bande de caoutchouc depuis l'anévrysme jusqu'au pli de l'aine. Le lien élastique circulaire fut appliqué au niveau de ce dernier point. L'écoulement du sang fut nul au moment de la section, mais de nombreuses ligatures furent nécessaires.

La veine fémorale présentait un caillot filiforme, de 2 à 3 pouces, et de date récente; le tissu cellulaire intermusculaire était déjà infiltré d'une sérosité citrine. On appliqua le pansement ouaté. Deux heures après l'opération la température est à 36°5, elle remonte à 37°7 dans la soirée. Le malade est à peine sorti de son état de stupeur; il ne souffre pas, sauf de la constriction exercée au niveau de l'abdomen, par les circulaires de bande qui fixent l'appareil ouaté; il ignore qu'on lui a amputé la cuisse; il n'a point uriné depuis le matin et doit être sondé. Toute la journée du lendemain se passe de la même manière; à six heures l'agonie commence pour se terminer à minuit.

L'autopsie fut absolument interdite par la famille. Néanmoins l'inspection du cadavre, trente heures après la mort, indiquait assez la nature des derniers accidents. La putréfaction était déjà très-avancée; le moignon de la cuisse était gangréné à son extrémité, et, plus haut, infiltré de gaz, sillonné de marbrures brunâtres, enfin énormément tuméfié. Nous avions là sous les yeux, quoique la température fût assez basse, l'aspect particulier que nous avons vu tant de fois chez les sujets atteints de septicémie suraiguë, à la suite du fracas des membres par les gros projectiles de guerre.

Examen du membre amputé.— La peau n'est réellement adhérente qu'à la face postérieure du sac; ailleurs, elle peut être isolée par la dissection, mais en dedans et en dehors le tissu cellulaire est infiltré de sang. Ce n'est qu'avec peine qu'on distingue en ces points les limites du sac, à cause de leur extrême minceur. Au niveau du tendon du grand adducteur, en dedans, et du biceps, en dehors, il y a à ce sac des ruptures évidentes, par lesquelles s'échappent des caillots noirs, mous, de date certainement récente. Le *nerf sciatique poplité* externe est fortement rejeté en dehors; il est confondu avec la paroi du sac, et, dans l'étendue de 5 à 6 centimètres, semble tuméfié, finement injecté, présentant en un mot des traces non équivoques de névrite. Ceci nous explique les douleurs si persistantes en ce point, et leur irradiation déjà indiquée. Le sciatique poplité interne est directement soulevé et rendu convexe en arrière, mais ne présente pas de lésion particulière. La *veine poplitée* semble émerger du milieu du sommet du sac; mais, en la suivant avec soin, on voit que, bridée et retenue en avant par les veines articulaires supérieures, elle se coude brusquement en arrière, s'aplatit, et se confond avec la partie postérieure de la paroi anévrysmale. Fendue longitudinalement, on reconnaît qu'elle est fortement revenue sur elle-même, sans être oblitérée par des caillots; il y a donc eu simplement effacement de sa lumière sans phlébite. Les parois en sont fort épaissies.

L'artère présente une disposition fort remarquable; on ne peut pas la suivre sous forme de cordon cylindrique, car, à partir du sommet de la tumeur, et jusqu'à l'extrémité inférieure de celle-ci, c'est-à-dire dans l'étendue de 8 centimètres environ, elle semble complétement étalée et métamorphosée en une large gouttière fusiforme, convexe en arrière, ouverte en avant, et dont les bords très-écartés se continuent sans ligne de démarcation tranchée avec les parois latérales du sac. Tandis que ces dernières sont très-minces, et formées sans doute uniquement par la tunique externe énormément distendue, la gouttière en question présente, au contraire, l'épaisseur à peu près normale, sinon même accrue, d'une artère poplitée saine. Au-dessus et au-dessous de cet étalement l'artère reprend insensiblement son calibre; examinés du côté du sac, les deux orifices, légèrement obliques, sont situés à plus de 7 centimètres de distance; ils ne présentent aucun caillot obturateur; jusqu'au dernier moment le sang donc a pu pénétrer librement dans le sac et en sortir. La cessation des battements ne peut s'expliquer que par l'accumulation de caillots dans la poche, et la distension de celle-ci portée au maximum. Quant à ces caillots, ils sont pour la plupart uniquement cruoriques, à peine si çà et là on les trouve mélangés de concrétions fibrineuses rougeâtres, irrégulières, plus denses et plus anciennes, et qui ne présentent que très-exceptionnellement la disposition stratifiée et une adhérence tant soit peu intime avec les parois du sac. La surface interne de celui-ci, sauf dans les points rupturés déjà indiqués, est généralement lisse et régulière; elle offre surtout cet aspect au niveau de la face antérieure de la gouttière, formée par l'artère elle-même.

Il nous reste à dire un mot des rapports de la tumeur avec les os et l'articulation; lors de l'apparition de l'hydarthrose, on avait pu se demander si le sang ne s'était point introduit dans le sac synovial par une fissure du ligament postérieur, mais nous avions rejeté cette hypothèse en raison de l'absence de toute douleur, de toute inflammation, et enfin de tout battement dans l'articulation. Plus tard l'idée de la rupture du sac dans la jointure nous était revenue lors de l'accroissement rapide de l'épanchement et du développement non équivoque d'une arthrite aiguë. L'examen direct ne justifia pas cette supposition. Le sac, extrêmement aminci, reposait sur les os et sur le ligament postérieur; le périoste des premiers était épaissi et légèrement enflammé; mais le ligament ne présentait aucune solution de continuité. La cavité synoviale était remplie d'un liquide séro-sanguinolent; la séreuse, les ligaments et les cartilages ne présentaient point de lésions profondes, sauf une injection fine des capillaires.

Immédiatement après l'amputation, M. Nepveu avait examiné au microscope le sang du malade, le sang de l'anévrysme et enfin le liquide épanché dans le genou; le premier de ces liquides contenait quelques bactéries, le second renfermait aussi des bactéries du même genre et en nombre assez considérable, mais, de plus, une quantité de leucocytes presque égale à celle des globules rouges. Le fluide synovial enfin présentait de son côté beaucoup de leucocytes, quelques hématies, et des bactéries en nombre considérable.

Remarques. — Dans le cas qui précède, tout s'annonçait au début de la manière la plus favorable. Les premiers essais de compression avaient en apparence avantageusement modifié la tumeur, et cependant le mal prit bientôt une marche de plus en plus mauvaise. Le sac s'accrut sans cesse, s'enflamma, se rompit à la fin et provoqua un phlegmon qu'une amputation de cuisse faite à la dernière extrémité ne put conjurer.

Nous rechercherons d'abord les causes de cette évolution funeste, puis nous examinerons si l'on aurait pu l'empêcher en employant d'autres moyens thérapeutiques.

Je dis qu'à première vue le pronostic était favorable; en effet, le malade était jeune et paraissait exempt de toute maladie générale. Il avait bien été jadis atteint de syphilis, mais depuis longtemps il n'en présentait plus le moindre symptôme, il n'était point alcoolique, et toutes les fonctions générales s'accomplissaient normalement. La cause de l'anévrysme semblait toute accidentelle, imputable aux marches forcées et à l'ascension de nombreux étages nécessitée par les occupations ordinaires du sujet.

L'affection datait de plus d'une année déjà; les progrès n'étaient donc pas d'une rapidité insolite. Le volume de la tumeur, bien que considérable, n'avait rien d'exorbitant, toutefois on pouvait déjà conclure de sa grande expansibilité et de sa réductibilité non moins grande, que les parois du sac étaient minces et que sa cavité était surtout remplie de sang liquide et non de caillots stratifiés.

Un seul symptôme offrait une intensité exceptionnelle; je veux parler de la douleur si violente, si rebelle, causée par la compression et la névrite du sciatique poplité externe. Cette douleur me paraît avoir exercé sur toute la marche de l'affection l'influence la plus désastreuse, et voici pourquoi : revenant sans cesse, et, si l'on en croit le patient, plutôt exaspérée qu'amoindrie par l'arrêt du sang dans l'anévrysme, elle ne permit jamais de donner aux séances de compression ni la durée, ni la régularité nécessaires au succès de la méthode. En stimulant sans cesse l'appareil cardio-vasculaire qui, en dépit de la digitale, battait souvent quatre-vingts fois à la minute et d'une façon très-énergique, elle s'opposait indirectement, mais incontestablement au travail curatif naturel dans l'intérieur de l'anévrysme. Il me paraît aussi que, en amenant l'insomnie, l'excitation générale du système nerveux et le découragement, en nous forçant à administrer sans cesse des préparations narcotiques, elle contribua fortement à créer ce mauvais état général, cette pseudo-fièvre, cette inappétence, cette constipation, cette disposition saburrale, en un mot cet ensemble de conditions si défavorables à la stratification salutaire de la fibrine dans le sac.

J'admettrais sans peine encore que les troubles de la santé générale ainsi créés ont puissamment contribué à l'inflammation de la tumeur anévrysmale, cause ultime du revers. En effet, le sang sorti de ses voies naturelles et lors même qu'il ne subit pas le contact des agents extérieurs, n'est pas soustrait à l'influence des états constitutionnels. Tel foyer sanguin, né d'une contusion, qui se serait résorbé ou qui serait indéfiniment resté le plus bénin des corps étrangers, s'altère, s'enflamme, se métamorphose en abcès hématique si le blessé devient malade, ou s'il l'est déjà au moment où il est blessé.

L'influence générale n'épargne pas davantage le sang contenu dans un segment altéré de son appareil, exemple : la fréquence de la phlébite variqueuse chez les sujets atteints d'une maladie générale aiguë ou chronique. Or l'anévrysme, malgré sa limitation exacte et son espèce d'enkystement, n'est pas sans présenter des analogies avec les dilatations variqueuses aussi bien qu'avec les épanchements sanguins. Aussi ne serai-je point surpris de voir sa marche modifiée par une maladie générale antérieure, contemporaine ou intercurrente. Je regrette que le temps ne m'ait point permis d'appuyer sur des exemples pris dans la littérature, une vue de l'esprit qui me paraît logique, et qui dans le cas actuel, pour le moins, est fort soutenable.

De son côté, la disposition anatomique du sac a pris grande part à l'insuccès. En effet, il ne formait pas un diverticulum latéral communiquant avec l'artère par un orifice plus ou moins étendu, mais bien plutôt une dilatation ampulliforme aux extrémités de laquelle siégeaient les deux bouts de l'artère séparés l'un de l'autre par un espace de 8 centimètres. Les parois de cette ampoule étaient constituées pour la plus grande partie par la seule tunique externe très-amincie et fort dilatable, et dans une petite étendue, au contraire, par les trois tuniques artérielles étalées en forme de gouttière. De ces deux régions du sac, la première était incapable de résister à l'impulsion sanguine; la seconde encore, tapissée à l'intérieur par la tunique interne, était peu propre à fournir aux caillots un point d'adhérence solide. Aussi qu'arriva-t-il? La première séance de compression permit la formation de caillots et amena une modification avantageuse en apparence, mais nuisible en réalité. Le sang, rentrant dans le sac, refoula ces caillots contre la paroi dilatable, et ainsi s'explique comment la tumeur, tout en durcissant, se mit à augmenter de volune. En d'autres termes, les caillots, au fur et à mesure qu'ils se formaient, jouaient le rôle de corps étrangers; ils remplissaient la poche, mais en la dilatant, jusqu'au jour où ils la firent éclater.

Pour combattre cette disposition anatomique du sac, il eût fallu la connaître à l'avance, alors on aurait compris que, pour réussir, il s'agissait d'obtenir la coagulation totale et rapide du sang dans l'anévrysme, et protéger longtemps le caillot contre le choc artériel.

Je sais bien qu'on n'aurait eu de la sorte qu'un sac rempli de caillots cruoriques, et nul n'ignore qu'un tel sac peut recevoir à nouveau le sang par le bout périphérique lors du rétablissement de la circulation; mais on sait aussi que ces mêmes caillots résistent souvent à cette impulsion artérielle centripète, si elle se produit tardivement ou si elle est peu énergique, si surtout la coagulation partie du sac se continue au-dessous de lui dans une certaine étendue de l'artère.

D'où je conclus que, dans le cas présent, la compression intermittente et répétée seulement à de longs intervalles devait inévitablement échouer; qu'il eût fallu continuer la compression totale jusqu'à cessation complète des battements, et que si le malade n'avait pu supporter une séance aussi prolongée, il eût été nécessaire de pratiquer immédiatement la ligature.

Je crois encore que cette dernière opération aurait eu quelques chances de succès jusqu'au moment où se sont développés les symptômes généraux, et qu'on en eût été quitte pour une suppuration du sac, accident grave à la vérité, mais qui n'est pas absolument mortel; et, pour achever ma confession, j'avoue enfin que l'amputation a été pratiquée deux jours trop tard.

Je me demande encore : 1° si une fois constatée la grande dilatabilité et, par conséquent, la faible résistance du sac, il n'eût pas été bon d'accroître cette résistance d'une manière détournée par la compression directe.

2° Si, en fin de compte, il n'eût pas été préférable de recourir d'em-

blée à la méthode ancienne par l'ouverture du sac et la ligature des deux bouts si écartés de l'artère.

Tous ces raisonnements *a posteriori* sur les causes de l'insuccès et sur les meilleurs moyens à mettre en usage sont faciles, je le reconnais, quand on a sous les yeux la pièce anatomique et l'explication indiscutable du revers; mais c'est *a priori* qu'il faudrait les faire. Malheureusement, si l'anatomie pathologique des anévrysmes est aussi bien connue que possible d'après les recherches d'amphithéâtre, il nous arrive souvent de ne pouvoir au lit du malade deviner exactement des dispositions qui, seules, donneraient à la thérapeutique une base solide et rationnelle; alors nous procédons empiriquement, essayant d'abord les méthodes les plus douces et ne les abandonnant que de guerre lasse lors que leur impuissance est définitivement démontrée. Ces essais inutiles ne sont pas toujours nuisibles, et parfois se résument en une simple perte de temps. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et la persévérance dans une voie stérile laisse le mal s'aggraver, et quand nous recourons enfin aux mesures radicales, il est souvent bien tard.

Il ne faut jamais oublier, je le répète, qu'en certains cas les méthodes dites de douceur sont frappées d'avance d'impuissance et dès lors nuisibles, et que la meilleure chirurgie conservatrice est celle qui d'emblée réalise les sacrifices nécessaires.

Depuis l'introduction et surtout la généralisation de la méthode compressive dans la cure des anévrysmes, un chirurgien serait passible d'un blâme sévère s'il ne l'essayait tout d'abord et s'il n'en épuisait tous les procédés avant de prendre à la main ses instruments. La plupart des malades, qui généralement sont au courant de leur affection, redoutent et refusent la ligature comme les calculeux redoutent et refusent la taille. Sans songer un instant à contester les immenses avantages de la compression, nous devons néanmoins résister à un engouement exagéré, reconnaître que cette méthode n'est pas une panacée, l'abandonner à temps, la rejeter d'emblée en certaines occurrences, et rendre à la ligature sa sphère d'application restreinte, mais indispensable.

C'est pour en arriver à cette conclusion, qui est, je crois, dans tous les esprits, que j'ai développé aussi longuement les précédentes remarques.

L'observation suivante est de nature à appuyer encore cette proposition. (*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

Propriétés abortives du perchlorure de fer dans la variole. — M. le docteur Guipon, médecin en chef des hôpitaux de Laon, reçoit dans son service, en novembre 1870, un soldat allemand couvert de pétéchies, avec fièvre, avec hémorrhagie nasale et vésicale. Croyant avoir affaire à un purpura aigu fébrile, il prescrivit le perchlorure de fer dont M. le docteur Pize a le premier montré les excellents effets dans le purpura. Mais les taches pétéchiales ne tardèrent pas à pâlir, les pertes sanguines à s'arrêter, et à la place de taches on vit des boutons acuminés, devenus bientôt des pustules varioliques. L'état général s'améliora, et le malade guérit presque sans trace de l'éruption qui avait été confluente. Réfléchissant alors que le perchlorure de fer n'est pas seulement un antihémorrhagique, mais aussi l'un des plus sûrs antiseptiques, M. Guipon répéta l'expérience sur trente et un varioliques, en ayant soin d'élaguer les cas bénins, et les résultats obtenus ont été très-favorables.

Les remarques qu'a faites notre confrère ont porté sur la durée, l'intensité de la maladie, sur le développement des pustules, la fièvre secondaire, l'odeur des malades, la desquamation, les stigmates, les complications et la convalescence. La durée a été incontestablement moins longue, l'intensité bien moindre; la fièvre elle-même a diminué à tel point que, dans la crainte de la supprimer, M. Guipon a cru devoir chez plusieurs malades apporter une certaine réserve dans le traitement. Le développement des pustules s'est trouvé enrayé, la fièvre secondaire a manqué même dans les cas de variole confluente, l'odeur des malades soumis à ce traitement était presque nulle. Les effets obtenus de ce côté ont été bien supérieurs aux effets de l'acide phénique. La desquamation plus précoce et plus rapide était complète dans les cas les plus accentués, au bout de quinze jours ou trois semaines, les cicatrices varioliques étaient bien plus faibles et moins apparentes. Les complications ont paru moins fréquentes, et, par suite, la convalescence plus franche et plus courte.

Toutefois la mortalité a été assez considérable (six sur trente et un cas), mais il faut tenir compte des conditions particulières dans lesquelles se trouvaient ces malades, amenés pour la plupart très-tard à l'hôpital et épuisés souvent par un long et fatigant voyage.

Le seul inconvénient que M. Guipon croit devoir signaler est une sorte d'arrêt de la réaction fébrile.

Les doses prescrites ont été, au début de l'expérimentation, douze à quinze gouttes. Appliqué dès l'entrée du malade, le traitement était continué même dans la première partie de la convalescence. Ces doses quotidiennes ont varié entre douze gouttes (dose minima) et quarante gouttes (dose maxima) et les doses totales entre 4gr06 et 38gr92. Quant à la durée du traitement, elle a oscillé entre quatre jours et vingt jours.

M. Guipon termine son travail par les conclusions suivantes :

1° La médication abortive constitue un des plus grands progrès de la médecine; — 2° elle est possible dans la plupart des maladies aiguës ainsi que dans les névroses et les fièvres essentielles; — 3° elle ne doit pas être confondue avec la prophylaxie, quoique certains agents puissent convenir à la fois à la médication préventive et à la médication abortive; — 4° elle a été entrevue ou tentée par différents médecins; — 5° le perchlorure de fer agit à la manière des abortifs dans la variole déclarée, en exerçant vraisemblablement son influence sur les qualités chimiques du sang, sur le virus qui y est contenu et sur le réseau capillaire de la circulation périphérique; — 6° les résultats obtenus sont : durée et intensité moindres de la maladie; développement plus faible des pustules; atténuation ou suppression de la fièvre secondaire; odeur spécifique moins caractérisée; stigmates moins visibles; rareté des complications; convalescence plus franche et plus rapide; — 7° l'action bienfaisante du perchlorure de fer n'a pas paru aller jusqu'à diminuer sensiblement la mortalité; cette question doit être réservée jusqu'à ce que des expériences plus nombreuses et plus variées aient pu être instituées; — 8° le perchlorure de fer exerce parfois dans la variole une influence dépressive sur le pouls, sur la chaleur, en diminuant rapidement la fièvre, ce qui doit porter à surveiller et à modérer son emploi; — 9° il s'administre aux doses ordinaires où ce sel est usité comme hémostatique; — 10° ces doses ont varié suivant les malades; les plus fortes n'ont pas coïncidé avec les cas suivis de mort, mais, au contraire, avec les cas de guérison; — 11° si ces différents résultats manquent encore d'une sanction pratique suffisante, ils sont assez sérieux et assez importants pour exciter l'attention des médecins et appeler le contrôle de l'expérience.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

De l'état de la pupille pendant l'anesthésie chirurgicale produite par le chloroforme. Indications pratiques qui peuvent en résulter. — M. Budin, interne des hôpitaux, en examinant avec soin toutes les particularités de la chloroformisation dans le but de trouver un signe qui pût guider le chirurgien dans l'administration du chloroforme, a remarqué qu'il existait un certain rapport entre l'état des pupilles et l'anesthésie plus ou moins profonde du sujet. Il a eu très-souvent l'occasion d'observer ce phénomène sur le vivant, et, de plus, il a entrepris, avec M. le docteur Coyne, un certain nombre d'expériences sur les animaux.

Voici les conclusions qu'ils ont cru devoir tirer de ces observations et de ces expériences :

1° Il existe, dans l'anesthésie chirurgicale produite par le chloroforme, un rapport constant entre l'état de la pupille et la période de l'anesthésie; — 2° pendant la période d'excitation, la pupille est dilatée; — 3° cette période passée, la pupille se contracte : son atrésie, très-marquée durant plusieurs minutes, accompagne en général l'anesthésie complète; — 4° la dilatation de la pupille survenant pendant l'opération indique en général que l'anesthésie est moins profonde et que le retour de la sensibilité est proche; — 5° l'état

de la pupille peut donc servir de guide dans l'administration du chloroforme; — 6° pendant les opérations de longue durée, si l'on veut que le malade soit complétement insensible et immobile, il faudra diriger l'anesthésie de telle façon que les pupilles restent constamment contractées; — 7° enfin, les efforts de vomissements peuvent produire la dilatation des pupilles, faire disparaître l'insensibilité et amener le réveil : ils annihilent en partie les effets de l'anesthésie. (*Progrès médical.*)

Deux applications nouvelles de bromure de potassium. — L'une, proposée par M. le docteur Ch. Bernard, médecin de colonisation à Bordj-Menaïd, s'adresse aux engorgements de la rate. « On arrive, dit M. Bernard, à la résolution complète de l'intumescence de la rate dans les différentes conditions par le bromure de potassium à la dose de 1 gramme tous les jours pendant quinze ou vingt jours... bien rarement il a fallu prolonger le traitement au-delà de trente jours. » Il faut observer, en outre, que cette médication exerce la même influence sur les hypertrophies du foie.

(*Gazette médicale de l'Algérie.*)

L'autre nouvelle application du bromure de potassium a été proposée par M. le docteur Peyraud (de Libourne) et vient d'être mise en pratique récemment, à l'hôpital Saint-Louis, par M. le docteur Ernest Besnier; elle consiste à appliquer d'une manière générale le bromure de potassium *en poudre* au traitement de plaies fongueuses, hyperplasiques ou néoplasiques, n'ayant aucune tendance à la cicatrisation. Les résultats obtenus par M. E. Besnier semblent très-remarquables. Un homme atteint d'un énorme lichen hypertrophique ulcéré de la jambe, contre lequel il ne semblait y avoir d'autre ressource que l'amputation, est aujourd'hui en voie de guérison. M. Besnier continue à expérimenter cette méthode et nous fera connaître ultérieurement les résultats qu'il aura obtenus.

Le procédé employé par M. Besnier est des plus simples : il applique avec une spatule, sur la surface de l'exubérance à détruire, une couche de bromure de potassium en poudre fine, de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, et recouvre la poudre d'un épais plumasseau de charpie fine et sèche. Cette application est très-douloureuse immédiatement; mais, après quelques heures, la plaie est devenue insensible, et l'on trouve à la place où la poudre de bromure a été déposée une escarre livide, comparable, pour l'aspect, au tissu placentaire, infiltrée de sang, très-exactement limitée, et qui finit par se détacher après un temps qui varie suivant la nature du tissu pathologique.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 septembre 1874. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1873, dans les départements de la Haute-Vienne et de la Côte-d'Or (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Coste, médecin militaire, intitulé : *Recherches statistiques sur la Sologne orléanaise* (commission des épidémies);

2° Une lettre de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique, accompagnant l'envoi de plusieurs ouvrages;

3° Un rapport annuel de M. le docteur Barodel, sur le service médical de l'hôpital militaire de Vichy (commission des eaux minérales);

4° La relation, par M. le docteur Sandras, du fait d'un enfant de trois ans qui s'était introduit dans la bouche l'extrémité recourbée d'un tisonnier, long de 45 centimètres, sans pouvoir le retirer. Le crochet, dont la pointe était tournée en haut, piquait la partie postérieure du pharynx, et s'enfonçait dans l'arrière-narine gauche. M. Sandras, introduisant l'index de la main gauche jusque sur le larynx, fit basculer le tisonnier avec la main droite et le dégagea avec la plus grande facilité. Aucun accident consécutif n'est survenu.

PRÉSENTATIONS

M. Fauvel présente le relevé des conclusions adoptées par la conférence sanitaire internationale de Vienne.

M. Larrey présente : 1° un ouvrage intitulé : *Des fractures dites par pénétration*, par M. le docteur O. Lecomte, médecin principal; 2° un mémoire en portugais sur la ligature de l'artère iliaque primitive, par le docteur Antonio Maria Barbosa.

M. Leroy de Mirecourt présente la thèse inaugurale de M. le docteur Augustin Devé, intitulée : *Nouvelle théorie sur la nature du scorbut.*

A trois heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'adénopathie trachéo-bronchique en général et en particulier dans la scrofule et la phthisie pulmonaire, précédé de l'étude topographique des ganglions trachéo-bronchiques, par le docteur A. Baréty. — 1 vol. in-8° avec 6 planches. — Prix : 6 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Étude expérimentale sur l'action thérapeutique et physiologique de l'ipécacuanha et de son alcaloïde, par le docteur Polichronie. — In-8°, avec 1 planche. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Recherches cliniques expérimentales sur l'héminesthésie de cause cérébrale, par le docteur R. Veyssière. — In-8°, avec 1 planche. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Examen critique de l'influence que le séjour sur le littoral franco-italien exerce sur la marche de la phthisie pulmonaire, par le docteur Gillebert-Dhercourt. — In-8° de 16 pages. — Prix : 75 centimes. — Paris, F. Savy.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 115. — SAMEDI 3 OCTOBRE 1874. 47e ANNÉE, SAMEDI 3 OCTOBRE 1874. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'hémianesthésie de cause cérébrale.

Dans l'une de ses leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière pendant le dernier semestre d'hiver, et dans laquelle il traitait de l'hémianesthésie hystérique, M. Charcot, tout en reconnaissant que l'hémianesthésie est un symptôme presque spécifique, en ce sens qu'on ne l'observe que très-rarement avec l'ensemble de tous ses caractères dans une autre maladie que l'hystérie, se défendait toutefois d'admettre cette proposition comme absolue. Il se fondait, pour formuler cette réserve, sur ce que, dans des cas exceptionnels, à la vérité, mais parfaitement authentiques, certaines lésions cérébrales en foyer peuvent reproduire l'hémianesthésie avec tous les caractères qu'on lui connaît dans l'hystérie.

On sait, d'après la doctrine classique généralement admise sur ce point de physiologie pathologique, que les lésions cérébrales en foyer qui affectent si profondément la motilité, en particulier quand elles occupent la région de la couche optique et du corps strié, restent à peu près sans effet sur la sensibilité. En effet, toutes les fois qu'on est en présence de lésions à développement brusque, déterminant une attaque apoplectique et portant sur l'un quelconque des points susénoncés, le premier symptôme qui frappe, c'est une paralysie du mouvement, à laquelle s'ajoute une paralysie des nerfs vaso-moteurs, se traduisant par une élévation de la température du membre paralysé. La sensibilité n'est pas modifiée d'une manière appréciable; les sens spéciaux n'offrent aucun changement sérieux, à moins de complication.

Tel est l'ensemble symptomatique que l'on rencontre dans l'immense majorité des faits d'hémorrhagie ou de ramollissement affectant les points de l'encéphale indiqués.

Toutefois cette règle n'est pas invariable. Il est des cas où la sensibilité est affectée d'une façon prédominante et où l'anesthésie persiste même après le retour du mouvement.

Ce sont des faits de ce genre que M. Charcot signalait à l'attention de ses auditeurs dans la leçon en question. J'ai vu, disait-il, plusieurs fois l'hémianesthésie se surajouter à l'hémiplégie chez des sujets atteints d'hémorrhagie cérébrale, et toujours alors j'ai rencontré à l'autopsie la lésion de la couche optique dont, pendant la vie, j'avais cru pouvoir annoncer l'existence.

C'est dans cette leçon et dans les faits qui y étaient exposés que M. le docteur R. Veyssière a puisé l'idée d'une nouvelle étude de ce point d'anatomie pathologique, pour laquelle il a mis à contribution toutes les observations qu'il a pu réunir et les résultats directs des expériences auxquelles il s'est livré sur ce sujet et qu'il a consignés dans la brochure que nous avons sous les yeux (1)

Voici les faits principaux qui ressortent de l'analyse des observations, au nombre d'une quinzaine environ, qui figurent dans ce travail.

Lorsqu'on examine attentivement les malades qui présentent cette particularité, on voit, dit l'auteur, que tout le côté paralysé est le siége d'une anesthésie qui porte non-seulement sur la peau, mais sur les muqueuses et même sur les parties profondes. Si l'insensibilité est complète, on peut impunément pincer le malade, le piquer profondément, faire jouer les articulations et déplacer ses membres sans qu'il s'en aperçoive. Les corps chauds ou froids, l'électricité, même avec des courants intenses, le laissent absolument indifférent. Dès que l'on dépasse la ligne médiane et que l'on expérimente sur le côté sain, les sensations reparaissent avec toute leur vivacité normale.

Habituellement, on rencontre sur la ligne médiane, s'étendant à quelques millimètres de chaque côté, une zone neutre ou de transition entre la sensibilité et l'anesthésie : sur la moitié saine de cette zone, la sensibilité est affaiblie; sur la moitié paralysée, l'anesthésie est moins marquée.

Chez certains malades, outre l'affaiblissement de la sensibilité, il existe une véritable perversion des sensations.

Le sens musculaire est également troublé. Lorsque les malades ont recouvré le mouvement et même l'énergie musculaire, ils n'ont pas conscience des mouvements exécutés par les membres anesthésiés s'ils ne les voient pas.

La sensibilité profonde des membres peut être complétement abolie, mais celle des organes abdominaux persiste.

Les muqueuses participent à l'anesthésie de la peau, une moitié des lèvres, des muqueuses linguale, palatine, de l'arrière-gorge reste insensible.

Dans certains cas, les sens spéciaux présentent les modifications fonctionnelles suivantes : tantôt la vue étant complète-

(1) *Recherches cliniques et expérimentales sur l'hémianesthésie de cause cérébrale*, par M. le docteur Raphaël Veyssière. — Broch. in-8°. — Paris, 1874. Chez Adrien Delahaye.

ment abolie, l'impression de la lumière ne fait pas varier le diamètre de la pupille; tantôt, malgré une amaurose absolue, la pupille continue à se rétrécir ou à se dilater, suivant qu'elle est exposée ou non aux rayons lumineux.

Depuis la perte absolue de la vision jusqu'à son simple affaiblissement, il existe des degrés dont on a pu suivre et noter les différences.

D'autres fois, à la diminution de l'acuité visuelle se joint de l'achromatopsie plus ou moins prononcée.

Le fond de l'œil n'offre, dans ce cas, à l'examen ophthalmoscopique, rien d'anormal, même chez les sujets dont la vue est entièrement abolie.

Tous ces troubles portent sur l'œil du côté malade seulement, l'œil du côté sain n'y participe en rien.

On observe, entre les deux côtés, des différences dans l'acuité de l'ouïe, qui peut être abolie ou simplement obnubilée.

Les modifications que subissent l'odorat et le goût peuvent également varier de l'abolition complète à un simple affaiblissement.

Tantôt l'hémianesthésie marche parallèlement avec l'hémiplégie, et la sensibilité reparaît graduellement comme le mouvement; quelquefois elle est plus précoce; son retour précède celui de la motilité; d'autres fois, la puissance motrice reconquise, l'anesthésie persiste, et le malade promène longtemps ses membres insensibles, qui ne retrouvent que plusieurs années après la faculté de percevoir des sensations, souvent encore imparfaites. Dans quelques cas, l'anesthésie, peu prononcée au début, va toujours en augmentant, jusqu'à l'insensibilité absolue. Dans cet état, les malades sont sujets à de nouvelles attaques d'apoplexie.

M. Vayssière signale, en outre, le tremblement unilatéral (hémichorée) que l'on rencontre dans quelques cas unis à l'hémianesthésie.

L'anatomie pathologique a particulièrement fixé l'attention de notre confrère. Voici, sur ce point de la question, les résultats principaux de ses recherches :

Les lésions anatomiques qui produisent l'hémianesthésie peuvent être indifféremment celles de l'hémorrhagie cérébrale ou du ramollissement. Tantôt la lésion consiste en un seul foyer, parfois assez étendu; tantôt on a affaire à des lacunes plus ou moins volumineuses, qui sont disséminées en différents points de l'encéphale. On les retrouve alors groupées en plus grand nombre dans la région opto-striée.

Quant au siége qu'occupent ces lésions, ce qui était un des points essentiels de cette étude, voici dans quels points et dans quel ordre de fréquence elles se sont présentées :

1° En haut de la partie postérieure de la capsule interne, au niveau de son épanouissement, c'est-à-dire au pied de la couronne rayonnante de Reil.

Les autres parties de la capsule, même en bas, peuvent être touchées soit simultanément, soit isolément. L'obnubilation des sens n'est pas constante avec les lésions cérébrales.

2° Le noyau lenticulaire et surtout son troisième segment.

3° La couche optique, à sa partie portérieure, supérieure et externe.

4° Quelquefois le noyau coudé du corps strié; mais jamais sa lésion seule n'a été accompagnée d'hémianesthésie.

Comme moyen de vérification ou de contre-épreuve de ces observations, M. Vayssière s'est livré à des recherches expérimentales. Il a procédé à ses expériences d'après la méthode des injections de M. Fournié, dirigeant alternativement ces injections irritantes vers telle ou telle région de l'encéphale, et plus particulièrement dans la direction du corps strié et des points qui avaient été trouvés lésés dans les observations précédentes. Voici les résultats qu'il a constatés :

Dans les cas où, malgré les destructions assez considérables de la substance cérébrale, on n'observa pas d'hémianesthésie, ni la capsule interne, ni le pied de la couronne rayonnante n'avaient été intéressés.

Dans les expériences où a été constatée l'hémianesthésie, ces organes ont été trouvés plus ou moins lésés. Les résultats les plus complets ont été obtenus dans un cas où la capsule interne avait été détruite assez près du pédoncule cérébral pour que la lésion pût être considérée comme intéressant indirectement celui-ci, et dans un cas où le pied de la couronne avait été complétement sectionné.

Sur les animaux qui n'avaient présenté qu'une hémianesthésie incomplète, la capsule interne était encore plus ou moins profondément atteinte.

D'où l'on voit que la reproduction sur les animaux (des chiens) des lésions observées chez l'homme a donné naissance au même phénomène, l'hémianesthésie.

C'est le cas de rappeler à cette occasion, à l'appui des faits consignés dans la leçon de M. Charcot et dans le travail de M. Veyssière, le fait d'hémianesthésie chez un sujet atteint d'alcoolisme chronique rapporté par M. le docteur Magnan dans un travail extrait de la *Gazette hebdomadaire* et choisi parmi un groupe de dix observations de paralysie avec hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens.

De l'antagonisme de l'ésérine et de l'atropine. Conditions de cet antagonisme et applications pratiques.

On a vu, par l'exposé que nous avons fait dans la précédente Revue des recherches expérimentales de M. Martin-Damourette, que l'ésérine détermine deux effets antagonistes: les convulsions par surexcitabilité des centres moteurs et la paralysie par diminution de l'excitabilité des nerfs moteurs; qu'avec la dose élevée et massive, la surexcitabilité bulbo-spinale est assez intense et assez précoce pour tuer l'animal en expérience par asphyxie convulsive, avant que les nerfs moteurs ne soient parésiés au degré voulu pour faire antagonisme à cette suractivité des centres; que les petites doses fractionnées d'ésérine, au contraire, suffisent pour parésier les nerfs moteurs, sans produire de surexcitabilité importante des centres nerveux, et qu'une fois l'animal plongé dans cet état de névro-paralysie, il résiste à des doses d'ésérine bien supérieures à la dose toxique, non-seulement sans succomber, mais encore sans présenter de convulsions. — D'où l'on voit que les doses fractionnées ou paralysantes d'ésérine peuvent devenir antidotiques des doses massives toxiques.

Avant d'aborder la question de l'antagonisme de l'ésérine et de l'atropine, sujet de ce deuxième article, il est nécessaire de rappeler en quelques mots quelles sont les actions physiologiques élémentaires de l'atropine. On sait que cette substance provoque aussi des convulsions à doses massives et toxiques, en même temps que de la parésie des nerfs moteurs, laquelle se manifeste seule avec des quantités inférieures à la dose toxique. Ce serait donc la névro-paralysie atropique des petites doses qui ferait antagonisme à la convulsibilité ésérique des doses massives. Au contraire, la névro-paralysie des doses moyennes des deux poisons s'ajouterait pour tuer par asphyxie parétique, et la convulsibilité de leurs doses fortes s'ajouterait également pour produire la mort par asphyxie convulsive. C'est le premier cas qui s'est

présenté dans les expériences de Fraser, qui a vu neutraliser les effets convulsivants de doses d'extrait de fève de Calabar élevées jusqu'à trois fois et demie la dose toxique, par les effets névro-paralysants de doses d'atropine au moins quatre fois inférieures à la dose toxique. Ce fait de l'antagonisme entre l'ésérine et l'atropine avait déjà été constaté par M. Bourneville antérieurement aux recherches de Fraser.

M. Martin-Damourette, reprenant ces expériences, est arrivé à des résultats différents et qui l'ont conduit, en pratique, au rejet de l'antidotisme de ces deux substances dans la plupart des cas.

Après avoir commencé par déterminer, par des expériences comparatives, les doses toxiques les plus faibles et les doses non toxiques les plus élevées de l'ésérine et de l'atropine, M. Martin-Damourette a institué une série d'expériences consistant à administrer, soit simultanément, soit successivement, des doses variables d'ésérine et d'atropine, qui l'ont conduit aux résultats que voici :

1° Les doses élevées d'ésérine et d'atropine qui ne tuent pas l'animal en expérience si on les donne isolément, le font invariablement périr quand on les administre en même temps ou à peu d'intervalle l'une de l'autre.

2° La mort arrive par asphyxie spasmodique, résultant de l'addition du pouvoir convulsivant des deux poisons.

3° Les convulsions sont retardées et la mort arrive moins vite si l'on donne l'atropine la première, ou si l'ésérine a été administrée assez longtemps d'avance pour que l'excitabilité spinale qu'elle détermine soit à son déclin, et que la parésie des nerfs moteurs subsiste encore à un degré marqué au moment où l'on donne l'atropine.

En résumé, dans toutes ces expériences on voit l'administration simultanée de l'ésérine et de l'atropine produire la mort de deux manières :

1° Par addition des effets convulsivants des deux poisons;

2° Par addition de leurs effets paralysants.

Un troisième résultat a été obtenu, c'est la constatation successive de l'addition des effets convulsivants et des effets paralysants.

Enfin, réunissant les expériences de Fraser et les siennes et cherchant à les contrôler et à les commenter les unes par les autres, M. Martin-Damourette est arrivé à expliquer les contradictions apparentes qui en ressortaient au premier abord et à en résumer les résultats dans cette constatation, savoir : qu'en administrant à un même animal les deux poisons, on peut développer leurs effets semblables ou leurs effets opposés à des degrés très-variés, se rapportant à trois séries de conditions expérimentales distinctes.

Voici ces trois conditions expérimentales :

1° On donne l'ésérine et l'atropine, à doses non toxiques, mais assez élevées pour développer la convulsibilité; alors leurs phénomènes spasmodiques, qui s'ajoutent, l'emportent sur la névro-paralysie, qui leur fait antagonisme, et la mort de l'animal survient par asphyxie convulsive.

2° On donne les deux agents à des doses bien inférieures à la dose toxique de chacun d'eux; on évite alors les convulsions, et l'on n'obtient, d'une façon marquée, que des effets hypocinétiques communs aux deux substances. Si ces effets sont assez intenses, leur addition suffit pour déterminer la mort par asphyxie paralytique; si, au contraire, ils sont plus modérés, ils n'atteignent plus que le degré d'acuité utilisable en thérapeutique.

3° Enfin, si la dose d'atropine est très-faible, elle ne développe que le degré de névro-paralysie atropique suffisant pour annuler la convulsibilité ésérique des doses mortelles ; en un mot, on réalise l'antidotisme de l'atropine à l'égard de l'ésérine.

Ces expériences, on le voit, en faisant connaître les phénomènes élémentaires de chacun des deux poisons, ont permis en même temps d'en donner l'interprétation.

Cette interprétation permet de fixer les conditions de l'antidotisme expérimental et pratique :

Il ne se produit qu'entre des doses toxiques ou convulsivantes d'ésérine et des doses faibles ou parésiantes d'atropine. La limite des doses du poison ésérique est atteinte au moment où le degré de la surexcitabilité de la moelle peut encore être neutralisé par les doses parésiantes d'atropine, et où la névro-paralysie ésérique, qui suit les convulsions, n'est pas assez forte pour produire la suffocation parétique en s'ajoutant à la névro-paralysie atropique.

L'antidotisme ne se produit plus entre les doses non toxiques des deux poisons si elles sont assez élevées pour tuer par addition de leurs effets convulsivants ou seulement par la somme de leurs effets parésiants.

Les expériences physiologiques, ainsi interprétées, ont permis aussi de fixer le moment de l'administration de l'antidote. Celui-ci doit être donné assez peu de temps avant le poison pour que la névro-paralysie qu'il détermine subsiste encore au degré voulu pour annuler la convulsibilité ésérique.

Si c'est après le poison ésérique que l'on donne l'atropine, ce qui serait le cas de la pratique, il faut administrer l'antidote le plus tôt possible, afin qu'il ait encore le temps de produire la névro-paralysie avant que les convulsions éclatent.

La dernière question examinée par M. Martin-Damourette est l'antidotisme pratique entre l'ésérine ou la fève de Calabar et l'atropine ou la belladone.

Deux cas se présentent :

Le premier consisterait à opposer l'atropine à l'empoisonnement ésérique. Sur ce premier point, M. Martin-Damourette pense que deux considérations porteraient à en restreindre l'emploi sur l'homme, dont on sait l'extrême susceptibilité à l'action de l'atropine.

La première, c'est que cette substance n'a de chance de faire antidotisme à l'ésérine que si elle est administrée pendant les quelques minutes qui suivent la prise du poison ; donnée plus tard, elle ajoute ses effets parésiants à ceux de l'ésérine et en augmente la léthalité.

Cette première difficulté n'est pas insurmontable à ses yeux, puisque l'on peut avoir à traiter l'empoisonnement dans les instants qui suivent sa production.

La seconde difficulté lui paraît moins facile à résoudre; elle est relative à la question du dosage de l'antidote qui doit être basé et sur la dose du poison, qui est loin d'être toujours connue, et sur l'époque de l'empoisonnement. On a à louvoyer en quelque sorte entre l'insuffisance de l'action névro-paralysante de l'atropine, ou l'addition de cette action à la parésie ésérique de la fin, pouvant entraîner la mort.

Il est clair qu'avant d'entrer dans la pratique, le fait de l'antidotisme de l'atropine à l'égard de l'ésérine, révélé par les expériences sur les animaux, a besoin d'être éclairé par des observations sur l'homme, qui demanderont évidemment une circonspection et une prudence extrêmes.

Quant à la proposition inverse qui consisterait à utiliser l'antagonisme de ces deux substances, pour combattre par l'ésérine l'empoisonnement atropique, les expériences de M. Martin-Damourette, comme celles de M. Fraser, montrent également qu'il n'y faudrait pas compter, les doses d'atropine inférieures

de plus de moitié à la dose léthifère, étant rendues mortelles par l'administration des doses non toxiques d'ésérine, par le fait de l'addition de leurs effets synergiques.

Il reste un dernier point pratique qui paraît ressortir plus clairement de l'ensemble de ces expériences : c'est la possibilité d'utiliser la synergie névro-paralytique de ces deux substances à faible dose pour combattre le tétanos.

« On trouverait dans cette association, dit M. Martin-Damourette, certains avantages, par exemple, de neutraliser les effets respectifs de chacune de ces deux substances sur la pupille et de prévenir par l'atropine les effets spasmodiques souvent provoqués par les premières doses de l'ésérine. »

Ajoutons, avec notre savant confrère, qu'il va sans dire qu'on devrait éviter avant tout de donner l'atropine et l'ésérine dans les proportions où la somme de leurs effets névro-paralytiques peut exposer à l'asphyxie parétique, cela serait possible, paraît-il, la paralysie des membres et même des muscles thoraciques précédant de beaucoup celle des nerfs phréniques qui seule peut faire courir ce danger.

C'est à ce dernier point de vue surtout qu'il nous a paru utile de porter à la connaissance de nos lecteurs les résultats principaux de ces dernières expériences, qui ouvrent une voie nouvelle à l'expérimentation clinique, pour le traitement de l'une des affections les plus graves et les plus souvent rebelles à la thérapeutique. Dr Brochin.

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE

SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DE L'IPÉCACUANHA ET DE SON ALCALOÏDE

Par M. le docteur C. A. Polichronie (1).

De cette étude historique, clinique et expérimentale sur l'action de l'ipécacuanha et de l'émétine, l'auteur déduit les conclusions suivantes :

1° L'émétine est le principe véritablement actif de l'ipécacuanha. Toutes les propriétés physiologiques, thérapeutiques et toxiques que possède cette plante, elle les doit à la présence de son alcaloïde.

2° Dans la dysentérie comme dans les diarrhées, l'ipéca, administré en lavements, jouit de propriétés aussi énergiques que lorsqu'il est donné par la bouche, suivant la méthode brésilienne.

3° L'ipéca en lavements est un des meilleurs traitements que l'on puisse employer pour combattre le choléra infantile ; il peut être supporté pendant un temps assez long sans affaiblir les jeunes sujets.

4° Dans la diarrhée des tuberculeux, quelle que soit la période, les lavements d'ipéca donnent de bons résultats.

5° Cette médication peut également être employée avec avantage pour combattre les sueurs profuses des phthisiques.

6° L'émétine est une substance très-toxique ; elle peut tuer les animaux de deux manières : tantôt par la prostration considérable qu'elle exerce sur le système nerveux ; tantôt, lorsqu'elle est donnée à plus faibles doses, par l'entérite intense qu'elle provoque.

7° Deux hypothèses sont possibles pour expliquer l'action favorable de l'ipécacuanha dans les diarrhées :

A. Une action vaso-constrictive qui diminuerait l'abondance des sécrétions ;

B. Une action substitutive qui résulte de l'inflammation de la muqueuse.

8° L'action vaso-constrictive n'existe pas, ainsi que le montrent les expériences faites sur ce nerf de la glande sous-maxillaire et sur la tension artérielle.

9° La production de l'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale, la durée prolongée après laquelle le vomissement se produit, semblent au contraire plaider en faveur de la seconde.

(1) Brochure in-8°. — Paris, 1874, chez Ad. Delahaye.

10° L'émétine fait vomir au moment où elle s'élimine par la muqueuse gastrique, ainsi que le prouve le retard dn vomissement, et même plus fréquemment son absence absolue à la suite de la section des deux nerfs vagues ; elle agit en cela tout différemment de l'apomorphine et du tartre stibié. Ces deux substances, en effet, font vomir aussi vite quand les deux nerfs sont coupés que lorsqu'ils sont intacts.

11° Enfin, les recherches physiologiques et chimiques du médicament plaident encore en faveur de l'élimination de l'émétine par la muqueuse gastro-intestinale.

12° L'émétine n'a pas d'action vomitive directe sur le système nerveux central, ainsi que le prouvent les injections directes de cette substance dans les artères cérébrales.

13° Dès lors, l'on peut admettre que, dans les diarrhées, l'émétine agit en substituant à des inflammations pathologiques une inflammation franche, qui tend à guérir spontanément ; son effet, dans ces conditions, serait de tout point comparable à celui des purgatifs ou du nitrate d'argent.

14° Dans les sueurs, nous ne pouvons pas davantage admettre une action vaso-motrice, et nous sommes obligé de croire, ou bien qu'en s'éliminant par les glandes sudoripares, elle tend à tarir leur sécrétion, ou bien encore qu'elle agit par la révolution qu'elle fait sur le tube digestif.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 août 1874. — Présidence de M. Perrin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de médecine de la semaine ;

2° Le compte rendu des travaux de la Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse, depuis le 11 mai 1873 jusqu'au 10 mai 1874 ;

3° La *Revue médicale de Toulouse ;*

4° Le *Marseille médical ;*

5° Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique ;*

6° Brochure intitulée : *La Société moderne et la Folie*, par Hubert Boens ;

7° Une lettre de M. Gayet, relative à une question de priorité du procédé faisant l'objet d'une récente communication de M. Galezowki.

COMMUNICATION

M. Perrin. J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société le résumé de l'examen histologique de l'œil atteint de rétinite leucémique, dont j'ai entretenu la société dans sa séance du 22 avril 1874. Ce résumé est extrait d'un mémoire complet sur cette pièce, communiqué à la Société de biologie par M. Poncet, agrégé de l'école de médecine du Val-de-Grâce.

Anatomie pathologique d'une rétinite leucocythémique. — La leucocythémie a été constatée dans les reins et le foie sous la présence de tumeurs lymphoïdes à tissu réticulé par M. Kelsch.

Dans le globe oculaire, nous avons rencontré plus d'une centaine d'hémorrhagies occupant le segment postérieur ; elles étaient ponctuées, mesuraient 1 millimètre et demi de diamètre et plus, et avaient presque toutes, dans leur partie centrale, un point blanc très-nettement accusé.

Le microscope a démontré qu'elles étaient en très-grande partie composées de globules blancs.

Ces hémorrhagies de leucocytes ont lieu, soit en arrière de la lame criblée dans les intervalles cellulaires du nerf optique, soit dans la papille, dont elles augmentent le relief, soit l'épanouissement des fibres.

Elles siégent à la rétine : 1° sous la limitante interne, où elles amènent une irritation des cellules périphériques du corps vitré ;

2° Dans l'épaisseur même des fibres du nerf optique, et surtout dans la gaîne adventice des vaisseaux ;

3° Sous la rétine, où elles occupent de préférence le point le plus mince de cette membrane, la *tache jaune.*

Les leucocythes furent, soit dans la direction des fibres du nerf optique, soit en longeant les fibres de Muller; les globules rouges descendent jusque dans les bandes des cellules sympathiques et des grains.

Le fait important dans cette rétinite, c'est l'intégrité absolue des éléments propres de la rétine : fibres du nerf, cellules sympathiques, grains et bâtonnets. Nulle part il n'y a prolifération du tissu cellulaire, ni altération variqueuse des fibres.

Quelques blocs colloïdes résultant des hémorrhagies se rencontrent seuls sous la limitante interne.

Les vaisseaux de la choroïde sont gorgés de globules blancs, mais ne présentent ni hémorrhagies, ni transsudation de leucocythes à travers leurs parois.

La diminution de l'acuité et de l'étendue de la vision doit être rapportée à une cause purement mécanique, aux hémorrhagies qui font écran ; mais il n'y a pas altération des éléments propres de la rétine.

Les différentes descriptions ophthalmologiques données par les auteurs peuvent se rapporter : 1° à une première période de réplétion simple des vaisseaux par les leucocythes ; 2° à une deuxième période d'hémorrhagie; 3° enfin (et celle-ci n'est pas démontrée histologiquement jusqu'ici) à une troisième période de productions de petites tumeurs lymphoïdes, résultat de l'organisation des globules blancs épanchés (fait constaté par d'autres organes).

LECTURES

M. VERNEUIL continue la lecture de son travail sur *le Traitement des anévrysmes.*

M. DEMARQUAY lit la note suivante :

Du traitement de l'anévrysme poplité chez les vieillards. — Je serais heureux d'attirer un instant l'attention de la Société de chirurgie sur le traitement de l'anévrysme poplité.

Sans être absolument rare, on peut dire néanmoins qu'il n'est point commun. Dans une carrière chirurgicale déjà longue, je n'ai eu à traiter directement que trois malades. Deux de mes malades, étant des sujets adultes, ont parfaitement guéri, l'un par la ligature de l'artère fémorale à sa partie moyenne, avec l'aide de MM. Roux, Lenoir et Larrey, il y a de cela vingt ans. L'autre a été guéri par la compression digitale. Le troisième est actuellement en observation; chez lui, le mal est venu brusquement, acquérant tout de suite le volume d'un œuf de poule et supprimant toute circulation dans le membre affecté. Celui-ci devint le siége de vives douleurs et prit un aspect bleuâtre. On ne sentait les premiers jours aucun battement artériel, ni sur la tibiale antérieure, ni sur la postérieure ; la sensibilité du membre à la piqûre était nulle dans certaines parties, obscure dans l'autre ; des phlictènes se formèrent à la partie interne du pied : nous crûmes un instant au sphacèle ; mais, petit à petit, les douleurs cessèrent, la circulation se rétablit au moyen de la tibiale antérieure, le pied a repris à peu près son état normal. Toutefois la nutrition des ongles a tellement été modifiée qu'ils se détachent et paraissaient devoir tomber. Actuellement, la santé générale du malade, qui est un vieillard de soixante-neuf ans, est très-satisfaisante, elle avait été fort ébranlée par les douleurs du début.

Si, depuis que j'ai l'honneur d'être chirurgien des hôpitaux, je n'ai eu à soigner que trois cas d'anévrysme poplité, je dois ajouter que, durant le cours de mes études, j'ai vu un certain nombre de nos maîtres traiter cette maladie, soit à l'Hôtel-Dieu, soit à Necker, soit à la Charité. A l'Hôtel-Dieu, j'ai vu M. Roux et M. Blandin, l'un et l'autre grands partisans de la ligature comme traitement général de l'anévrysme, lier sans succès la fémorale à sa partie moyenne comme moyen de traitement de l'anévrysme poplité. Les malades étaient âgés, ils avaient passé la soixantaine ; je les vis tous mourir, ou de gangrène du membre, ou d'hémorrhagies consécutives. Ces faits m'impressionnèrent beaucoup ; j'avais, sous ce rapport comme sous bien d'autres, accepté les idées de MM. Roux et Blandin sur les avantages de la ligature appliquée aux anévrysmes. Pendant que j'étais prosecteur, je vis M. Malgaigne appliquer un traitement d'un anévrysme poplité grave la ligature sans plus de succès, il fallut recourir à l'amputation du membre, et le malade mourut. M. Velpeau, à la Charité, sur un malade âgé, affecté d'anévrysme poplité, crut devoir recourir à la flexion de la jambe sur la cuisse, ce mode de compression étant trop douloureux, insupportable pour le malade, il fallut y renoncer et recourir à une injection de perchlorure de fer au 30e ; il survint des accidents graves et le malade succomba.

Enfin, je vis M. Lenoir, à Necker, aux prises avec un anévrysme poplité. Cet esprit si fin et si pénétrant n'avait point voulu recourir à la ligature, il crut devoir recourir à la flexion du membre. Celle-ci ne fut point supportée. Il recourut à une injection au perchlorure de fer. Son malade a succombé. Vous avez vu que le malade de M. Verneuil eut le même sort.

Vous le voyez, le nécrologe que je puis dresser au compte de l'anévrysme poplité est assez sérieux, j'aurais pu en augmenter ou en diminuer l'importance, suivant que je me serais mis en mesure de recueillir les faits favorables à une méthode déterminée de traitement. Ce que je veux prouver tout d'abord, c'est que l'anévrysme poplité est une maladie grave et qui amène la mort quel que soit le mode de traitement mis en usage, et qui est d'autant plus grave que les individus sont plus âgés. Nos deux premiers malades, qui ont très-bien guéris, étaient des hommes dans la force de l'âge. Les autres, que j'ai vu mourir, étaient tous âgés, de sorte que je suis en droit de me demander quelle opération on doit appliquer aux malades âgés affectés d'anévrysme poplité, et si même on doit en appliquer une. Un malade qui est arrivé à la limite de la vie peut vivre longtemps encore, condamné au repos, il est vrai, mais le repos pour le vieillard est presque son état naturel ; on a chance de prolonger l'existence du patient et de le voir succomber à une autre maladie ; dût-il même succomber à sa maladie, sa mort ne sera point plus triste pour lui et pour les siens que si on le soumet à une opération grave, dont les suites devront entraîner la mort. Dans ce cas même, la mort sera plus douce, moins attendue et moins redoutée. Ces réflexions, je les fais sans cesse au sujet du malade que j'ai sous les yeux. En songeant à tous les malades que j'ai vu mourir et en tenant compte des artères de mon malade, qui sont dures et athéromateuses, j'éloigne tout naturellement toute idée de ligature, il est bien évident que l'artère ne résisterait point au fil, et qu'en raison de la forte impulsion du cœur, qui se fait si puissamment sentir dans l'anévrysme, il surviendrait, au bout de peu de jours, une hémorrhagie secondaire grave ; d'ailleurs, en admettant que l'artère résiste au fil qui viendrait l'étreindre, qui nous dit que les artères collatérales seraient suffisantes au rétablissement de la circulation collatérale. Or, chez mon malade, on ne sent ni la tibiale postérieure ni la péronière. Pour ces raisons, je repousse l'idée de toute ligature.

En effet, il ne suffit point d'avoir reconnu sur un malade un anévrysme poplité et d'avoir constaté que tout battement cesse dans la tumeur, pour être autorisé à pratiquer la ligature ; il y a des conditions anatomiques dont nos maîtres n'étaient peut-être point assez préoccupés : il faut avant tout tenir compte de l'âge des artères, celles-ci peuvent être de beaucoup plus âgées que celui qui les porte ; il y a encore un fait capital, et que j'avais bien étudié sur mes deux premiers malades, je veux parler de la circulation collatérale, quand on a comprimé l'artère ; il ne suffit point d'avoir constaté la cessation de tout battement dans l'anévrysme, il faut maintenir la compression assez longtemps pour étudier les conditions physiologiques du membre comprimé, savoir en un mot si la circulation continue, ce dont vous vous assurerez par l'absence de toute douleur, par la teinte naturelle du membre et par la conservation de la température du membre. Si le sang n'arrive point ou s'il arrive mal dans les parties sous-anévrysmatiques, le malade souffre, l'innervation se fait mal, et la compression ne peut être supportée. Ces conditions, je ne les avais point vues suffisamment étudiées par les maîtres que j'avais pris pour guides, je les étudiai avec soin sur mes trois malades affectés d'anévrysme poplité, et je ne suis déterminé à agir que lorsque les conditions physiologiques me paraissent favorables. Il ne suffit donc point d'avoir constaté sur un sujet adulte qu'il existe un anévrysme po-

plité pour se décider à agir, il faut encore savoir si le système artériel auquel la circulation collatérale va être confiée, pour être certain que la circulation centrale du membre peut être interrompue. Nous savons tous combien, en raison du volume du membre inférieur et du diamètre de l'artère fémorale, les éléments de la circulation collatérale sont limités, chez l'adulte dont les artères ont conservé leur souplesse et leur dilatabilité. Qu'adviendra-t-il chez le vieillard dont les plus petites artères sont athéromateuses? Evidemment, dans ces conditions, le vieillard auquel on a lié la fémorale est menacé de deux choses : 1° du sphacèle du membre avec des douleurs intolérables; 2° l'hémorrhagie secondaire, qui se reproduit, quoi qu'on fasse, jusqu'à la mort de l'opéré.

Pour toutes les raisons que je viens exposer, je rejette, chez les vieillards dont le système artériel est profondément altéré, toute ligature artérielle capitale, comme celle de la fémorale à sa partie moyenne, suivant la méthode d'Anel, comme mode de traitement de l'anévrysme poplité ; c'est dire implicitement que je rejette à plus forte raison la méthode ancienne, à moins de circonstances que j'indiquerai plus tard.

Maintenant, voyons si le chirurgien est autorisé à recourir chez les vieillards à la flexion exagérée du membre comme mode de traitement. Cette façon de faire n'est autre chose qu'une compression exercée directement sur l'anévrysme ; si celui-ci est volumineux, et si la nature n'a point organisé de coagulum intérieur, cette compression aura pour résultat de chasser le sang de la poche anévrysmale et de suspendre toute circulation dans l'intérieur de celle-ci. Ajoutez à cela que la pression de la partie postérieure de la jambe sur la partie postérieure de la cuisse aura pour résultat de suspendre presque toute circulation collatérale, les éléments de celle-ci étant surtout à la partie postérieure, de sorte que vous agirez contre le but que vous vous proposez. Vous voulez provoquer la formation d'un caillot dans l'intérieur de l'anévrysme, et vous en chassez le sang, et vous supprimez la circulation collatérale, ce qui est une cause de souffrance pour le malade, d'où il résulte que beaucoup ne peuvent point supporter le mode de compression.

Si, au contraire, l'anévrysme est volumineux, si des stratifications se sont formées dans son intérieur, et si surtout les parois de la tumeur sont faibles sur un point, vous pouvez, par ce mode de compression dont vous ne connaissez point la puissance, amener une rupture de l'anévrysme et provoquer une infiltration sanguine du membre inférieur, ce qui vous obligera à pratiquer sur un vieillard une amputation de cuisse, dont la gravité est reconnue de tout le monde. Pour toutes ces raisons, tout en reconnaissant les services que peut rendre, chez les individus jeunes et affectés d'anévrysmes peu volumineux, ce mode de compression, je l'éloigne de ma pratique quand il s'agit de l'appliquer à un vieillard.

Je ferai remarquer, d'ailleurs, que je l'ai vu échouer entre les mains de M. Velpeau et de Lenoir. M. Verneuil n'a point été plus heureux que ces deux éminents praticiens. Ainsi que je l'ai dit en commençant cette note, l'échec éprouvé par MM. Velpeau et Lenoir dans la compression directe de l'anévrysme par la flexion d'un membre les conduisit, comme M. Verneuil, à pratiquer une injection de perchlorure de fer dont le résultat fut la mort du malade. Je n'ai pas assisté à l'opération de M. Verneuil et ne puis en parler que pour affirmer que l'opération a été très-bien faite, comme elle le fût à la Charité et à Necker; mais, en l'entendant parler de l'injection de perchlorure de fer dans un anévrysme poplité, j'ai pensé tout de suite que son malade aurait le sort des deux autres. J'ai beaucoup étudié le perchlorure de fer et j'en ai fait un grand usage dans le traitement des tumeurs érectiles bien circonscrites avec un grand succès ; je m'en suis servi aussi dans le traitement de petits anévrysmes à la main, par exemple, quand l'isolement de la partie dans laquelle on l'injecte est facile et qu'il existe une circulation collatérale puissante. Dans ces cas, le perchlorure agit de deux façons : il coagule les éléments sanguins qu'il rencontre en petite quantité, et, de plus, il irrite, il enflamme les vaisseaux capillaires au contact desquels il se trouve, et surtout la surface interne du vaisseau où il a pénétré. Si dans votre opération vous n'avez point injecté une trop forte proportion de perchlorure de fer, les choses se passent à merveille, et vos malades guérissent; mais que se passe-t-il dans une poche anévrysmatique du creux poplité, dans laquelle vous avez arrêté la circulation par une compression faite au-dessus et au-dessous de la tumeur, et dans laquelle vous injectez du perchlorure de fer. Va-t-il se former un coagulum plastique adhérent à la surface du vaisseau malade, et ce coagulum va-t-il suspendre la circulation plus ou moins complétement dans le vaisseau? Évidemment non; il va se passer dans l'anévrysme ce qui se passe dans un verre, où vous avez mis du sang, il se formera une combinaison chimique avec les éléments du sang et le perchlorure de fer, une espèce de magma noirâtre dont les éléments seront sans cohésion. Quand vous aurez laissé le sang revenir dans l'anévrysme, ces divers éléments seront emportés dans la circulation, au risque de produire de graves embolies dans les artères tibiales antérieure et postérieure, et il ne restera plus dans l'anévrysme que l'inflammation causée par l'injection du perchlorure de fer, inflammation qui a amené la mort chez deux malades que j'ai vu opérer. Ces considérations font que j'éloigne de mon esprit toute idée de pratiquer une injection de perchlorure de fer dans l'anévrysme du vieillard que j'ai actuellement sous les yeux.

Toutefois, parmi les modes de traitement appliqués à l'anévrysme, il en est un auquel on peut recourir sans inconvénient, attendu que l'on en suit les effets et que l'on peut en suspendre l'action quand on veut, je veux parler de la compression digitale bien faite. Si, en effet, cette compression est bien supportée, si elle ne cause pas de douleurs vives dans le membre, c'est une preuve que la circulation collatérale se fait bien ; dans ce cas, elle peut être maintenue pendant un certain temps. Si, au contraire, elle est douloureuse et ne peut être supportée, on l'abandonne pour y revenir plus tard; et si enfin elle est intolérable, on y renonce définitivement.

Si cela m'arrive, je me bornerai alors à faire faire un appareil contentif bien souple, bien élastique, pour soutenir l'anévrysme et l'empêcher de prendre un trop grand développement, et je condamnerai mon malade au repos. Sans doute, je n'aurai point guéri mon malade, mais je ne l'aurai point non plus condamné à une mort douloureuse, il pourra vivre ainsi peut-être longtemps, aussi longtemps que peuvent vivre les vieillards qui ont un anévrysme et souvent l'arbre artériel gravement malade. Mais il peut se faire que l'anévrysme de mon malade se développe et qu'il finisse par menacer de se rompre. Avant d'arriver à cet état extrême, forcément les collatérales se sont développées, la circulation en retour se fixe mieux et si, finalement, je me trouvais réduit à l'alternative d'une amputation de la cuisse, ou de traiter directement l'anévrysme, je proposerai dans ce cas, après avoir fait l'ischémie avec soin, d'ouvrir le sac et de lier l'artère malade au-dessus et au-dessous, comme le faisaient les anciens. L'opération ne réussirait peut-être pas mieux que l'amputation de la cuisse, mais elle serait moins effrayante pour le malade.

DISCUSSION

M. VERNEUIL. M. Demarquay discute le principe de l'intervention et de la non-intervention. Il faudrait, pour être fixé, des statistiques bien faites. On a guéri des anévrysmes chez des gens âgés, et je me rappelle un vieil Espagnol très-débilité qui a guéri par la compression digitale.

M. Demarquay craint qu'à cet âge l'état des vaisseaux ne permette point la circulation de retour par les collatérales, et que l'ischémie ne se métamorphose en gangrène. Je crois que c'est aller un peu loin, et j'estime que, tout en faisant chez les vieillards le pronostic plus grave, il faut y regarder à deux fois avant de déclarer ces malades inopérables. Quant à celui de mes malades auquel fait allusion M. Demarquay, et chez lequel l'injection iodo-tanique a échoué, je suis persuadé que si j'avais pu produire chez lui un caillot solide à l'aide du perchlorure de fer, le malade aurait pu guérir, convaincu par expérience que l'embolie n'est point une conséquence fatale de l'injection coagulante, et que l'embolie elle-même est loin d'être toujours mortelle.

M. DEMARQUAY. Je me suis mal fait comprendre. J'ai voulu dire que je réservais pour le traitement de l'anévrysme des vieillards les procédés de douceur. C'est ainsi que, rejetant la ligature, la compression directe et l'injection dans les anévrysmes volumineux, je donne la préférence à la compression digitale intermittente, et si j'avais la main forcée, je recourrais à la méthode ancienne. Je

ne dis pas que mes opinions à cet égard ne fussent susceptibles de se modifier en présence d'une statistique impartiale et favorable ; mais jusque-là je m'abstiens.

M. PANAS. Je suis convaincu de la valeur à peu près nulle de l'injection iodo-tanique; je l'ai employée dans le traitement des varices, et je n'ai obtenu que des caillots mous et sans consistance. Ce liquide est, de plus, irritant et détermine facilement la phlébite; j'y ai absolument renoncé.

M. DUBRUEIL. J'ai vu, il y a déjà longtemps, M. Maisonneuve employer le liquide iodo-tanique dans le traitement des varices. Il y a renoncé à cause de la phlébite qu'il déterminait souvent.

La séance est levée à cinq heures dix minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

CORRESPONDANCE

A M. le docteur Le Sourd, directeur de la GAZETTE DES HOPITAUX.

Djeddah, le 15 février 1874 (1).

Monsieur et très-honoré confrère,

Le pèlerinage de la Mecque qui vient de s'accomplir avait débuté sous de fâcheux auspices ; une recrudescence cholérique assez considérable régnait dans plusieurs villes des Indes, et particulièrement à l'île de Singapore, rendez-vous d'un nombre considérable de pèlerins qui viennent de la Malaisie et de tout l'archipel Indien, s'y embarquer pour se rendre à la Mecque; nous craignions, et non sans motifs sérieux, que ces futurs hadjis n'y apportassent avec eux la maladie. Cette prévision ne se réalisa pas, et le temps — ce grand indiscret — a fort heureusement trompé l'attente; aucun cas de choléra n'a été constaté à bord des navires amenant des pèlerins de l'océan Indien, et l'état sanitaire du Hédjaz, s'est maintenu très-satisfaisant.

Les cérémonies religieuses ont commencé à l'Arafat le 28 janvier; elles ont fini à Mina le 30 du même mois. Pendant les trois jours qu'elles durèrent, grâce aux mesures de salubrité qui avaient été prises dans ces localités, par S. E. le docteur Arif bey, vice-président du conseil supérieur de santé de Constantinople, l'état sanitaire des pèlerins a été très-satisfaisant, et la mortalité générale très-peu considérable. On n'y a perdu que des gens avancés en âge ou atteints d'affections chroniques.

S. E. le docteur Arif bey a été activement secondé dans cette mission ardue par MM. les docteurs Raïf effendi, Kadri effendi et mon adjoint le docteur Nouri effendi, médecins sanitaires, titulaires dans le Hédjaz, anciens élèves distingués de M. Fauvel, dont le nom a jeté tant d'éclat sur l'école de Constantinople.

Le nombre de pèlerins réunis aux lieux saints a été estimé par le grand chérif à 180,000 hadjis : 35,778 ont débarqué à Djeddah; 7,883 à Yambo, port de Médine et 2,535 à Lyte, petit port de la mer Rouge, à 90 milles sud-est de Djeddah. Ces chiffres réunis portent à 46,196 le nombre des pèlerins arrivés à la Mecque par la voie de mer.

Parmi les 35,778 pèlerins débarqués à Djeddad, 30,223 sont arrivés sur 85 bateaux à vapeur et 6 voiliers trois-mâts, le reste sur des sambouks.

Voici comment ce chiffre se décompose : 11,014 venaient de l'océan Indien ; 6,033 Malais fournis par les îles Malaises et 4981 Indiens, ayant pris passage presque tous à Bombay. 18,581 venaient à travers l'Égypte, parmi lesquels 4,250 Ottomans, 4,331 Égyptiens et 10,000 Mogrébins. 1,400, presque tous Persans, venaient du golfe Persique; 930 de la mer d'Oman; 1,418 de la côte arabique, de la mer Rouge et 2,435 de la côte africaine de cette mer. La plus grande partie était venue, comme l'année dernière, par caravanes d'Égypte, de la Syrie et surtout de l'Arabie centrale.

J'ai la satisfaction d'avoir à vous annoncer que nous n'avons reçu cette année aucun navire à pèlerins dans le triste état d'encombrement que je vous signalais lors du pèlerinage dernier (1). Je me hâte d'ajouter que les provenances de Bombay étaient encore, sous ce rapport, les mieux conditionnées.

Le nombre de bateaux à vapeur partis, du 6 au 13 février, pour El-Wedj, petit port de la côte arabique, où l'administration sanitaire égyptienne fait purger quarantaine aux pèlerins à destination de l'Égypte, a été de dix huit : ils étaient montés par 11,856 hadjis, dans les meilleures conditions d'hygiène et de santé.

Veuillez agréer, etc.

Dr PASQUA,
directeur des services sanitaires du Hédjaz.

Pèlerins débarqués à Djeddah en 1874. . . .	35,778	
— — en 1873. . . .	40,575	
Différence.	4,797	en moins.
Pèlerins débarqués à Yambo en 1874. . . .	7,883	
— — en 1873. . . .	3,000	
Différence.	4,883	en plus.
Pèlerins débarqués à Lyte en 1874.	2,535	
— — en 1873.	2,155	
Différence.	380	en plus.

La Société de chirurgie reprendra ses séances le mercredi 7 octobre, à trois heures et demie.

(1) Cette lettre, parvenue tardivement par une circonstance indépendante de la volonté de son auteur, n'en conserve pas moins, malgré ce retard, tout son intérêt, comme on en pourra juger.

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 12 avril 1873, page 342.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 116. — MARDI 6 OCTOBRE 1874. 47e ANNÉE. MARDI 6 OCTOBRE 1874. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, 5 octobre 1874.

Deux nouvelles très-concises insérées dans l'un de nos derniers numéros, et qui, à cause de cette concision même, pourraient n'avoir point frappé au même degré l'attention de tous nos lecteurs, sont en réalité grosses d'intérêt et méritent à ce titre que nous leur donnions ici quelques développements.

L'une de ces nouvelles était ainsi conçue : « Le gouverneur de l'Algérie a interdit pour cette année aux indigènes algériens le pèlerinage de la Mecque. » Pour qu'une pareille mesure ait été prise, il fallait un motif sérieux. Ce motif, c'est l'existence signalée de la peste dans la régence de Tripoli. Nous n'avions eu connaissance jusqu'ici de l'existence de ce fléau que par la mort de l'un des nôtres, le docteur Laval, victime de son dévouement, et dont la conduite héroïque a été tout récemment mise à l'ordre du jour de l'armée dans des termes qui honorent le corps de santé militaire tout entier. Nous trouvons des renseignements pleins d'intérêt sur le développement et la marche de cette nouvelle épidémie dans une correspondance particulière de la *Gazette hebdomadaire,* à laquelle nous croyons devoir emprunter les quelques détails qui suivent :

Vers les premiers jours du mois d'avril dernier, la peste éclatait à *Merdji*, village distant de 20 heures de Benghazi, dans l'ancienne Cyrénaïque.

Il semble que la maladie se soit primitivement déclarée chez les Bédouins, principalement dans les tribus des *Orpha*, des *Drazi* et des *Brossa*, qui vivent ensemble aux environs de Merdji. Ces Bédouins se mettent pendant toute la journée au service des habitants de Merdji et se retirent le soir sous leurs tentes. (Les détails qui suivent ont de l'intérêt au point de vue étiologique). Ce sont des gens qui vivent très-misérablement et qui ramassent avidement tous les haillons, toutes les guenilles, débris de vêtements et de couvertures qu'on amoncelle partout en Orient, ils entassent ces lambeaux pêle-mêle sous leurs tentes, dans leurs huttes et les transportent avec eux dans les migrations.

Vers la fin de mars ils quittèrent Merdji pour mener leurs animaux dans les pâturages des collines voisines, à quatre lieues au sud-ouest.

Au commencement d'avril, un enfant tomba malade chez eux, il mourut cinq jours après. Trois jours plus tard, le père succomba. En six jours il y eut dix malades et sept décès.

Ces mêmes Bédouins revenaient alors camper à 1 kilomètre au sud-est de Merdji.

Le 28 mai, quinze jours après leur arrivée, il mourait deux enfants au Merdji.

Le 1er juin, il y avait dans cette population, qui n'excède pas cent cinquante à deux cents individus, vingt-cinq malades et huit décès.

Ce fut alors que le docteur Laval proposa immédiatement les mesures propres à combattre et à circonscrire le fléau et que, n'ayant pu obtenir de faire transporter les malades au dehors, sous des tentes, il offrit de s'enfermer avec eux dans un quartier isolé et de se tenir en dehors de toute communication avec le reste de la population. Il succombait quinze jours après. Il s'était préoccupé également de faire établir un cordon sanitaire autour de Bengazi et de Derna, mesure qui ne paraît pas avoir été rigoureusement exécutée ; aux dernières nouvelles, de la fin d'août, la peste était près de Bengazi, et peut-être à Bengazi même.

On attend des renseignements complémentaires du rapport de M. le docteur Arnault, médecin de la marine française, que le gouvernement ottoman vient de déléguer en mission à Bengazi.

De grandes mesures de préservation ont été prises en Europe ; on vient de voir le décret qu'a rendu le gouverneur de l'Algérie sur la proposition de l'inspecteur général des services sanitaires, M. le docteur Fauvel. Le conseil sanitaire d'Alger, de son côté, a décidé qu'on frapperait d'une interdiction absolue toutes les provenances de la régence de Tripoli.

A Malte, une quarantaine de quinze jours a été établie sur toutes les provenances des côtes barbaresques.

L'intendance sanitaire d'Égypte a pris à son tour des mesures analogues.

Le 3 août dernier, l'office sanitaire de Djeddah avait été averti qu'une maladie analogue à la peste venait d'être signalée dans le village de Doga, un cordon sanitaire a été établi aussitôt autour de ce village.

Enfin le gouvernement de Suez a reçu ordre de refuser à tous les musulmans, sans exception, le permis d'embarquement pour la Mecque.

Le correspondant de la *Gazette hebdomadaire* se demande d'où peut venir cette peste, si c'est une nouvelle manifestation sur place, sous l'influence des mêmes causes de misère, de famine et de malpropreté, de l'épidémie qui a déjà fait de si grands ravages dans ces mêmes contrées en 1858-1859, ou si elle est le résultat d'une importation récente ? Dans ce dernier cas, quel serait son point d'origine ? Y aurait-il quelque relation à établir entre cette nouvelle épidémie et celle qui se montra en 1867 dans la Mésopotamie, et en 1871 dans le Kurdistan, au rapport de M. le docteur Tholozan (1) ? C'est ce que nous apprendront sans doute les enquêtes qui se produisent de divers côtés sur ce sujet.

(1) *Note sur le développement de la peste bubonique dans le Kurdistan* broch. in-8°, 1871.

L'autre nouvelle à laquelle nous faisons allusion est celle de la propagation rapide et de l'expansion considérable que paraît prendre en ce moment la fièvre jaune vers le sud de l'Amérique.

Enfin le choléra, malgré ce que paraît avoir de rassurant à cet égard le document que nous donnions dans notre précédent numéro sur le dernier pèlerinage de la Mecque, n'en est pas moins toujours à l'état de menace de quelque point, si ce n'est d'un autre.

Tous ces faits et toutes ces menaces, d'où qu'elles viennent, donnent un intérêt tout particuliers aux décisions de la Conférence internationale que nous mettions récemment sous les yeux de nos lecteurs, et qui vont probablement faire l'objet d'une communication de M. Fauvel à l'Académie de médecine dans la séance de demain. Dr Brochin.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND

M. le professeur Fleury.

Observation de périostite terminée par une mort rapide

Recueillie par M. F. Fournet, élève du service.

La périostite est une affection qui n'est pas rare dans les hôpitaux; nous l'observons principalement chez les jeunes gens et les enfants. A cet âge, le périoste est très-vasculaire, la diathèse scrofuleuse est assez commune, et pour peu qu'une lésion traumatique vienne ajouter son action aux causes prédisposantes, la membrane fibreuse qui recouvre les os devient le siége d'une inflammation plus ou moins vive.

C'est surtout aux membres inférieurs que nous la voyons, probablement parce qu'en raison de leurs fonctions, le traumatisme les atteint plus souvent.

A cette époque de la vie, la périostite se termine presque toujours par suppuration; le pus se forme entre l'os et le périoste, ou entre celui-ci et les muscles sous-jacents. Dans le premier cas, l'os est mis à nu, une nécrose en est la conséquence; s'il est situé profondément, le pus, n'ayant pas un écoulement facile, séjourne dans l'intérieur des parties; le contact de l'air l'altère, et bientôt des symptômes de résorption putride se développent et entraînent la mort des malades. C'est la terminaison la plus fréquente des périostites du fémur.

Si, au contraire, le pus se forme à la face externe du périoste, il est plus facile de lui donner issue; avec des pansements bien faits, des contre-ouvertures pratiquées dans les parties les plus déclives, des tubes à drainage méthodiquement placés, le tout aidé d'un bon régime et de médicaments toniques, nous parvenons quelquefois à guérir nos malades.

Le début d'une périostite se signale presque constamment par un appareil fébrile des plus prononcés; les symptômes généraux sont en rapport avec les symptômes locaux, mais ils se présentent avec les caractères d'une inflammation franche; dans quelques cas, heureusement exceptionnels, ce sont tous les désordres et les lésions fonctionnelles de la septicémie la plus intense que nous observons. Ce fait a été signalé dans quelques-uns de nos traités de pathologie.

C'est une observation de cette nature que nous livrons à la publicité; elle est de nature à intéresser les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*.

R... (Jean), âgé de vingt ans et exerçant à Mezel (Puy-de-Dôme) la profession de chaufournier, est doué d'une très-bonne constitution. Le 18 août, il veut traîner un chariot chargé de chaux, à une certaine distance sur un chemin difficile et montueux. Il arrive au but, mais il se plaint deux jours après de douleurs très-intenses à l'épaule droite. Il reste, huit jours après, chez son maître, sans consulter toutefois aucun médecin, et, ne voyant survenir aucun changement à son état, il se décide à entrer à l'hôtel-Dieu, où nous le trouvons à la visite du 29 août, salle Duprat, service de M. Fleury.

Le moignon de l'épaule est soulevé en totalité, on dirait que tous les muscles qui le recouvrent sont hypertrophiés, mais en exerçant une pression même légère au niveau de la fosse sous-épineuse, on provoque une douleur vive, qui doit faire supposer que cette région est le siége d'une inflammation profonde. A-t-elle son point de départ dans le périoste ou dans le tissu cellulaire qui le sépare des muscles? C'est ce que nous saurons bientôt. La partie affectée est également rouge et présente une élévation de température manifeste.

Les symptômes généraux éveillent surtout l'attention du chef de service; le malade a une fièvre intense, le pouls est très-précipité, la température très-élevée (40°7), perte d'appétit, constipation absolue depuis quarante-huit heures, céphalalgie, abattement général, tels sont les autres symptômes qui complètent le tableau pathologique de l'affection.

On ordonne des frictions avec :

Pommade camphrée.	20 grammes.
Extrait de belladone. . , . .	10 —

30 août. — Le malade présente un aspect typhoïde; il ne peut plus répondre aux questions qu'on lui pose; les symptômes généraux augmentent d'intensité (température 40°7, 100 pulsations). On constate par la fluctuation qu'il y a collection purulente sous le deltoïde; M. Fleury tente alors une ponction à la partie la plus déclive de la fosse sous-épineuse, on voit sortir une assez grande quantité d'un pus séreux, mal lié, mêlé à du sang. Comme le bistouri, pour créer une issue au pus, va jusqu'à l'omoplate, et que le pus se trouve placé entre la couche musculaire et le tissu osseux, M. Fleury pense qu'il a affaire à une périostite; l'examen nécroscopique nous apprendra la nature de l'affection.

1er septembre. — Les gens du service nous apprennent que R... a déliré toute la soirée du 30. Pouls filiforme (108 pulsations), 39°4.

2 septembre. — A la visite du matin, nous trouvons le malade dans la somnolence et le coma. La température est de 39°8. Le pouls est tellement filiforme qu'il est impossible d'en déterminer le nombre de pulsations.

Le malade succombe à dix heures du soir. Voici les lésions anatomo-pathologiques que nous constatons à l'autopsie :

Nous trouvons une grande quantité de pus entre la couche musculaire et l'omoplate, il y a également du pus infiltré dans la partie supérieure du bras, surtout entre le triceps brachial et l'humérus, ce pus est séreux et très-fétide. Le périoste est épaissi, il se décolle sur une assez grande étendue. L'articulation ne présente aucune altération.

Comme le malade avait présenté des symptômes typhoïdes très-intenses, nous cherchons si le tube digestif n'offre pas quelque altération; nous ne trouvons aucune lésion, nous n'observons point le météorisme que nous présente la fièvre typhoïde, ainsi que l'ulcération des plaques de Peyer, qui caractérise cette affection.

La rate a son volume, sa consistance et sa couleur normales. Le poumon, les centres nerveux, le foie, les troncs vasculaires des membres inférieurs ne nous présentent aucune particularité digne d'être mentionnée.

Inflammation gangréneuse et résorption des produits gangréneux, telle est, en deux mots, la nature de l'affection.

L'état général était aussi fâcheux que possible, l'œil était éteint, la figure dépourvue d'expression, les muscles du visage inertes, les joues caves, le pouls faible et d'une fréquence extrême (120 pulsations). La température était montée à plus de 40 degrés, la faiblesse était portée tellement loin que le ma

lade n'aurait pu se tenir assis sur son lit sans l'appui d'une ou de deux personnes. Il existait donc un ensemble typhoïde bien prononcé. La langue était cependant assez humide, il n'y avait pas eu d'épistaxis, le ventre était souple et indolent, sans gargouillement dans la fosse iliaque droite, il n'y avait pas eu non plus de diarrhée.

Enfin huit jours seulement s'étaient écoulés depuis le début des accidents, on ne pouvait pas admettre que R... eût été dans la période d'incubation d'une fièvre typhoïde, il n'eût pu se livrer à un travail aussi pénible.

Nous avons donc ici un exemple de septicémie très-aiguë à marche excessivement rapide. La septicémie, on le sait, appartient à la classe des maladies infectieuses, c'est une véritable intoxication. Le poison est représenté par les substances putrides, nées sur place aux dépens de la plaie ou du foyer purulent, ou bien encore venues du dehors sous forme de miasmes délétères. M. Verneuil pense qu'il existe un virus traumatique, caractérisé par la présence d'une matière spéciale que l'on a isolée sous le nom de sulfate de sepsine. La sepsine serait donc l'entité morbide qui cause la septicémie. Cette question demande de nouvelles recherches, et d'ailleurs il y a tant d'analogie entre les manifestations de la septicémie chirurgicale et celles d'autres maladies infectieuses non traumatiques (comme la fièvre typhoïde) que l'existence d'un virus traumatique n'est qu'une hypothèse.

OBSERVATIONS D'ANÉVRYSMES (1)

Par M. le professeur Verneuil.

Obs. VII. — *Anévrysme diffus de la fémorale droite; accroissement rapide et continu de la tumeur.— Insuccès de la compression.— Ligature de la fémorale au-dessous du ligament de Fallope. — Guérison.*

Henri M..., quarante-sept ans, voyageur de commerce, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Louis, n° 20, le 2 décembre 1873. Il donne sur sa santé antérieure les renseignements suivants :

Vers l'âge de vingt-trois ans, il contracta une maladie vénérienne et reçut les soins de MM. Ricord et Demarquay. A quarante ans, il reprit un chancre, mais ne peut en préciser la nature. A plusieurs reprises, il a eu des attaques de goutte. Il a fait sans doute des excès alcooliques qu'il n'avoue pas, mais qu'il ne nie pas formellement. Son père est mort hémiplégique.

Au mois de janvier 1873, dans le cours d'un de ses voyages, il reçut un coup de pied de mulet à la partie inférieure et interne de la cuisse droite ; la douleur fut médiocre, une ecchymose légère apparut au point frappé. Il n'en continua pas moins ses occupations.

Vers le milieu d'octobre, il ressentit dans tout le membre inférieur des douleurs qu'il attribua à un retour de la goutte, et pour lesquelles il prit de lui-même de la teinture de colchique. Dans les premiers jours de novembre, il fut pris d'un nouvel accès, plus violent que les précédents, et sévissant surtout au niveau du genou droit.

Il revint en hâte à Paris, très-souffrant, très-fatigué, et fit demander son médecin, qui reconnut une hydarthrose aiguë. Le lendemain, les souffrances s'étant encore accrues, le praticien examina tout le membre avec plus d'attention et découvrit, au niveau de l'anneau du troisième adducteur, une tumeur du volume d'une noisette perdue dans le tissu cellulaire sous-cutanée, mais présentant des battements isochrones à ceux du pouls. Trois jours plus tard, cette tumeur avait déjà doublé de volume, les douleurs ne faisaient qu'augmenter, se compliquant de fièvre, d'inappétence, et surtout d'une grande inquiétude.

Appelé en consultation, je confirmai le diagnostic d'un anévrysme, dont tous les signes se trouvaient réunis. Je reconnus en même temps le gonflement inflammatoire du genou, l'œdème de la jambe, et les signes d'une arthrite de la jointure métatarso-phalangienne du gros orteil.

L'état général était mauvais, la face était pâle, les joues couperosées, la peau chaude, l'appétit nul, comme s'il s'agissait d'une maladie grave. Nous prescrivîmes un purgatif, de larges onctions sur le pied, la jambe et le genou, avec l'onguent napolitain belladoné, l'application continuelle de catasplasmes, l'élévation du membre, des boissons alcalines et de quelques doses faibles de sulfate de quinine. Nous convînmes également qu'aussitôt les phénomènes inflammatoires disparus, on commencerait la cure de l'anévrysme. Cette cure présentait d'assez grandes difficultés ; le malade, peu fortuné, avait horreur de l'hôpital, et ne pouvait cependant se procurer des appareils dispendieux, ni indemniser les aides nombreux nécessaires pour la compression digitale.

Espérant vaincre ses répugnances, nous prescrivîmes un traitement sur lequel nous ne comptions pas beaucoup, et qui consistait dans la compression intermittente faite au pli de l'aine à l'aide d'un sac de peau rempli de plomb de chasse. Dès les premiers essais, la compression fut mal supportée; elle était douloureuse et augmentait l'œdème du membre.

Le 25 novembre, un nouveau symptôme survint : il se déclara une épistaxis, qui dura de trois heures à dix heures du matin, et ne fut arrêtée que par des injections dans les fosses nasales de perchlorure de fer étendu et l'administration intérieure du seigle ergoté.

Les jours suivants, l'hémorrhagie reparut, mais en petite quantité, et cessa spontanément. Plus alarmé que jamais, M... se décida à entrer à l'hôpital. Voici quel était son état le 2 décembre :

L'arthrite métatarso-phalangienne et l'hydarthrose du genou ont diminué, ainsi que l'œdème et les douleurs ; en revanche, la tumeur anévrysmale a considérablement augmenté. Elle occupe la face interne de la cuisse, et s'étend sur les faces antérieure et postérieure. En bas, elle s'arrête à quatre travers de doigt de l'interligne articulaire ; en haut, elle envahit presque tout le tiers moyen de la cuisse. La mensuration des deux membres au niveau de l'anneau du troisième adducteur donne 38 centimètres du côté sain et 47 centimètres du côté malade.

L'anévrysme est assez ferme, peu douloureux à la pression ; l'expansion est visible dans une grande étendue ; les battements sont énergiques, la main appliquée à plat perçoit un frémissement vibratoire ; l'oreille constate un bruit de souffle simple, rude, ayant son maximum au point d'apparition première de la tumeur.

La compression de l'artère fémorale au pli de l'aine suspend les battements et diminue considérablement le volume du sac, qui devient mou et dépressible. La peau sus-jacente est rouge, distendue, finement vascularisée.

Nous portons le diagnostic suivant : altération circonscrite de l'artère fémorale au niveau de l'anneau du troisième adducteur, et consécutive au coup de pied de mulet. Développement en ce point d'un anévrysme dit spontané, qui serait resté longtemps inaperçu et d'un petit volume; rupture du sac dans les premiers jours de novembre, par conséquent métamorphose en un anévrysme diffus s'accroissant sans cesse depuis cette époque; menace d'inflammation du foyer, le tout chez un homme de constitution usée et chez lequel l'état dyspeptique, l'extrême pâleur, et les épistaxis faisaient craindre une altération ancienne du foie, comme en présentent souvent les sujets entachés d'alcoolisme. Je ne rappelle que pour mémoire la syphilis, la goutte et l'altération athéromateuse du système artériel.

Ne pouvant, dans ces conditions déplorables, tenter d'emblée une opération radicale, je voulus d'abord arrêter les épistaxis et restaurer autant que possible la constitution délabrée. Je prescrivis donc le seigle ergoté, associé à la digitale; le sirop de morphine pour triompher d'une insomnie rebelle, les préparations toniques et un régime réparateur.

Je fis reprendre la compression dans l'espoir de modérer au moins les progrès de l'infiltration sanguine: elle fut faite à l'aide du sac de plomb, appliqué et maintenu par les mains exercées des élèves du service, et qui parvenait ainsi sans difficulté à arrêter les battements.

Cette compression, reprise deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, fut faite en moyenne une heure et demie par jour, du 4 au

(1) Suite. — Voir les numéros des 24, 26, 29 septembre et 1er octobre.

14 décembre. Dans les premiers temps, elle sembla donner quelques résultats, les battements diminuèrent ainsi que l'expansion, et le souffle s'entendit dans une région plus limitée; mais elle devint bientôt douloureuse, et le malade, bien que terrifié à la seule idée d'une opération, me demanda lui-même un moyen plus efficace.

Il n'y avait pas seulement intolérance et impuissance de la compression; la tumeur anévrysmale grossissait toujours; elle en vint à occuper plus des deux tiers de la circonférence de la cuisse, au niveau de la partie moyenne du membre; en bas, elle atteignait le condyle interne; en haut, elle laissait à peine 6 centimètres entre ses limites supérieures et l'arcade crurale. La circonférence du membre dépassait 52 centimètres, 14 de plus que celle du côté sain; la peau, luisante et amincie, commençait presque à devenir adhérente; la poche, à son sommet, offrait une fluctuation des plus manifestes, la main constatait une augmentation très-notable de la température. L'inflammation du sac et, par conséquent sa rupture étaient imminentes.

Néanmoins, à un autre point de vue, le retard apporté à l'emploi des moyens énergiques n'avait pas été inutile, car si les lésions locales s'étaient aggravées, l'état général, en revanche, s'était sensiblement amélioré; sans cesser complétement, les épistaxis étaient peu abondantes, plus distantes, et s'arrêtaient d'elles-mêmes au bout de quelques minutes. Les douleurs articulaires, l'hydarthrose, l'œdème, avaient diminué; le sommeil durait quelques heures chaque nuit, l'appétit était faible, mais il n'y avait ni diarrhée, ni constipation. La fièvre était légère; on comptait toujours près de 100 pulsations, mais la température oscillait le soir autour de 38 degrés, et le matin ne dépassait guère 37 degrés.

Enfin le moral était plus ferme et mieux préparé à subir une grande opération.

C'est dans ces conditions que la ligature fut pratiquée le 17 décembre au matin. J'avais beaucoup réfléchi sur le point où je l'appliquerais. J'ai dit que l'infiltration s'étendait en haut, jusqu'à 6 centimètres de l'arcade crurale. Il était donc impossible de prendre le vaisseau au sommet du triangle de Scarpa; j'aurais risqué de tomber dans le foyer hémorrhagique, de le mettre en contact avec l'extérieur et d'y déterminer ainsi une suppuration qui, envahissant toute la cuisse, eût été nécessairement fatale. Pour éviter cet écueil et ne pas me rapprocher trop de la naissance de la fémorale profonde, je me résignai à lier la fémorale immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, à 1 centimètre environ de l'origine présumée de l'épigastrique et de la circonflexe iliaque.

En conséquence, je fis une incision de 7 centimètres, dont deux au moins portant sur la paroi abdominale; je trouvai, vers la partie inférieure de la plaie, la saptène interne notablement dilatée, et que je fis écarter en dedans. En incisant plus profondément, j'ouvris une autre veine qui, tout aussitôt, versa dans la plaie un flot de sang veineux. Je m'empressai de lier les deux bouts de ce vaisseau, qui était aussi fort dilaté; après quoi, la plaie étant bien bien abstergée, j'ouvris sur la sonde cannelée la gaîne artérielle, et en quelques instants je découvris, isolai et liai l'artère sans rencontrer la moindre difficulté. Je pus m'assurer que la veine satellite était fort petite et presque vide. Ce détail, ainsi que la grande dilatation de la saphène et des veinules sous-cutanées du pli de l'aine, confirmait l'idée déjà entrevue de l'obstruction de la veine fémorale à sa partie inférieure, probablement au niveau de la tumeur anévrysmale. Les fils furent placés et assujettis dans l'angle inférieur de la plaie, que je me gardai bien de réunir. Un petit morceau d'amadou fut placé sur les veines liées pour arrêter un léger suintement sanguin qui se faisait en ce point. Le reste de la plaie fut recouvert d'une petite pièce de mousseline fine et rempli de charpie imbibée d'un mélange d'eau, d'alcool et d'eau phéniquée, le tout recouvert d'une pièce de ouate et de taffetas gommé dont l'ablation facile permettait de faire toutes les deux heures sur la plaie elle-même et à travers la mousseline restée seule en place une pulvérisation avec le liquide désinfectant.

L'opération avait duré à peine un quart d'heure, avec une perte de sang tout à fait insignifiante.

La ligature eut pour effet immédiat la suspension des battements et une diminution notable de la tumeur; de son côté, la peau rouge et distendue redevint pâle et dépressible. Le membre, entouré de ouate, légèrement fléchi au pli de l'aine et au genou, fut replacé sur une longue gouttière bien garnie. On prescrivit, dans la journée, la digitale, le seigle ergoté, puis enfin le chloral à la dose de 2 grammes.

La journée a été très-bonne; les douleurs ont tout à fait cessé dans toute la jambe; la plaie elle-même était tout à fait indolente au bout de deux heures. L'opéré prend du bouillon et un potage. Le soir, la température ne monte qu'à 38°5. Dans la nuit, quelques heures de bon sommeil.

L'amélioration est encore plus grande le lendemain matin. M... est complétement rassuré et exprime toute sa joie. Température, 37°4; pouls, 98; le soir, un peu de fièvre, sans malaise. Température, 39°2; pouls, 116. Pour renforcer le tégument aminci et prévenir son inflammation, je prescris sur toute la tumeur un badigeonnage à la teinture d'iode, qui sera renouvelé tous les deux jours. Au reste, cette tumeur est indolente, même au toucher; elle ne s'est pas gonflée de nouveau, et l'examen le plus attentif ne constate ni battements, ni expansion, ni souffle. Les traces de l'inflammation du sac, si évidentes avant l'opération, ont disparu comme par enchantement.

Le 19, la fièvre tombe.

Le 20, léger malaise, fourmillements dans le pied et douleurs dans la jambe. Un peu de sensibilité à la pression dans le sac, appétit faible. Le malade n'ayant pas encore été à la selle, un purgatif salin est administré; il dissipe tous ces symptômes.

A partir de ce jour, la fièvre disparut et la guérison fit des progrès lents, mais continus. Les douleurs ne se montrèrent plus qu'à de rares intervalles et sans violence; les épistaxis cessèrent complétement à partir de l'opération; le 9 janvier seulement, quelques gouttes de sang se montrèrent. L'anémie et la langueur des fonctions digestives persistèrent.

La ligature de la fémorale tomba le douzième jour. Les fils placés sur les veines ne se détachèrent qu'au vingt-deuxième jour.

La plaie inguinale se cicatrisa avec une grande lenteur; elle ne fut le siége d'aucun accident, mais les bourgeons pâles et un peu œdématiés durent être excités à diverses reprises. L'occlusion définitive ne se fit que vers le milieu de février.

La tumeur anévrysmale, comme je l'ai déjà dit, fut subitement modifiée par la ligature. Elle devint indolente et diminua de volume; jamais les battements ni le souffle ne revinrent, mais la résorption s'effectua très-lentement.

Après l'opération, le membre, au niveau de la tumeur, avait 51 centimètres; au bout de dix jours, il n'en mesurait plus que 46 de circonférence; mais le 15 janvier, cette dimension restait la même. Le gonflement toutefois était limité au tiers moyen de la cuisse; l'infiltration avait diminué en haut et en bas, de sorte que la tumeur semblait plus apparente et mieux circonscrite que jamais. Elle était ferme et résistante à sa circonférence, molle et nettement fluctuante au centre. Bien que le malade n'ait pas quitté le lit, l'œdème de la jambe et du pied persistait encore. L'hydarthrose du genou avait disparu. Je fis appliquer, depuis les orteils jusqu'au pli de l'aine, un bandage très-méthodiquement roulé qui dissipa l'œdème et diminua le volume de la tumeur. Il fut renouvelé tous les deux jours; nous constatâmes alors l'existence de nombreuses veines sous-cutanées devenues variqueuses, ce qui confirma de plus en plus l'existence d'une oblitération de la veine fémorale.

M... demande à rentrer chez lui, le 31 janvier, pour terminer sa convalescence. Dès ce moment, l'état général s'améliore rapidement. La plaie inguinale se ferme, laissant seulement une bride cicatricielle saillante, tendue verticalement entre l'abdomen et la cuisse, mais qui ne gêne pas les mouvements. Le bandage roulé est continué. La circonférence de la cuisse, au niveau de l'anévrysme, est réduite à 42 centimètres, quatre de plus seulement que du côté opposé. Je permets la marche dans la chambre.

Le 12 mars, l'opéré revient se montrer à l'hôpital. La santé est plus florissante qu'avant la maladie. Le visage a repris des couleurs et les forces sont entièrement récupérées; on constate même un notable embonpoint. Les mouvements de la jambe, du pied et de la cuisse ont repris presque toute leur liberté. Le membre est un peu plus volumineux que l'autre. L'anévrysme n'est plus représenté que par

une saillie faible, discoïde, aplatie, de 7 à 8 centimètres de diamètre, et encore un peu molle à son centre.

Je conseille encore beaucoup de précautions, un exercice modéré et l'usage d'un caleçon en tissu élastique, allant des orteils au pli de l'aine et remplaçant le bandage roulé.

Cet appareil rend les plus grands services; il donne au membre beaucoup de solidité et s'oppose au développement des varices.

J'ai revu M... à la fin de mai. Il est complétement guéri; il faut chercher avec quelque attention pour retrouver dans le tissu cellulaire sous-cutané abondamment fourni de graisse une induration limitée, dernier vestige de la tumeur anévrysmale. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 juillet 1874. — Présidence de M. PETER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. PERRIN, à l'occasion du procès-verbal, relate un cas d'empoisonnement par les feuilles de digitale prises en décoction. Il s'agissait d'un jeune paysan de vingt-cinq ans auquel une bonne femme du pays prescrivit d'une façon empirique, il ne sait dans quel but, une tasse de décoction de feuilles de digitale (une poignée au moins). Le jeune homme après avoir pris ce breuvage, finit sa besogne, comme de coutume, pansa ses chevaux, déjeuna et fit sept lieues pour aller au marché voisin sans présenter aucun accident. Ce ne fut qu'à midi, c'est-à-dire huit heures après avoir bu cette décoction, qu'il fut, sur le marché même, pris de refroidissement, de vomissements, de syncope, et de l'explosion de tous les symptômes d'un empoisonnement grave qui faillit le faire succomber.

M. Perrin fait remarquer que les cas de ce genre ne sont pas très-rares. Ainsi l'on voit des poisons tels que certains champignons, pris d'abord impunément, ne traduire leurs effets toxiques qu'au bout de quelques heures par un ensemble de phénomènes les plus graves.

CORRESPONDANCE

Une lettre de M. le docteur Eug. Charpentier, qui remercie la société de l'avoir admis comme membre titulaire.

COMMUNICATION

M. ONIMUS. Dans la plupart des *affections de la moelle*, on trouve par la pression, ou par l'application d'une éponge imbibée d'eau chaude, des points douloureux le long de la colonne vertébrale. Ces points correspondent, selon toute probabilité, aux régions de la moelle où la *congestion et l'irritation* sont les plus vives. C'est là une opinion ancienne, que nous croyons exacte.

Les courants continus fournissent un moyen bien plus sensible de déterminer ces points douloureux, car on trouve ainsi bien plus prestement qu'avec la pression ou l'eau chaude, les points hyperesthésiés.

Ce moyen consiste à promener le long du rachis, un quelconque des rhéophores, l'autre restant fixe à la partie inférieure du dos. A l'état normal, le courant ne donne qu'une sensation très-faible et la même tout le long de la colonne vertébrale, tandis que lorsqu'il y a une affection médullaire, et surtout dans l'irritation spinale, le malade éprouve en certains points une sensation très-vive, une sorte de cuisson, tandis qu'avec le même courant, au-dessous ou au-dessus de ces points, il n'y a aucune sensation.

Ces points sont les mêmes que ceux que l'on découvre par l'application de l'eau chaude, mais en général on les trouve plus facilement et en plus grand nombre par l'emploi du courant continu.

Au point de vue pratique, la recherche de ces points sensibles nous paraît très-utile, car c'est sur cette région, ou plutôt un peu au-dessus, qu'il faut appliquer le pôle positif dans le traitement par les courants continus.

De plus, nous avons l'habitude de marquer ces points avec le crayon au nitrate d'argent, et c'est surtout à ces mêmes endroits, que nous croyons utile d'appliquer des pointes de feu, ou de diriger la douche lorsque les malades suivent un traitement hydrothérapique.

C'est toujours un signe favorable de voir la sensation douloureuse de ces points diminuer ou disparaître.

DISCUSSION

M. PETER. J'ai été heureux d'entendre prononcer par M. Onimus certaines expressions, telles que celle d'*irritation spinale*, rayée par bien des médecins contemporains, et qui est acceptée par lui. Il veut arriver à faire reconnaître, à l'aide de courants continus, que les points douloureux sont en rapport avec des foyers de congestion. Je suis convaincu, pour ma part, que ces derniers existent sans qu'il y ait inflammation réelle dans l'irritation spinale, mot dont on doit savoir se contenter faute de mieux ; mais M. Onimus a-t-il des preuves matérielles de ce qu'il avance ?

M. ONIMUS répond qu'il n'a pas de preuves matérielles, qui ne pourraient être du reste fournies que par les autopsies : toujours est-il que, dans le cas de contracture ou d'hyperesthésie, les courants continus démontrent que la douleur correspond à certains points particuliers de la moelle. Le mot d'*irritation* n'est peut-être pas très-exact, mais bien qu'il n'existe pas inflammation proprement dite, il n'en est pas moins vrai qu'il y a affection nerveuse chez certaines personnes, hommes ou femmes dont la moelle présente une sensibilité exagérée aux points spéciaux. Ainsi M. Reliquet m'a adressé un malade chez lequel un des testicules non descendu était étranglé à l'anneau et qui présentait des phénomènes hystériques très-prononcés : la région lombaire de la moelle, correspondant au centre génito-urinaire, était le siége de points douloureux très-vifs. J'appliquai le pôle positif sur le rachis, et dès la première séance ces symptômes nerveux se calmèrent : il y avait ici évidemment un état local (*irritation spinale*) entretenu par le trouble de la moelle épinière.

M. RELIQUET rappelle que, chez le malade dont parle M. Onimus, le début avait été une chaudepisse avec orchite du testicule retenu à l'anneau. La blennorrhagie guérit, et le testicule revint à ses dimensions normales : c'est alors qu'eut lieu cette irritation spinale, caractérisée par l'existence d'un point fixe et déterminé, excessivement douloureux à l'union des régions lombaire et dorsale. Des douleurs en ceinture existaient également chez ce jeune homme qui avait presque toutes les nuits des pertes séminales sans érection. Trois ou quatre séances d'électricité (courants descendants) suffirent à calmer cet état congestif de la moelle, qui était la cause d'un hystéricisme se traduisant aussi par des alternatives de pleurs et de rires incohérents : M. Reliquet se rappelle, entre autres particularités, que ce jeune homme, pendant la marche, était obligé de s'arrêter tout d'un coup. Ces accidents nerveux étaient si intenses qu'un moment M. Reliquet avait pensé à la castration.

M. CHARRIER demande ce que devint le testicule arrêté entre les deux anneaux, et s'il finit par s'atrophier.

M. RELIQUET. L'organe resta dans son état primitif.

M. PETER. Si j'ai demandé la preuve des congestions qui doivent exister dans le cas d'irritation spinale, c'est qu'il y a là matière à plusieurs déductions pratiques et thérapeutiques. Nous savons maintenant, en effet, que dans bon nombre de névroses, épilepsie ou autres, des phénomènes congestifs répétés sont la cause de troubles de nutrition de la moelle qui amènent des lésions ultérieures par hyperplasie. Ne voyons-nous pas ces congestions chroniques donner lieu, dans le cas d'hystérie ancienne, à la sclérose, c'est-à-dire à la prolifération d'un tissu conjonctif parasitaire qui étouffe le tissu nerveux? Puisqu'il y a congestion, la thérapeutique révulsive en découle, telles que ventouses, pointes de feu, etc. Comme les faits parlent plus que la théorie, je citerai l'exemple suivant à l'appui de ce que j'avance : une demoiselle, dans une grande situation de famille et de fortune, avait une *irritation spinale* s'accompagnant de phénomènes de contracture ressemblant à l'opisthotonos. Pensant que j'avais affaire à une congestion permanente de la moelle, je conseillai d'avoir recours aux ventouses, mais les trois autres médecins consultants, sous prétexte qu'il y avait anémie, rejetèrent cette idée. La malade alla en Suisse et revint au bout de trois ans, guérie de sa paraplégie

et de ses contractures, par le docteur Loci, qui lui avait appliqué des moxas, qui suppurèrent pendant très-longtemps.

M. ONIMUS. Je crois qu'il y a une distinction à établir au point de vue des révulsifs, ils ne semblent pas réussir tous de la même façon : ainsi dans les affections chroniques (ataxie, myélite, etc.), les cautères et les moxas, loin de donner de bons résultats, paraissent aggraver le mal. Les pointes de feu sont, au contraire, préférables, principalement dans les congestions passives ; et en répétant l'application à des intervalles plus ou moins rapprochés, c'est-à-dire en donnant un coup de fouet à l'affection, on réussira mieux qu'avec les cautères permanents.

M. PETER demande à M. Onimus comment, en ce cas, il comprend l'action des courants continus.

M. ONIMUS. Dans les cas d'excitation de la moelle les courants continus agissent de deux façons : une de leurs actions est d'influencer les phénomènes circulatoires qu'ils régularisent et activent en général; en second lieu, agissant directement sur l'élément nerveux, ils en modifient l'état dynamique. Sur des animaux dont la moelle est surexcitée, on voit très-facilement le courant centrifuge diminuer aussitôt les actions réflexes. Sur des grenouilles empoisonnées par la strychnine, on obtient le relâchement des muscles et la cessation des convulsions par l'application sur la moelle d'un courant centrifuge. C'est par ces deux actions que nous expliquons l'influence favorable des courants continus dans les irritations spinales.

M. MERCIER s'informe dans quel état se trouvaient les voies digestives chez la malade de M. Peter.

M. PETER. Jamais cette personne n'avait présenté de troubles digestifs, elle était prise de spasme œsophagien si intense parfois, qu'on aurait pu croire à un accès d'hydrophobie, et qu'il lui était impossible pendant vingt-quatre heures d'avaler une goutte de liquide, puis le spasme cessait et la déglutition redevenait facile.

M. MERCIER a remarqué, d'après les matériaux rassemblés par lui et puisés dans un grand nombre d'observations, que chez beaucoup de malades atteints d'affections nerveuses, hypochondrie, hystérie, etc., il se produisait une diathèse urique, sous des formes variées, qui était la cause première de la maladie de la moelle, aussi ne serait-i pas surpris que la malade de M. Peter rentrât dans cette catégorie. Il se rappelle avoir rapporté dans son ouvrage l'exemple d'une jeune fille atteinte d'hystérie, d'hypochondrie, de catalepsie et même d'épilepsie, et qui fut complétement guérie à la suite de la sortie d'un calcul hors des voies urinaires : c'était une personne très-gourmande, vorace et présentant des troubles de la digestion. Au lieu d'attribuer la guérison aux révulsifs chez la malade de M. Peter, il ferait jouer un rôle plus important aux conditions hygiéniques meilleures qui ont modifié la nutrition chez elle.

M. PETER, pour le cas actuel, au moins, ne partage pas l'opinion de M. Mercier. Chez cette personne, ce n'est certes pas la mauvaise alimentation de Paris qu'il fallait incriminer, car elle était bien réellement de *race nerveuse* : son père était mort fou, son frère est strabique agité, et sa sœur est actuellement folle. J'avais bien affaire ici à maladie nerveuse *per se*, et non d'origine digestive.

M. ONIMUS. Chez les hystériques il y a diminution d'urée, et je ne crois pas que son accumulation dans le sang suffise à produire des paralysies.

M. MERCIER. Lorque le sang est chargé d'acide urique, il n'a plus sa fluidité, ce qui ralentit la circulation capillaire et expose à des congestions dont l'expression se fait sentir surtout sur le système nerveux, parce qu'il est le plus délicat, le moins résistant.

M. BLONDEAU croit que dans bien des circonstances on met sur le compte de la diathèse urique des accidents qui lui sembleraient plutôt devoir être regardés comme le point de départ de cette diathèse.

M. MERCIER. Les vices de la digestion constituent pour moi une des principales causes de la diathèse urique. Ainsi l'on peut presque produire l'acide urique à volonté si l'hématose n'est pas suffisante et si, après un repas copieux, la digestion ne s'effectue pas d'une façon convenable.

M. RELIQUET soutient que ce n'est pas seulement la digestion, mais l'*assimilation* qu'il faut mettre ici en cause. Il rapporte deux faits qu'il doit à sa pratique personnelle et dans lesquels il a arrêté la production d'acide urique dans l'économie et les phénomènes spasmodiques qu'elle avait provoqués en donnant aux malades une nourriture très-substantielle sous un petit volume (viande crue, eau de Vichy, acide arsénieux, chicorée sauvage); c'est à l'aide de ce régime qu'il a favorisé l'assimilation et fait disparaître les dépôts d'acide urique.

M. BLONDEAU ne croit pas que l'on puisse produire la diathèse urique à volonté, car on voit journellement des personnes qui suivent un régime plantureux ne faire que peu d'acide urique, tandis que d'autres qui sont très-sobres en produisent beaucoup.

M. MERCIER. Ce n'est pas la diathèse urique, mais bien de l'acide urique seulement que l'on fabrique à volonté. Lorsque, après une digestion laborieuse, il se produit de l'acide urique en excès, je crois qu'il faut plutôt l'attribuer à la digestion qu'à l'assimilation. Du reste, que ce soit l'une ou l'autre qui pèche, la ligne de conduite à suivre est la même, et M. Reliquet vient de citer, pour combattre ma manière de voir, deux faits qui sont tout à fait en ma faveur. J'ai beaucoup insisté en effet dans mon livre, comme base de thérapeutique, sur l'usage de la viande crue, de certains légumes, de l'acide arsénieux qui exercent une influence très-grande sur les fluides de la digestion. En un mot l'acide urique n'est pas le résultat d'une assimilation incomplète, mais celui du rejet de matériaux alimentaires impropres à cette assimilation.

M. RELIQUET. Chez l'un des malades que je viens de citer la respiration et, par conséquent, l'hématose étaient incomplètes, et l'on sait que cette fonction influe beaucoup sur la nutrition des tissus. Chez les phthisiques ou la respiration est imparfaite, ou rencontre parfois de l'acide urique en plus grande proportion. Mon malade mangeait et digérait, mais seulement il n'assimilait pas.

M. PETER. Je ne vois guère là qu'une simple question de mots, et les dissidents sont bien près de s'entendre en principe, car l'assimilation est en quelque sorte le dernier terme de la digestion.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr G. GILLETTE.

Séance du 25 juillet 1874. — Présidence de M. PETER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE

La correspondance imprimée comprend :

1° *L'Analyse chimique des eaux d'Aulus* (*Ariége*), par le docteur F. Garrigou ; 1874.

2° *Du traitement des maladies syphilitiques par les eaux minérales d'Aulus*, par le docteur Bordes-Pagès ; 1874.

3° *Du chancre syphilitique multiple herpétiforme*, par le docteur A. Dubuc.

4° Le n° 2 du journal *la Tempérance*, année 1874.

M. DUROZIEZ continue sa communication sur les préparations alcooliques et éthérées de digitale.

DISCUSSION

M. GILLETTE. Les hautes doses de digitale employées par MM. Colin et Hutchinson, et que M. Duroziez n'accepte, à juste titre, qu'avec beaucoup de réserve, me remettent en mémoire un fait assez surprenant au moins dans les circonstances où il s'est produit, et qui a été publiée dans le *Moniteur des Hôpitaux*, de 1860, par C.H. Jones, chirurgien de l'hôpital général de Jersey. Il s'agissait d'un homme atteint de *delirium tremens*, auquel ce chirurgien avait prescrit une potion avec la teinture d'opium. La femme du malade, venant chercher le médicament, prit par erreur un flacon contenant une once de *teinture de digitale*, qui fut bue par cet homme. La guérison eut lieu, et le chirurgien mettant à profit cette donnée qui lui avait été fournie par le hasard, traita 67 cas de cette nature, dont 66 guérisons, en donnant une demi-once de teinture de digitale ; quelquefois il employa une seconde dose, rarement une troisième.

M. DUROZIEZ fait remarquer que M. Chauffard a préconisé la digitale à haute dose dans le *delirium tremens*.

M. DELASIAUVE. Il est indispensable, au point de vue thérapeutique, d'établir une distinction entre les degrés du *delirium tremens*. En effet, presque tous les cas aigus ordinaires guérissent spontanément au bout de deux ou trois jours, sans qu'on ait besoin d'avoir recours à aucun médicament; c'est là une observation que j'ai pu faire à Bicêtre. Au contraire, le *delirium tremens* suraigu, qui est bien différent du précédent comme degré, comme forme, comme sensations subjectives, nécessite impérieusement un traitement spécifique soit par la teinture de digitale, soit par le sulfate de quinine, soit par l'opium, et toujours à haute dose.

M. PETER. Le *delirium tremens* suraigu exige un traitement actif. J'ai employé moi-même dans cette affection, à l'exemple des Américains, qui sont coutumiers des accidents alcooliques, la digitale à haute dose. Je l'ai fait avec une certaine appréhension, et cependant, chez plusieurs malades auxquels j'ai administré plus de 10 grammes de teinture de digitale, j'ai réussi à enrayer une maladie qui, dans ma conviction, n'aurait pas guéri spontanément. On sait que dans plusieurs cas graves de cette nature on a été jusqu'à rencontrer les lésions de la méningite, congestion et exsudats sur l'encéphale et dans les ventricules.

M. BLONDEAU. Je demanderai à M. Duroziez s'il a été à même de comparer l'action de la teinture de digitale avec celle de l'infusion. Cette étude comparative a été faite par Hutchinson (*Archives de médecine*, 1857), qui va, dans les cas de métrorrhagie *post-partum*, jusqu'à prescrire l'infusion de feuilles de digitale, à la dose énorme de 30 grammes. Je me souviens que Trousseau, dans un exemple de métrorrhagie très-intense, n'osa pas aller jusqu'à la dose précédente, mais fit prendre à la malade une infusion de 15 grammes de feuilles. Cette femme, que nous observâmes avec le plus grand soin, fut prise de vomissements et de syncope qui ne laissèrent pas tout d'abord de nous inquiéter, mais la métrorrhagie fut complétement arrêtée. Je crois que l'infusion de feuilles de digitale est plus dangereuse à manier et a une action supérieure à celle de la teinture, aussi ne conseillerais-je de ne l'employer tout d'abord qu'à la dose de 15 centigrammes en trois tasses de 5 centigrammes chacune, et pourtant nous la voyons prescrire journellement à celle de 50 centigrammes.

M. MERCIER. On voit, dans les expériences faites par M. Homolle, que la digitale, comme la gentiane et bien d'autres médicaments, porte son action sur la vessie. Or, dans ce cas, deux forces sont en présence : la force expulsive et la force rétentive, et il n'est pas dit si c'est sur l'une ou l'autre de ces forces que le médicament agit. Je serais porté à croire que, dans ces observations, les troubles de la miction devraient être attribués plutôt au spasme du col vésical qu'à un vice de contractilité de la vessie elle-même.

M. DUROZIEZ. Dans le premier cas cité par M. Homolle, il en a peut-être été ainsi; mais dans le second, il s'était produit évidemment une irritation de la vessie et du col de ce réservoir, phénomène qu'on avait observé également du côté du gros intestin, puisqu'il est dit que le malade rendait des selles irritantes.

M. GILLEBERT D'HERCOURT fils demande à M. Blondeau s'il a, chez la malade qu'il vient de citer, déterminé la nature des urines. Pour lui, il a observé des phénomènes toxiques et la présence de l'albumine dans l'urine chez une femme où l'administration de l'infusion de feuilles (1 gramme pour un litre; une tasse à thé par jour), fut suivie d'intolérance. Chez cette malade, l'élimination n'avait pas lieu.

M. BLONDEAU. L'examen des urines a été fait et n'a donné qu'un résultat négatif.

M. DUROZIEZ. Dans les cas d'administration de la digitale, il n'est pas rare de rencontrer de l'albumine dans l'urine des malades, car cette substance a une action sur les reins. Mais comme on sait que cet accident se perçoit souvent dans les affections cardiaques, pour lesquelles est prescrite la digitale, il est difficile de préciser si la présence de l'albumine est le fait de la maladie ou du médicament. Ce n'est que par le grand nombre d'observations recueillies qu'on pourra arriver à des données exactes.

M. RELIQUET lit une observation d'*oblitération du canal éjaculateur gauche par les sympexions spermatiques*. (Voir le numéro du 3 septembre 1874.)

M. GILLEBERT D'HERCOURT fils, établissant une comparaison entre cette oblitération et celle des canaux de l'urétère ou de l'appareil hépatique, propose la dénomination de *colique séminale* ou *spermatique*.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr GILLETTE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Voici la composition du jury pour le concours de l'internat :

Médecins : MM. Tardieu, G. Sée, Chauffard, Rigal; suppléants MM. Bouchard, Charcot, Martineau, Bouchut, Lécorché. — Chirurgiens : MM. Tillaux, Richet, Delens; suppléants : MM. Péan, Verneuil, Ledentu, Périer.

Concours de l'externat. — Les juges du concours de l'*externat*, qui commence le lundi 5 octobre, sont : MM. Damaschino, d'Heilly, Fernet, Gérin-Roze, Lucas-Championnière, Nicaise, Terrier.

— *Hospice de la Maternité*. — M. l'architecte Labrouste vient d'entreprendre, à l'hospice de la Maternité, les travaux de construction d'un pavillon isolé, placé au milieu des jardins de cet hospice, et exclusivement destiné aux femmes en couche. Ce pavillon, établi d'après les indications de M. le docteur Tarnier, doit avoir pour effet de supprimer la contagion permanente qui existe dans l'hospice au moment des fièvres puerpérales et d'arracher par suite beaucoup d'accouchées à ces épidémies.

L'isolement des femmes malades n'est pas le seul remède apporté à la situation; dans le système de M. le docteur Tarnier, les femmes de service et toutes les personnes ayant un rapport quelconque avec les accouchées, sont rigoureusement tenues à l'écart de tout contact étranger. Le pavillon dont il s'agit a été conçu en vue de cet isolement absolu, et la dépense qui avait été primitivement évaluée à 50,000 francs ne sera pas moindre, nous assure-t-on, de 80,000 francs. (*France médicale.*)

— La Société de secours aux militaires blessés et malades a adressé la communication suivante au *Journal de Saint-Pétersbourg :*

« Dans les séances de la direction centrale qui ont eu lieu l'hiver passé, a été soulevée et débattue à plusieurs reprises la question de l'effectif insuffisant de notre personnel sanitaire en temps de guerre et de l'urgence qu'il y aurait à ce que la société prît des mesures sérieuses pour obvier à cet inconvénient. On avait signalé, entre autres choses, l'utilité d'organiser des cours d'aides-chirurgiens du sexe féminin dans les centres universitaires, à commencer par l'université de Dorpat, dont il avait déjà été question l'année dernière, sur la motion d'un des médecins de la localité.

« Considérant que dans les villes d'université se trouvent concentrés tous les meilleurs moyens et instruments d'études; que l'organisation des cours projetés, sans exiger de dépenses considérables, peut être d'une très-grande utilité pour l'armée, en donnant le moyen de remplacer en temps de guerre tous les aides-chirurgiens à l'intérieur du pays par des femmes, lesquelles, en temps de paix, rendront encore de grands services, non-seulement dans les hôpitaux de femmes, mais encore à toute la population; vu que, pour les soins relatifs à l'hygiène publique, le zemstvo éprouve aussi le besoin de disposer d'un personnel sanitaire plus nombreux, — la direction centrale a pris les mesures nécessaires pour entrer en communication avec toutes les institutions et personnes qui peuvent contribuer à l'organisation des cours d'aides-chirurgiens féminins. »

— La Société de médecine de Paris reprendra ses séances à partir du samedi 11 octobre, les deuxième et quatrième samedis de chaque mois, à trois heures et demie très-précises, n° 3, rue de l'Abbaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Fauvel, avec un empressement digne d'éloges, a répondu à l'appel qui lui avait été fait dans la dernière séance par M. le président, au moment où il venait de déposer sur le bureau le relevé officiel des conclusions adoptées par la conférence de Vienne. L'honorable académicien est monté à la tribune avec un volumineux cahier, dont il a commencé la lecture. C'est un exposé historique et un commentaire des conclusions scientifiques se rapportant à la première partie du relevé et comprenant : la question de l'origine et de la genèse du choléra, de son endémicité et épidémicité dans l'Inde ; les questions de transmissibilité, de durée de l'incubation et de la désinfection. Nos lecteurs ont sous les yeux le libellé de ces questions et des solutions qui leur ont été données par la conférence (V. le numéro du 8 septembre dernier); nous croirions superflu de les reproduire. Il leur aura suffi sans doute de les parcourir pour se convaincre que si la plupart des solutions données par la conférence reposent sur des faits scientifiques établis et déjà consacrés par la conférence de Constantinople, il en est qui ne reposent que sur des faits ou des démonstrations fort contestables encore, et qui semblent avoir été adoptées bien plus par sentiment que par une détermination véritablement scientifique. Quelques-unes impliquent même des contradictions ou des malentendus qui avaient besoin d'une discussion sérieuse. C'est à cette discussion que s'est livré M. Fauvel. Sa communication n'ayant pu être terminée dans cette séance, nous attendrons qu'elle ait été mise tout entière sous nos yeux pour l'apprécier et examiner à notre tour quelques-uns des points du document officiel qui en fait le texte.

Après cette lecture, et une élection qui confère à M. le docteur Parise (de Lille) le titre depuis longtemps mérité de correspondant, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre une communication qui met — non pas son existence, Dieu merci — mais sa résidence en question. L'Académie est menacée sous peu, si l'on ne lui vient en aide, de chercher elle-même un gîte. Espérons qu'elle ne sera pas réduite à une pareille extrémité.

Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU

M. B. BALL, suppléant de M. le professeur BÉHIER.

Des tumeurs cérébrales.

Leçons recueillies par H. LIOUVILLE (1).

Messieurs, nous venons d'étudier les différentes formes que peut revêtir la douleur, ce symptôme si important dans l'histoire des tumeurs cérébrales; nous avons maintenant à vous parler du fait inverse, c'est-à-dire des *paralysies de la sensibilité*.

Les altérations du tact nous serviront de transition entre les phénomènes d'excitation et de paralysie sensorielles. Tantôt, en effet, il peut exister chez les malades atteints de tumeurs cérébrales des hyperesthésies ; tantôt, au contraire, il se manifeste des anesthésies, et, chose étrange, le premier de ces deux phénomènes paraît coïncider surtout avec les lésions de l'hémisphère droit, tandis que le contraire a lieu par rapport à la paralysie de la sensibilité cutanée, qui s'observe surtout dans les lésions du côté gauche.

Il peut exister aussi des *anesthésies localisées ;* la plus commune de toutes est l'hémianesthésie de la face. Elle se montre presque toujours du côté de la lésion. Un observateur anglais, Hutchinson, a rapporté un cas fort intéressant dans lequel, parmi beaucoup d'autres symptômes remarquables, on avait constaté une abolition complète de la sensibilité cutanée sur le dos de la main. La tumeur occupait le lobe frontal gauche.

Il est d'ailleurs assez difficile de tirer des inductions bien rigoureuses (au point de vue du diagnostic) de ces altérations du tact que nous venons de signaler; mais les troubles des sens spéciaux nous mettent en présence d'indications beaucoup plus précises.

Les *troubles de la vue* (amaurose, amblyopie, diplopie) se rencontrent dans une proportion de 27 pour 100 chez les sujets atteints de tumeurs intra-crâniennes. Nous nous proposons d'étudier plus loin cette partie intéressante du sujet (2). Contentons-nous de faire observer ici que les altérations de la rétine paraissent être encore plus fréquentes que les troubles fonctionnels qui sembleraient devoir en être toujours la conséquence.

Presque toujours l'amaurose est double (quand elle existe), et le malade est alors atteint d'une cécité absolue. Mais lors-

(1) Suite. — Voir les numéros des 22, 24 et 29 septembre.
(2) Une leçon spéciale sera consacrée à l'étude des lésions de la rétine et du nerf optique.

que l'amaurose n'a frappé qu'un œil, elle résulte presque nécessairement de la compression immédiate de l'un des deux nerfs optiques; elle se montre alors le plus souvent du côté opposé à la lésion.

Les *perturbations de l'ouïe,* moins fréquentes que celles de la vue, se rencontrent souvent dans les abcès du cerveau; presque toujours elles se rattachent à une otite interne avec ou sans carie du rocher. Nous trouvons donc ici un élément précieux de diagnostic entre les abcès et les tumeurs du cerveau; car si la perte de la vue, très-fréquente chez les sujets atteints de tumeurs, ne se rencontre que bien rarement chez les individus qui ont des abcès du cerveau, le contraire a lieu par rapport à l'ouïe, presque toujours affectée dans les abcès, beaucoup plus rarement altérée dans les tumeurs.

Notre malade présente à la fois une surdité absolue du côté gauche, avec une perte complète de la vue d'un seul côté. Nous avons donc tout lieu de croire à une compression portant à la fois sur les origines du nerf optique et sur le noyau de l'auditif. Il est bien entendu que nous serions loin de formuler une opinion aussi précise si l'amaurose existait des deux côtés.

Enfin on a signalé la *perte de l'odorat* et *celle du goût* dans quelques cas. Il peut aussi se faire que plusieurs sens soient abolis à la fois; chez un sujet observé par Nélaton, l'ouïe, l'odorat et la vue s'étaient successivement affaiblis, sans aucune altération du goût ni du tact. Dans d'autres cas, on a vu les quatre sens spéciaux simultanément paralysés. Notre malade, qui est atteinte d'anosmie, présente, comme on le sait, une suppression simultanée de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du tact, ainsi que de la sensibilité cutanée dans les régions tributaires de la cinquième paire.

Passons maintenant aux troubles que peut offrir la motilité; ils ne sont pas moins intéressants que ceux qui viennent de nous occuper.

Comme pour ce qui touche à l'étude de la sensibilité, il faut diviser les altérations de la motilité en phénomènes d'excitation ou convulsions, et en phénomènes de dépression ou paralysies. Mais il faut réserver une place spéciale aux accidents qui peuvent atteindre les muscles de l'œil, et dont l'étude offre un intérêt tout particulier.

Les *convulsions* jouent un rôle de premier ordre dans l'histoire des tumeurs cérébrales. On les rencontre dans les deux tiers des cas, et ce simple énoncé suffit pour montrer toute l'importance du sujet.

L'*épilepsie symptomatique* des tumeurs cérébrales ne diffère de l'épilepsie vraie que par son origine; mais, au point de vue clinique, elle est absolument calquée sur le type du *haut mal ;* en effet, le vertige épileptique ou petit mal ne s'observe presque jamais en pareil cas.

Comme dans la véritable épilepsie, les accès épileptiformes peuvent offrir ici tous les degrés d'intensité et présenter toutes les variétés qu'il est possible de concevoir. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, ils s'espacent à de longs intervalles; tantôt ils se produisent à des époques plus rapprochées; tantôt enfin ils deviennent *subintrants* et plongent le malade dans l'*état de mal.* C'est habituellement vers la fin de la maladie qu'ils prennent le plus d'intensité, et l'on a souvent vu le sujet succomber brusquement au milieu d'une attaque.

Dans la plupart des cas, l'accès convulsif est précédé d'un aura; mais cette règle comporte de nombreuses exceptions. Un fait des plus intéressants, c'est qu'en comprimant fortement le point de départ de l'aura, on parvient quelquefois à faire avorter l'accès, absolument comme dans les cas d'épilepsie proprement dite.

Ces phénomènes formidables peuvent disparaître pour faire place à d'autres symptômes; mais, bien plus souvent encore, on les voit éclater au moment où d'autres symptômes s'évanouissent. C'est surtout la disparition de la céphalalgie qui annonce l'invasion des accidents convulsifs.

Existe-t-il un rapport positif entre le siége occupé par les tumeurs cérébrales et les accidents épileptiformes qui peuvent en être la conséquence? On a prétendu que les lésions du lobe postérieur, celles de la convexité des hémisphères, celles des méninges enfin, étaient habituellement liées à ces manifestations symptomatiques. Mais nous avons pu nous convaincre, par une étude attentive des faits, qu'il n'en est point ainsi et qu'on ne saurait réclamer aucun privilége à cet égard, pour une région quelconque de l'encéphale.

L'épilepsie n'est pas seule à imprimer son type aux accidents convulsifs qui résultent des tumeurs incra-crâniennes: la *chorée,* les *contractures,* les *convulsions toniques* ou *cloniques* peuvent en être également la conséquence. Quand ces phénomènes sont localisés, ils occupent de préférence les membres paralysés; au reste, les convulsions peuvent être directes ou croisées, c'est-à-dire que tantôt elles occupent le côté opposé à la lésion, et que tantôt elles siégent du même côté.

Parmi les phénomènes de ce genre, nous signalerons surtout les convulsions de la face, qui impriment à la physionomie du malade un aspect grimaçant des plus singuliers. On peut également rencontrer des *torticolis,* se rattachant à la contraction du trapèze ou du sterno-mastoïdien; chez quelques sujets, il se produit du *trismus;* chez d'autres, enfin, on voit survenir des *crampes* très-douloureuses. Mais, ne l'oublions pas, ce sont surtout des convulsions générales qui éclatent dans les cas de tumeurs intra-crâniennes, et l'on doit avoir soin de les distinguer des attaques épileptiformes, qui se présentent avec une fréquence encore plus grande; elles en diffèrent essentiellement, en ce qu'elles ne sont pas accompagnées de perte de connaissance, d'affaissement intellectuel ni des autres phénomènes qui caractérisent si nettement l'attaque d'épilepsie.

Il nous reste à parler maintenant des *paralysies du mouvement.* (*A suivre.*)

CLINIQUE NAVALE.

Douze cas d'empoisonnement par le plomb.

Par le docteur Jules Crevaux, médecin-major de l'aviso le *Lamotte-Piquet.*

Le capitaine du *Caldera,* navire de commerce arrivant du Havre avec un équipage de dix-sept hommes, informe le capitaine de l'aviso de guerre le *Lamotte-Piquet,* qu'il vient d'envoyer quatre hommes à l'hôpital de Buénos-Ayres.

Quatre malades sur dix-sept hommes est une proportion qui atteint les limites d'une épidémie; c'est pourquoi nous demandons à aller faire une enquête sur l'état hygiénique et sanitaire *Caldera.*

Les vivres sont de bonne qualité, l'équipage ne s'en plaint pas.

Le bateau est relativement propre; le charnier n'a pas de siphon en plomb.

De l'interrogatoire des marins il ressort qu'un mois après le départ du Havre, douze hommes ont été pris de coliques avec symptômes de paralysie dans les extrémités de tous les les membres et particulièrement les inférieurs.

Les individus qui ont échappé à ces accidents mangent à part et boivent de l'eau qui a passé sur un filtre en grès, au fond duquel se trouve une pierre poreuse.

Ces renseignements font porter notre attention sur la machine distillatoire qui fournit au bord son eau potable. Ce distillateur est en cuivre, recouvert à l'intérieur d'une couche d'étamage qui a été renouvelée il y a environ quatre mois.

Les parties que nous pouvons examiner sans démonter l'appareil nous offrent des signes d'une détérioration manifeste; les marmites sont recouvertes à l'extérieur d'une poussière grisâtre, qui paraît être le produit de l'oxydation de l'étamage. Au milieu de cette poussière on voit sourdre des taches verdâtres, tantôt isolées, tantôt réunies pour former de larges plaques. Ces taches, qui, à l'œil nu, ne semblent être que du vert-de-gris, s'étendent en profondeur jusqu'à la couche de cuivre où, pour ainsi dire, elles prennent racine.

Dans les points qui sont les moins altérés, l'étamage est lisse avec des *reflets bleuâtres, irisés*.

Analyse qualitative.—Des rognures de l'étamage et des échantillons de la poussière grisâtre qui le recouvre sont traités par l'acide azotique. Après neutralisation de l'excès d'acide par l'ammoniaque, nous versons dans le liquide une solution d'iodure de potassium. Il se produit instantanément une précipité jaune, semblable en tous points à l'iodure de plomb.

En opérant à chaud nous obtenons l'iodure de plomb à l'état de cristaux brillants comme des paillettes d'or, et présentant au microscope une forme hexagonale parfaitement nette.

Le bichromate de potasse donne un précipité d'une riche couleur jaune de chrome (chromate de plomb).

Une lame d'étain bien décapée, plongée dans la solution, se recouvre d'un dépôt métallique avec les reflets bleuâtres, irisés, caractéristiques du plomb.

Examen des malades à l'hôpital. — Obs. I. — Le nommé L... a été pris au début de coliques avec selles diarrhéiques et contraction des muscles de l'abdomen.

Ces accidents, qui se sont déclarés trois ou quatre semaines après le départ de France, ont été suivis de névralgies des extrémités des membres. Transporté à l'hôpital aussitôt l'arrivée en rade de Buenos-Ayres, il a présenté du délire accompagné de convulsions. Au dire de la sœur, tous les muscles étaient violemment contractés, les membres inférieurs portés dans une flexion telle que les genoux touchaient le menton. On fut obligé de maintenir les bras par une camisole de force.

Aujourd'hui les muscles sont flasques et atrophiés; les mains, qui étaient au début dans une extension forcée, sont dans une demi-flexion. C'est en vain que le malade essaye de les ramener jusque dans l'axe de l'avant-bras, les extenseurs n'obéissent plus au commandement de la volonté.

Tous les muscles de la jambe et en particulier les jumeaux sont flasques et grêles. La pression sur le creux poplité détermine une douleur très-vive, mais sans irradiation vers la jambe et le pied, qui sont d'ailleurs presque tout à fait anesthésiés.

La pression au pli du coude sur le trajet du nerf médian provoque une douleur qui s'irradie dans le pouce, l'index et le médius, les cuisses et les bras sont moins affectés que les jambes et les avant-bras, qui sont manifestement refroidis. Le refroidissement des avant-bras s'arrête à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs.

Les dents sont déchaussées.

Cet homme est incapable de faire aucun service avant plusieurs mois, il est même possible que la paralysie reste incurable.

Obs. II. — C..., cinquante-quatre ans, cuisinier. Environ vingt-cinq jours après le départ, légères coliques avec diarrhée, qui sont suivies de fourmillements dans les pieds.

Aujourd'hui paralysie très-prononcée des extenseurs des orteils, les pieds sont fléchis et portés dans l'adduction (pieds varus). Le gauche est plus malade que le droit.

Nous remarquons, non sans étonnement, que la sensibilité tactile est affaiblie dans les pieds et les mains, bien que la sensibilité à la douleur y soit manifestement augmentée.

Insensibilité de la face interne des deux genoux sur une surface de 4 à 5 centimètres carrés. Dents déchaussées, liséré noirâtre au niveau de la racine.

Cet homme était chargé du fonctionnement de la cuisine distillatoire; il nous rapporte que l'eau de la première journée (on distillait deux ou trois jours par semaine) avait un goût particulier, « un petit goût de cuisine (*sic*) », et plus on en buvait plus on avait soif.

Obs. III. — T..., trente-six ans. Au début coliques avec diarrhée, inappétence, puis engourdissement des pieds et des mains. Les pieds et les mains sont dans la flexion (paralysie des extenseurs). Les mains et le tiers inférieur des avant-bras sont froids et presque insensibles.

La pression sur le pli de l'aine détermine une douleur qui s'irradie à la face interne du talon et la moitié interne de la face dorsale du pied (territoire d'innervation du saphène interne).

Obs. IV. — B..., trente ans. Crampes et fourmillements dans les pieds, précédés de coliques avec diarrhée.

La pression à la partie supérieure du bras en dedans du tendon du biceps provoque une douleur qui s'irradie dans la moitié externe de la main; la force musculaire et la sensibilité tactile sont diminuées dans toute la région innervée par le nerf médian.

En appuyant sur la tête du péroné, douleur dans la moitié externe du pied.

Les mouvements volontaires d'extension des mains et de flexion des pieds sont difficiles.

Devant les preuves de la nocuité de l'étamage de la cuisine distillatoire du *Caldera*, le consul de France et le capitaine du *Lamotte-Piquet* décidèrent de ne pas laisser appareiller ce bateau sans avoir pris toutes les mesures exigées par l'hygiène. Il est convenu que l'appareil sera réparé dans toutes ses parties.

Cette opération est menée à bonne fin en trois jours par nos ouvriers mécaniciens; nous avons eu soin de reconnaître préalablement la pureté de l'étain devant servir à l'étamage.

Analyse quantitative de l'étamage.—Pendant que s'effectuent les opérations, nous recueillons environ 200 grammes de l'ancien étamage. Le métal obtenu mis en barre diffère de l'étain par ses caractères physiques :

1° On le ploie sans déterminer le cri particulier à l'étain;

2° La surface noircit rapidement, tache les mains et marque le papier comme un crayon.

5 grammes de cet alliage sont divisés par la lime en particules très-fines et plongés dans de l'acide azotique fumant. Il se produit en quelques minutes de l'acide stannique insoluble dans l'eau, et de l'azotate de plomb soluble. Ces sels sont jetés sur un filtre et lavés jusqu'à ce que l'eau qui en sort ne contienne plus de traces de plomb.

Tous calculs faits d'après les chiffres donnés par les équivalents, et la proportion ramenée à 100, nous trouvons que cet alliage renferme 46 pour 100 d'étain métallique. Une deuxième expérience nous donne 44 pour 100; admettons un déchet de 5 pour 100 d'étain, et nous avons un alliage composé de parties égales de plomb et d'étain.

Ce sont précisément les proportions d'un alliage très-usité, la soudure des ferblantiers.

Ces expériences ont été faites en collaboration avec M. Réjou,

enseigne de vaisseau et ancien élève de l'École polytechnique.

Conclusion. — Devant la gravité des faits que nous venons de signaler, nous croyons qu'il serait urgent de prendre les mesures suivantes :

1° Exiger que toute cuisine distillatoire neuve ou venant de subir des réparations dans son étamage soit l'objet d'une expertise chimique. Il est indispensable que l'étain ne contienne pas la moindre proportion de plomb, ou au moins le plus faible possible;

2° Rendre le filtre obligatoire à bord des bateaux de commerce munis d'une cuisine distillatoire. L'utilité du filtre n'est-elle pas prouvée par l'immunité dont jouirent les officiers du *Caldera* au milieu de cette espèce d'épidémie d'intoxication saturnine ?

P. S. — Un médecin des Messageries maritines à qui nous racontions aujourd'hui ce cas clinique nous dit avoir observé, à bord du *Sénégal,* cinquante individus pris en même temps de coliques sèches. Ces malades présentaient des signes de paralysie des extrémités des membres, et un *liséré noirâtre sur le bord libre des gencives;* à un second voyage soixante individus furent pris de cette même affection.

Un officier de ce bateau croit trouver la cause de ces accidents dans les tuyaux de plomb qui conduisent l'eau dans les différentes parties du navire. Notre confrère, admettant que l'eau n'a pas d'action sur le plomb, est convaincu qu'il ne s'agit là que de la colique sèche des anciens...? Ces idées regrettables sont le contre-coup de la passion que certains médecins ont déployée dans la guerre acharnée que Lefèvre a suscitée contre le plomb. Le scepticisme est un contre-coup du fanatisme.

Comme exemple de crédulité, nous citerons la fameuse épidémie des ouvriers chauffeurs du *Sénégal.*

Un de ces matelots entre à l'hôpital de Saint-Louis pour coliques sèches; le médecin, qui est un élève de Lefèvre, aperçoit de la couleur rouge sous ses ongles: c'est du minium, c'est du plomb, il s'agit d'intoxication saturine.

Cette découverte fait grand bruit dans la station... tous les ouvriers chauffeurs se barbouillent les ongles avec du minium et sont renvoyés avec des congés de convalescence.

Le récit de cette épidémie nous a été donné par un témoin oculaire, maître mécanicien du *Lamotte-Piquet,* qui a eu la probité de ne pas user de ce stratagème.

OBSERVATIONS D'ANÉVRYSMES (1)

Par M. le professeur Verneuil.

Je me propose de commenter quelques points de cette observation, savoir : l'origine de l'anévrysme, sa rupture, sa marche rapide, et enfin le succès inespéré de la ligature.

La contusion artérielle a été certainement la cause de l'affection, car c'est précisément au lieu frappé qu'apparut, au bout de neuf mois, la tumeur anévrysmale. L'influence des violences extérieures sur la production des anévrysmes externes n'est plus à démontrer, mais il n'est pas inutile d'en multiplier les exemples, ne serait-ce que pour savoir à quelle époque on peut être rassuré sur les suites de la contusion d'une grosse artère. Par malheur, le cas actuel n'ayant point été examiné en temps opportun, nous ignorons ce qui s'est passé entre l'accident du mois de janvier et l'apparition soudaine de l'anévrysme au mois d'octobre. Il est vraisemblable que le choc a rompu d'emblée les tuniques internes, et que l'anévrysme s'est formé de bonne heure, mais que renfermé et maintenu dans la forte gaîne du troisième adducteur, il n'a pris d'abord qu'un faible développement. Toujours est-il que, tout d'un coup, il a changé d'allure et s'est accru presque subitement dans des proportions peu communes. Évidemment alors le sac s'est rompu, et de circonscrite la tumeur est devenue diffuse, formant ce que, dans le langage classique, on appelle un *anévrysme faux consécutif.* Mais pourquoi cette rupture précoce et cet accroissement incoercible ? C'est ce que je vais chercher à découvrir.

La rupture du sac est en quelque sorte normale et fait partie de l'évolution naturelle des anévrysmes ; c'est d'ordinaire une affaire de temps ; mais elle est généralement tardive, et à moins qu'une violence n'intervienne, elle ne survient qu'à l'époque où la paroi amincie et dilatée outre mesure ne peut plus résister à l'effort excentrique du sang. Dans les membres où les gaînes vasculaires sont solides, où le tissu conjonctif condensé fournit au sac des enveloppes complémentaires résistantes, cette terminaison se fait attendre. En tout cas la rupture des *petits* anévrysmes est tout à fait exceptionnelle.

Pour expliquer comment les choses se sont ici passées différemment, il faut interroger avec soin les circonstances qui ont précédé ou accompagné l'incident.

Or, tout à coup et sans cause appréciable, surgissent les symptômes suivants : douleurs violentes dans le membre, à la cuisse, au genou, au gros orteil; œdème considérable de la jambe et du pied, hydarthrose du genou avec fièvre, malaise général, altération des traits, dépression des forces, etc. Le malade croit tout d'abord à un accès de goutte semblable à ceux dont il a déjà souffert; mais sans contester que l'arthrite métatarso-phalangienne ait présenté les caractères déjà observés par le patient, il est clair que l'attaque podagrique ne peut rendre compte de la totalité des symptômes et en particulier de l'hydarthrose très-considérable et de l'œdème de toute la jambe.

Tout ce cortége, au contraire, s'explique à merveille par une oblitération soudaine de la veine fémorale, oblitération dont l'existence a d'ailleurs été démontrée plus tard par la vacuité du vaisseau au moment de la ligature, par le développement des varices à la jambe et l'apparition à la cuisse d'un réseau sous-cutané, indice du rétablissement de la circulation collatérale, etc.

Une telle lésion, du reste, n'a rien d'insolite. Tout le monde sait que les tumeurs anévrysmales refoulent et compriment les tissus qui les environnent et, en particulier, les veines satellites,— que celles-ci sont souvent oblitérées par phlébite ou par simple accolement des parois; mais, à l'exception de l'œdème et de la phlébectasie signalés au-dessous de la tumeur, je ne sache pas qu'on ait jamais recherché l'influence qu'à son tour peut exercer sur le sac anévrysmal l'arrêt incomplet ou complet, lent ou rapide, de la circulation en retour.

Il y a là, ce me semble, une lacune à combler et une réciprocité à mettre en lumière.

Théoriquement, voici comment on comprend l'influence susdite. L'exploration des anévrysmes apprend que la compression pratiquée *au-dessous* de la tumeur y augmente les battements et l'expansion, et cela par un mécanisme trop simple pour être discuté. Si l'obstacle siégeait dans le réseau capillaire, l'effet serait plus tardif, moins marqué, mais évidemment le même ; s'il réside plus loin encore, c'est-à-dire dans les voies de retour, il doit engendrer naturellement les mêmes conséquences, car dans un système de canaux communiquants où circule un liquide dans un sens donné, tout barrage, si éloigné qu'il soit de la source, amène l'accumulation du fluide en amont et l'augmentation de pression sur les parois des canaux susdits.

A la vérité, l'appareil vasculaire échappe d'ordinaire à la distension forcée par la facilité et la rapidité avec lesquelles se créent ou s'agrandissent les voies collatérales, surtout sur le trajet de la circulation veineuse. Un anévrysme de l'humérale peut comprimer les veines satellites sans qu'il en résulte le moindre arrêt, sans que l'avant-bras présente ni œdème ni phlébectasie; le sang s'engage dans les veines superficielles, et tout est dit. Dans le membre inférieur où la plus grande partie du sang revient par la veine principale, fémorale

(1) Fin. — Voir les numéros des 24, 26, 29 septembre, 1er et 6 octobre.

ou poplitée, la gêne circulatoire est déjà plus commune; cependant si l'occlusion de la grande voie s'effectue peu à peu et progressivement, les canaux de dérivation se dilatent à leur tour et assurent bientôt l'écoulement centripète du fluide momentanément retenu.

Dans de telles conditions, qui sont, je crois, les plus communes, le sac anévrysmal n'a guère à souffrir de l'oblitération veineuse.

Mais si l'arrêt se produit par compression subite, et mieux encore par thrombose plus ou moins étendue de la veine principale, il doit en être tout autrement.

Il est à peine nécessaire de rappeler que la ligature des gros troncs veineux amène immédiatement dans les veines secondaires et le réseau capillaire une stagnation et une augmentation de pression qui se propage jusque dans la partie artérielle du système. Si les vaisseaux sont sains et intacts, ils résistent, et tout se borne à l'apparition d'un œdème plus ou moins persistant, et d'une phlébectasie supplémentaire plus ou moins étendue. Mais, si quelque point du circuit est antérieurement affaibli, il cède à l'effort, de là des suffusions sanguines dans les capillaires, de là, en cas de blessures, des hémorrhagies secondaires sur lesquelles Stromeyer et moi-même avons appelé l'attention (1).

Ces remarques me semblent s'appliquer rigoureusement aux anévrysmes. On sait comment s'effectue la circulation dans le sac : il est d'abord dilaté par la systole ventriculaire, mais aussitôt il réagit et, par son élasticité, tend à reporter dans l'artère l'excès du liquide qui le distend. La colonne ainsi réintégrée, trouvant la moindre résistance dans le bout périphérique, s'y engage, passe dans les capillaires et ainsi retourne au cœur sans difficulté, quoique avec un léger retard. Mais si ce bout périphérique, le réseau capillaire et les veines suivantes sont encombrés et déjà gonflés, tout l'effort de la systole ventriculaire porte sur les parois de la poche anévrysmale et la violente énormément. Alors pourront survenir ou l'augmentation continue, ou la rupture, et après celle-ci l'infiltration du sang dans les espaces conjonctifs.

Je pense que ces données jetteront quelque lumière sur les causes encore mal connues de la rupture et de la diffusion des anévrysmes en général; en tout cas, elles expliquent d'une manière satisfaisante le développement fatalement progressif observé dans les deux cas précédents.

Chez M... la phlébite ouvre la marche, le sac se rompt, et le sang infiltre la presque totalité de la cuisse.

Chez X... la tumeur est d'abord bien circonscrite et diminue même sous l'influence des premières heures de compression; mais bientôt elle augmente à nouveau. Un jour nous constatons à la fois l'hydarthrose et l'œdème, et, à partir de ce moment, le sac se distend de plus en plus jusqu'à sa rupture, suivie d'une infiltration dans le tissu conjonctif circonvoisin. Il n'y a pas eu phlébite, mais oblitération complète par coudure à angle droit de la veine sur le sommet du sac.

Je ne veux pas insister davantage, n'ayant que deux faits à ma disposition; mais, en attendant que d'autres recherches viennent modifier, confirmer ou infirmer mes vues, je persiste à croire que l'occlusion ou l'oblitération veineuse, quand elle se produit rapidement dans la veine principale d'un membre, exerce sur le sac anévrysmal une influence des plus fâcheuses.

On admettra avec moi, je pense, qu'il ne s'agit pas seulement ici d'un détail plus ou moins curieux d'anatomie pathologique, et que la pratique, au contraire, peut tirer grand profit de ces remarques. En effet, la seule manière de soustraire le sac à une pression aussi exagérée est évidemment d'y suspendre d'un seul coup et sans désemparer le cours du sang, soit par la compression continue, totale, prolongée, soit mieux encore par la ligature. L'issue si différente des deux cas précédents confirme le précepte. Dans le premier, on poursuit la compression intermittente, le mal s'accroît sans cesse; dans le second la ligature arrête nettement tous les accidents et amène la guérison.

Je ne puis m'empêcher, à ce propos, d'examiner certains reproches faits à la ligature, reproches qui sont sans doute mérités jusqu'à un certain point, mais peut-être aussi un peu exagérés.

(1) Voir *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1870, p. 439.

On répète volontiers que cette opération expose à l'inflammation du sac, et cela par la raison suivante : en interrompant brusquement l'abord du sang dans le sac, elle provoquerait la formation immédiate de caillots cruoriques, lesquels joueraient le rôle de corps étrangers, irriteraient la paroi et en amèneraient l'inflammation, le ramollissement et la rupture.

Or, sans contester la succession assez fréquente des phénomènes susdits, il est permis de mettre en doute l'explication qu'on en donne. D'abord on ne voit pas clairement pourquoi les caillots cruoriques seraient plus irritants pour le sac que les concrétions fibrineuses; — pourquoi ils se comporteraient dans une poche anévrysmale autrement que dans le tissu cellulaire, où ils se ramollissent, se désagrégent, et se résorbent bien souvent sans amener la moindre réaction inflammatoire; — pourquoi, en cas de non-résorption ou de résorption lente, ils ne seraient pas tolérés aussi longtemps que dans les bourses séreuses ou les synoviales; — pourquoi, quand ils se forment après quelques heures de compression comme on en a de nombreux exemples, ils donnent bien rarement lieu à la susdite inflammation du sac; — pourquoi enfin la ligature a donné de si nombreuses guérisons dans lesquelles on n'a rien observé qui justifiât ce rôle funeste attribué aux caillots dits passifs. Jusqu'à ce qu'on ait répondu à toutes ces questions, je me permettrai de dire qu'il règne sur ce point une véritable obscurité.

Toujours est-il que, dans le cas actuel, la ligature, loin d'entraîner toutes les conséquences funestes que je redoutais d'après la théorie, a, tout au contraire, eu pour effets immédiats de calmer les douleurs locales, de diminuer la température du membre, de faire disparaître enfin un travail subinflammatoire fort menaçant, et qui aurait inévitablement abouti à la suppuration et à l'ouverture du foyer anévrysmal. Aussi je regrette de ne l'avoir point pratiquée beaucoup plus tôt, ce qui aurait épargné au patient la lourde et longue tâche de résorber au moins un litre de sang infiltré dans les interstices conjonctifs ou réuni en foyer volumineux.

Résumé. — Tels sont les faits que j'ai observés; trop disparates pour conduire à des propositions générales, ils se prêtent toutefois à certains rapprochements instructifs.

Les sept cas se répartissent ainsi quant au siége et à l'origine :
Quatre anévrysmes poplités, spontanés;
Un anévrysme fémoral — après une contusion;
Un anévrysme radial, — suite de blessure;
Un anévrysme palmaire, — né dans un foyer purulent.

Cinq de ces tumeurs étaient circonscrites; deux sont devenues diffuses.

Les sujets étaient de sexe masculin, d'âge adulte ou viril, sauf un qui atteignait la vieillesse; tous robustes et bien portants, sauf un encore à constitution débilitée. Pour la plupart, au début, le pronostic semblait favorable, mauvais pour un seulement, qui cependant a guéri.

La terminaison a été cinq fois heureuse, deux fois mortelle. Ont guéri : deux anévrysmes poplités, l'anévrysme fémoral, l'anévrysme palmaire, et l'anévrysme radial.

La cure, sauf pour ce dernier, a toujours été longue, ayant exigé deux mois en moyenne; il n'est pas sans intérêt de noter que trois guérisons ont été obtenues par les patients eux-mêmes, presque sans le concours direct du chirugien et simplement avec ses instructions et sa surveillance. On sait depuis longtemps quel rôle jouent dans la cure de l'affection susdite la patience, l'adresse et l'intelligence des malades. Il y a là des ressources qu'il ne faut point dédaigner.

Deux anévrysmes poplités ont succombé, l'un à une gangrène de la jambe causée par une embolie et suivie d'infection purulente; l'autre à une inflammation du sac avec arthrite du genou et phlegmon de la cuisse. Je reconnais sincèrement que ces revers sont surtout imputables au traitement mis en usage et qu'ils auraient pu sans doute être évités.

Je vais récapituler brièvement les méthodes et procédés mis en usage.

Compression. — Jugée inapplicable dans un cas, elle a été pratiquée six fois d'emblée. Deux fois elle a réussi, quatre fois il a fallu l'abandonner; elle a guéri, à elle seule, l'anévrysme radial et l'un

des anévrysmes poplités avec le concours de la flexion et de l'extension de la jambe. On en a cessé l'emploi : deux fois à cause des douleurs qu'elle provoquait rapidement et de son impuissance avérée à arrêter et même à modérer les progrès du mal. Une fois parce qu'elle ne put jamais parvenir à effacer le calibre de l'artère; une fois enfin parce qu'après des essais persévérants et du reste innocents, elle n'avait en rien modifié l'affection.

La compression indirecte simple a été trois fois pratiquée, la compression alternante étant impossible; cette dernière, essayée une seule fois, n'a pas réussi (anévrysme palmaire); la compression directe tentée, dans ce même cas, a paru plutôt nuisible, car elle a aminci, enflammé le tégument et amené la dénudation de l'anévrysme.

Les agents compressifs ont beaucoup varié; j'ai utilisé les doigts des aides, les appareils mécaniques, le garrot et le sac de plomb. Ce dernier moyen, manié par des aides intelligents, est à la fois l'un des plus simples, des mieux tolérés et des plus propres à produire l'interruption intermittente du cours du sang. On voit que, dans la présente série, le passif de la compression l'emporte sur son actif, puisque sur sept cas, elle s'est montrée deux fois efficace, deux fois inapplicable, une fois impuissante et deux fois nuisible. Je n'en veux pas conclure à l'abandon d'une méthode excellente, qui m'a donné précédemment de brillants succès, mais seulement signaler ses imperfections et modérer l'enthousiasme qui l'a fait considérer comme une panacée.

Attitudes de la jambe dans les anévrysmes poplités. — J'en ai fait l'objet d'essais nombreux. La flexion a été abandonnée deux fois d'emblée, parce qu'elle n'arrêtait qu'à grand'peine et encore incomplétement les battements dans l'anévrysme. Dans un cas, le sac était trop peu volumineux, et dans l'autre trop réductible, c'est-à-dire trop dépourvu de caillots fibrineux. Dans les deux autres faits, au contraire, elle a donné d'excellents résultats. A elle seule, elle a guéri un malade chez lequel il eût fallu certainement pratiquer la ligature. Puis elle a puissamment aidé la compression inguinale chez le douanier. Dans ces deux cas, à la fin du traitement, et quand le sac était déjà presque rempli de caillots résistants, l'extension forcée de la jambe rendait aussi le sac silencieux. C'est là un petit moyen adjuvant dont on pourra tirer quelque profit.

La flexion a cet avantage qu'elle permet au malade de quitter son lit et de marcher avec des béquilles sans compromettre la réussite. Une fois j'ai voulu compléter la cure par l'extension et l'application d'un appareil dextriné; mais le résultat a été nul. On aurait donc tort de compter sur l'immobilisation comme méthode thérapeutique.

Injections coagulantes. — Je leur dois un succès complet et rapide dans l'anévrysme palmaire, petit et facilement accessible; mais aussi un revers dans l'anévrysme poplité, qui cependant semblait très-favorablement disposé à la réussite. On remarquera que la méthode est d'une application difficile dans les anévrysmes un peu volumineux. Si l'on injecte le fluide coagulant ou trop faible ou en trop petite quantité, on échoue, ce qui m'est arrivé deux fois de suite. Si l'on augmente ou les doses ou le pouvoir chimique, on peut enflammer le sac ou produire des caillots trop étendus ou peu cohérents qui se détachent et forment embolie. J'appuie donc l'opinion déjà formulée et qui limite la méthode aux petits sacs situés dans des régions où le détachement d'un caillot n'aurait pas beaucoup d'inconvénients, les voies collatérales étant abondantes. L'injection coagulante serait particulièrement contre-indiquée chez les vieillards et lorsque l'impulsion cardiaque est vigoureuse.

Le perchlorure de fer reste, je crois, l'agent préférable à cause de sa rapidité d'action et de la solidité du caillot qu'il forme avec le sang.

Ligature. — Comme la plupart des chirurgiens français contemporains, je n'ai qu'une expérience fort restreinte de cette méthode, n'ayant lié jusqu'ici que deux fois la fémorale pour des anévrysmes poplités. Dans le cas présent, le succès a été aussi remarquable par l'arrêt subit des symptômes alarmants que par l'extrême bénignité des suites immédiates. C'est à peine si l'opération a provoqué une fièvre traumatique de vingt-quatre heures chez un sujet singulièrement prédisposé pourtant à toutes les complications possibles. La plaie de la ligature a marché avec autant de simplicité que la plus vulgaire incision. A la vérité, la découverte, la dénudation, l'isolement et la constriction du vaisseau se sont effectués comme sur le cadavre. Je me suis bien gardé surtout de faire la réunion immédiate de la plaie, cette pratique augmentant, beaucoup suivant moi, la gravité de l'opération.

Amputation. — Mesure extrême, n'attestant que trop la puissance limitée de la thérapeutique conservatrice, l'amputation doit à peine être comptée de nos jours parmi les méthodes applicables à la cure des anévrysmes. Cependant, quand éclatent des complications telles que la gangrène, le phlegmon diffus, les arthrites purulentes, l'ouverture du sac, les hémorrhagies, etc., elle reste une dernière ressource, bien précaire malheureusement, mais surtout telle parce qu'on l'emploie trop tard en général et lorsque l'état du sujet est désespéré.

Deux fois, dans ma série, elle a été nettement indiquée ; deux fois, par un scrupule exagéré, j'ai laissé passer l'heure opportune. Tout ce que je puis ajouter à cet aveu, c'est qu'à l'avenir je suis résolu à me montrer moins timoré et plus hardi.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 octobre 1874. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de l'Ain et d'Eure-et-Loir pendant l'année 1873 (commission des épidémies);

2° Deux demandes en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, des sources minérales situées, l'une à Heucheloup, commune d'Hugecourt (Vosges), et l'autre à Neirac, commune de Meiras (Ardèche) (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Hoaran, intitulé : *Du procédé à l'aide duquel on peut éviter des enterrements de vifs* (commission : MM. Devergie et Bergeron);

2° Un mémoire de M. le docteur Roustan, intitulé : *Traitement par la lumière des maladies des yeux et en particulier de l'héméralopie* (commission du prix Barbier).

PRÉSENTATIONS

M. Roger présente, au nom de M. le docteur Dufossé, deux brochures intitulées, l'une : *Sur un organe de préhension chez un poisson*, et l'autre : *Recherches sur les bruits et les expressifs que font entendre les poissons d'Europe.*

M. Demarquay présente un traité d'anatomie en langue russe, par M. Hirszefelda, 1870.

ÉLECTION

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre correspondant dans la deuxième section des correspondants nationaux.

La liste de présentation porte :

En première ligne : M. Simonin (de Nancy).

En deuxième ligne : M. Parise (de Lille).

En troisième ligne : M. Ollier (de Lyon).

En quatrième ligne (*ex æquo*) : MM. Bourguet (d'Aix), Courty (de Montpellier), Duboué (de Pau).

Nombre de votants : 52. Majorité : 27.

Au premier tour de scrutin :

M. Parise obtient.	31 voix.
M. Simonin.	17 —
M. Ollier.	3 —
M. Duboué.	1 —

En conséquence, M. Parise ayant obtenu la majorité, est proclamé élu.

— A l'occasion de cette élection, M. Barth demande la parole. Il fait remarquer qu'il y a en ce moment un grand nombre de vacances

dans la classe des associés nationaux, et qu'il n'existe point de commission spéciale d'élection pour cette classe, tandis qu'il y a quatre commissions d'élection pour les correspondants nationaux et étrangers.

M. BÉCLARD répond à M. Barth que les quatre commissions d'élections pour les correspondants nationaux et étrangers ont également la mission de présenter des candidats pour les places d'associés nationaux ou étrangers.

M. BARTH insiste sur sa proposition de désigner une commission spéciale d'élection pour les associés nationaux.

La proposition appuyée par plusieurs membres est renvoyée à l'examen du conseil.

LECTURE

Exposé sommaire de la partie scientifique des travaux de la conférence sanitaire internationale de Vienne. — M. FAUVEL, pour répondre au désir exprimé dans la dernière séance par le bureau, présente un compte rendu sommaire des travaux de la conférence internationale réunie à Vienne au mois de juillet dernier. C'est le commentaire des conclusions adoptées par cette assemblée, dont M. Fauvel a déposé un exemplaire sur le bureau de l'Académie, mardi dernier.

C'est principalement sur la partie exclusivement scientifique du programme que M. Fauvel appelle l'attention de l'Académie. Il constate d'abord que la conférence de Vienne n'a rien ajouté à ce que l'on savait de l'étiologie du choléra, et qu'elle confirme purement et simplement, à quelques variantes près, toute la doctrine présentée par la conférence de Constantinople, et que sur les points fondamentaux de cette doctrine elle a émis des votes unanimes.

M. Fauvel passe ensuite en revue les conclusions scientifiques adoptées par la conférence et présente un aperçu de la discussion à laquelle elles ont donné lieu.

La lecture de M. Fauvel, n'ayant pu être terminée dans cette séance, sera continuée dans la séance prochaine.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre une communication touchant les intérêts de la compagnie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

303. Taurin. Des manifestations puerpérales observées dans un service mixte de femmes en couche et de nourrices (hôpital Necker, 1873).

304. Drancourt. Essai sur un nouveau moyen d'hémostase dans les opérations (méthode d'Esmarck).

305. Mancash. Quelques considérations pratiques sur le pronostic et le traitement des fractures compliquées de la jambe.

306. Bertrand. Des lésions des méninges cérébrales sous l'influence de la syphilis.

307. Foulquier. Considérations sur l'asphyxie locale.

308. Riche. Pathologie du houilleur.

309. Raimond. De la fièvre bilieuse grave observée dans les pays chauds.

310. Clauzel. Du diagnostic de la généralisation des tumeurs mélaniques par l'examen microscopique du sang, des urines et des crachats.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

État sanitaire de la ville de Paris. — Population (recensement de 1872), 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 2 octobre 1874, on a constaté 672 décès, savoir :

Variole, 3 ; rougeole, 4 ; scarlatine, 4 ; fièvre typhoïde, 18 ; érysipèle, 4; bronchite aiguë, 22 ; pneumonie, 30; dysentérie, » ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 15 ; choléra nostras, » ; angine couenneuse, 10; croup, 7; affections puerpérales, 4 ; autres affections aiguës, 184 ; affections chroniques, 310, dont 132 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 30 ; causes accidentelles, 27.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 16 octobre 1874, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° lecture du procès-verbal de la précédente séance ; 2° de l'action thérapeutique des diverses préparations de digitale par M. Duroziez.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance reprendra ses séances mercredi prochain 14 octobre, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° de la distribution des médicaments aux consultations des hôpitaux et des bureaux de bienfaisance ; — 2° de la nécessité de nommer dans chaque bureau de bienfaisance un médecin spécialement chargé de la pratique de la chirurgie et des accouchement difficiles et dangereux, par M. Passant.

— M. le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur libre d'anatomie, commencera ses cours particuliers d'*anatomie* le mercredi 14 octobre 1874, à midi et demi, dans l'amphithéâtre n° 9 de l'école pratique.

Ces cours dureront plus de cinq mois ; ils se composent de deux leçons par jour et de *démonstrations de dissection* faites dans le pavillon n° 7 de l'école pratique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Éléments d'anatomie et de physiologie pathologiques générales; nosologie, par le docteur WEHENKEL, chargé du cours d'anatomie pathologique à l'université de Bruxelles. — In-8° de 320 pages. — Prix : 7 fr. 50. — Bruxelles, 1874, H. Manceaux. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Conférence médicale de Paris (1870). Discussion sur la variole et sur la vaccine, par MM. CAFFE, DALLY, GALLARD, MARCHAL (de Calvi), LANOIX, TARDIEU, REVILLOUT, etc. — 1 vol. in-8° de 192 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1872, Adrien Delahaye.

Contribution à l'étude de l'acclimatement des Français en Algérie, par le docteur RENÉ RICOUD. — 1 vol. in-8° de 126 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, 1874, G. Masson.

Du traitement de la balano-posthite et du phimosis symptomatique des chancres simples, par CHARLES MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi. — Brochure in-8° de 16 pages. — Prix : 75 centimes. — Paris, 1874, Octave Doin.

Almanach illustré de la jeune mère, par le docteur BROCHARD, rédacteur en chef du journal *la Jeune Mère*. — 1re année 1875. 1 vol. in-16 de 64 pages. — Prix : 50 centimes. — Paris, E. Plon et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

ARRÊT

DE LA COUR D'APPEL DE LYON

Étude de Me SALLÈS, avoué licencié en droit près la Cour d'appel de Lyon, quai de l'Archevêché, 25.

La première chambre de la Cour d'appel de Lyon, dans son audience du neuf juin mil huit cent soixante-quatorze, a rendu l'arrêt suivant :

Entre

MM. Alexandre Paillasson, docteur-médecin, demeurant à Lyon, rue de la Barre, 12,

Et Joseph Simon, pharmacien, demeurant à Lyon, rue de Lyon, n° 89, appelants ayant pour avoué constitué Me Sallès, d'une part,

Et

1° MM. de Sibord et Doll, négociants, demeurant à Paris, rue de Provence, 112 ;

2° MM. Jacquet de May et Ce, pharmaciens, demeurant à Paris, rue des Saints-Pères, 12, intimés, ayant pour avoué constitué Me Girin,

Et le sieur X..., pharmacien à Lyon, aussi intimé, ayant pour avoué Me Rombau, d'autre part.

La Cour,

Considérant qu'Alexandre Paillasson, docteur-médecin, et Joseph Simon, pharmacien, tous deux demeurant à Lyon, ont pris, à la date du cinq décembre mil huit cent soixante-huit, un brevet d'invention, et, à la date du trente octobre mil huit cent soixante-neuf, un certificat d'addition pour un appareil médical auquel ils ont donné le nom d'injecteur Paillasson ;

Considérant qu'en laissant de côté certains organes accessoires dont il n'est pas question dans le procès actuel, l'invention de Paillasson et de Simon consiste dans la création d'un appareil destiné à transporter et conserver les médicaments, et, surtout, à les introduire à l'état pâteux dans le corps humain ;

Considérant que cet appareil se compose d'un cylindre mécanique souple, ouvert à l'extrémité et se terminant par une tubulure à pas de vis, sur laquelle on adapte, à volonté, ou une canule, si l'on veut opérer l'injection, ou un bouchon, lorsqu'on veut simplement conserver le médicament ;

Considérant que l'appareil saisi dans la pharmacie de X..., à Lyon, et transmis à ce dernier par de Sibord et Doll, négociants à Paris, est évidemment une contrefaçon de l'injecteur Paillasson ;

Qu'en effet, on retrouve dans cet appareil un tube compressible, destiné à introduire dans l'œil un médicament pâteux, la pommade Crémer ;

Considérant que, à la vérité, on peut signaler deux différences :

1° Dans l'injecteur Paillasson, la canule est mobile ; au contraire, elle est fixe dans l'appareil vendu par de Sibord et Doll ;

2° Le mode de pression est une clef dans l'injecteur Paillasson, on se sert de la main dans l'appareil contrefait ;

Considérant que de pareilles différences ne peuvent faire disparaître la contrefaçon ; que Paillasson et Simon n'ont inventé ni le tube compressible, ni la canule, mais qu'ils ont eu l'idée les premiers d'introduire dans le corps humain des médicaments à l'état pâteux au moyen d'un tube compressible et d'une canule, c'est-à-dire que leur invention consiste simplement dans l'application nouvelle de moyens connus pour l'obtention d'un résultat industriel ;

Considérant que Paillasson et Simon ont actionné devant le tribunal de Lyon, tout à la fois : 1° X..., chez lequel a été saisi un appareil destiné à l'injection de la pommade de Crémer ; 2° de Sibord et Doll, négociants à Paris, qui ont vendu cet appareil à X...; 3° Jacquet de May et Ce, pharmaciens à Paris, qui ont un dépôt des appareils contrefaits ;

Considérant que X... et de Sibord et Doll paraissent, d'après toutes les circonstances de la cause, avoir été de bonne foi et que, à l'audience, le défenseur de Paillasson et de Simon n'a point insisté pour obtenir contre eux des dommages-intérêts ; que c'est donc le cas de prononcer simplement la confiscation de l'appareil saisi chez X..., et de laisser à la charge, soit de X..., soit de Sibord et Doll, les dépens faits par eux en première instance et en appel ;

Considérant que la position de Jacquet de May et Ce est toute différente ; que, malgré les avertissements qui leur ont été donnés, ils ont continué à vendre des appareils contrefaits et destinés à l'injection de la pommade Crémer ;

Que, bien qu'il n'y ait point eu de saisie opérée dans leur pharmacie, le fait est certain et n'est point même dénié par eux ; qu'il est donc juste de les condamner à des dommages-intérêts dont la Cour peut fixer la quotité d'après les éléments qui sont en possession ;

Qu'il convient aussi, à titre de supplément de réparation pour le préjudice causé, d'autoriser Paillasson et Simon à faire insérer à leur choix, et aux frais de Jacquet de May et Ce, dans cinq journaux de France, un extrait du présent arrêt ;

Considérant, enfin, que bien qu'aucune saisie n'ait été opérée à Paris, il y a lieu d'ordonner les confiscations et suppressions dont parlent Paillasson et Simon dans leurs conclusions, conformément aux prescriptions de la loi du cinq juillet mil huit cent quarante-quatre, et toujours à titre de supplément de dommages-intérêts ;

Par ces motifs,

La Cour, sans ordonner l'expertise demandée par de Sibord et Doll et par Jacquet de May et Ce, expertise qui est inutile, réforme le jugement dont est appel, et, ce faisant,

Dit et prononce que l'appareil destiné à l'injection de la pommade Crémer est une contrefaçon de l'injecteur Paillasson ;

Prononce la confiscation de l'appareil saisi dans la pharmacie de X..., à Lyon, et condamne Jacquet de May et Ce à cinq cents francs d'indemnité envers Paillasson et Simon, avec intérêts à partir d'aujourd'hui seulement.

Autorise Paillasson et Simon à faire insérer dans cinq journaux de France, à leur choix et aux frais de Jacquet de May et Ce, un extrait du présent arrêt contenant seulement les noms des parties, les motifs et le dispositif ;

Ordonne, au besoin, la confiscation, à leur profit, des appareils contrefaits, déjà fabriqués ou en cours de fabrication, et des ustensiles spécialement destinés à cette fabrication ;

Ordonne également la suppression et la destruction des circulaires, mémoires et prospectus dans lesquels les intimés annoncent au public qu'ils ont eu, les premiers, l'idée d'enfermer leur pommade Crémer dans un étui hermétiquement clos, compressible, etc.;

Condamne Jacquet de May et Ce à tous les dépens de première instance et d'appel, à l'exception de ceux de X... et de ceux de Sibord et Doll, que ces derniers supporteront sans recours.

Pour extrait certifié conforme :

SALLÈS, *avoué*.

N° 118. — SAMEDI 10 OCTOBRE 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 10 OCTOBRE 1874. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Un mot sur la maladie désignée sous le nom de mamelle irritable.

M. Le Dentu, suppléant de M. le professeur Richet à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, appelait il y a quelques jours, dans une de ses conférences du mercredi, l'attention de ses élèves sur un cas d'hypéresthésie mammaire chez une femme qui venait d'avoir successivement plusieurs phlegmons suppurés de la mamelle, et il a saisi cette occasion de soulever en passant une question très-intéressante, savoir si ce que l'on a désigné jusqu'à présent sous le nom de mamelle irritable existe indépendamment de toute lésion mammaire.

On sait que Astl. Cooper, qui s'est servi le premier de cette dénomination, a décrit deux formes distinctes de mamelle irritable : l'une dans laquelle la mamelle peut devenir irritable sans la formation d'aucune tumeur appréciable ; l'autre, coïncidant avec une tumeur ou des nodosités mammaires. Velpeau avait déjà fait remarquer que les tumeurs générales ou partielles et les nodosités mammaires décrites par Astl. Cooper dans son second groupe, existent souvent sans douleurs notables, tandis que, d'un autre côté, les douleurs se rencontrent sans tumeur, et il en avait conclu qu'il y avait lieu de considérer ces deux états comme deux lésions distinctes ou, au moins, comme deux degrés de la même lésion et de les étudier séparément.

Cette question a été reprise depuis et étudiée par M. Broca dans son *Traité des tumeurs.* Ce savant pathologiste a mis tout de suite le doigt sur le véritable nœud de la question, en montrant, par l'énoncé même des divergences d'opinions, qu'on avait confondu sous une même dénomination des états morbides différents; ce qui arrive presque toujours en pathologie, dit-il avec raison, lorsqu'on prend un symptôme pour point de départ d'une division ou d'une classification. Pour lui, il n'est pas douteux que ces deux maladies ont un symptôme commun, la névralgie mammaire; ou plutôt, dirions-nous, que la névralgie mammaire qui est idiopathique, c'est-à-dire qui constitue à elle seule l'affection dans quelques cas, complique dans d'autres ou a pour point de départ une tumeur ou toute autre lésion matérielle de la glande.

Cette distinction est importante, car de ce que la névralgie est idiopathique ou symptomatique, peuvent découler des indications thérapeutiques différentes.

Tout en admettant, ou plutôt en ne contestant pas l'existence de l'affection désignée par Astl. Cooper sous le nom de mamelle irritable, sans tumeur ni engorgement, M. Broca déclare n'en avoir jamais observé d'exemple.

Ici il s'agit de s'entendre. Si la prétendue affection spéciale décrite par Astl. Cooper sous le nom de mamelle irritable sans tumeur, n'est en réalité autre chose, comme nous le pensons et comme on incline généralement à le penser, que l'une des formes ou des expressions de la névralgie intercostale, il faut rayer le mot de la classification ; et il ne reste plus dès lors que la *tumeur* irritable. Mais cette tumeur irritable elle-même constitue-t-elle, comme le voulait Astl. Cooper, une sorte d'affection spéciale, une tumeur offrant une structure différente de celle de la mamelle et d'une nature spécifique? C'est ce que l'on peut parfaitement contester encore.

C'est ici que M. Broca, avec son fin esprit d'analyse, nous paraît avoir parfaitement démontré que la tumeur irritable, comme espèce morbide spéciale, est une pure hyhothèse, et que, loin d'être d'une nature spécifique, les tumeurs irritables de la mamelle constituent au contraire un groupe très-hétérogène et tout à fait artificiel.

Il résulte, en effet, d'un certain nombre d'observations qu'il rapporte dans son livre, que la nature des tumeurs irritables de la mamelle est très-variable : les unes appartenant au cancer, comme le fait rapporté par Velpeau dans le *Traité des maladies du sein;* d'autres, à l'inflammation chronique d'un ou de plusieurs lobules de la glande mammaire; d'autres à un kyste, comme l'un des faits rapportés par Rufz ; d'autres à une simple hypertrophie des mamelles; d'autres à une induration fibreuse; d'autres, enfin, à un adénome.

C'est à cette dernière lésion que M. Broca attribue la plupart des cas de mamelle irritable qu'il a eu l'occasion d'observer. Sur six cas de tumeurs irritables de la mamelle qu'il a observés et traités, cinq étaient des adénomes. Et il incline à penser que la plupart des faits rapportés par les auteurs peuvent être plus ou moins légitimement groupés autour de ce type, les kystes glandulaires, les hypertrophies isolées, les petits grains glanduleux décrits par Velpeau, les hypertrophies générales, procédant de l'adénome ou ayant du moins avec lui la plus grande analogie.

L'une des conséquences pratiques les plus importantes qui ressortiraient de ce rapprochement serait que la méthode de

la compression qui, dans les cas d'adénomes que M. Broca a eu à traiter, a produit entre ses mains d'heureux résultats, pourrait être utilement appliquée d'une manière plus générale qu'on ne l'a fait jusqu'à présent aux cas semblables.

Dans le fait sur lequel M. Le Dentu a appelé notre attention, il s'agit d'une simple mammite. La malade qui en est atteinte est accouchée il y a sept mois, elle a eu depuis plusieurs abcès du sein, dont elle porte les traces, plus une induration en plaque qui persiste, ainsi qu'une série de petits points granuleux au-dessus de la mamelle. La région tout entière est le siége d'une hypéresthésie; mais, sur quelques points, la sensibilité est telle qu'on ne peut y toucher sans provoquer les plus vives douleurs. Cette malade a été traitée jusqu'à présent par les applications émollientes et narcotiques, les onctions belladonées et la chaleur. M. Le Dentu fait en ce moment l'essai d'injections narcotiques hypodermiques, et il se propose, en cas d'insuffisance de ces moyens, de recourir à la compression.

Nous suivrons cette malade, et nous tâcherons de tenir nos lecteurs au courant du résultat qui sera obtenu.

Glossite aiguë *a frigore*. — Tuméfaction considérable de la langue. — Résolution rapide et spontanée.

X..., âgé de vingt-sept ans, garçon de salle, homme vigoureux, mais d'apparence un peu strumeuse, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 38, dans le service de M. le professeur Béhier, suppléé par M. Ball, le 25 septembre 1874.

L'avant-veille, étant en parfaite santé, à la suite d'un refroidissement, le malade sentit sa langue se tuméfier très-rapidement, au point de rendre bientôt tout mouvement de cet organe impossible. Le malade est examiné trente-six heures après le début des accidents, et on le trouve dans l'état suivant :

Les lèvres sont entr'ouvertes, il s'en échappe continuellement un filet de salive. La bouche s'ouvre facilement; la langue la remplit presque en totalité; ce qui frappe d'abord, c'est l'extrême tuméfaction de cet organe; la bouche est trop petite pour la contenir, et elle déborde un peu l'arcade dentaire. La forme aplatie et étalée de la langue a fait place à un aspect cylindroïde ou conique, les dimensions verticales de l'organe égalant au moins son diamètre transversal. Les mouvements de la langue sont à peu près impossibles et très-douloureux; la phonation presque entièrement abolie et inintelligible; la déglutition, même des liquides, entièrement entravée; depuis la veille, le malade n'a rien mangé ni bu; la salive même ne peut être avalée et inonde constamment son oreiller. Si l'on commande au malade d'élever la pointe de la langue vers la voûte palatine, il est impuissant à exécuter ce mouvement, qui est indispensable au premier temps de la déglutition.

Le dos de la langue est recouvert d'un enduit muqueux, suburral (le malade est à jeun depuis deux jours); la muqueuse n'est du reste le siége d'aucune rougeur inflammatoire. La pression exercée par la spatule ou avec les doigts sur le corps charnu de la langue est douloureusement ressentie par le malade et permet de constater une certaine résistance.

La face postérieure du pharynx, les amygdales, les gencives sont parfaitement saines et ne présentent aucune trace d'inflammation et d'hypérémie.

Légère tuméfaction et sensibilité des ganglions sous-maxillaires. Du reste, aucune gêne de la circulation cérébrale, pas de turgescence de la face, aucune gêne respiratoire. Le pouls est lent, la température normale.

En l'absence de tout phénomène inquiétant, M. Ball s'abstient de toute intervention thérapeutique. Dès le lendemain 26, le troisième jour à partir du début des accidents, on constate une amélioration aussi profonde que rapide. Le volume de la langue s'est réduit de près des deux tiers; l'organe a repris sa forme étalée et aplatie normale; il joue librement dans la cavité buccale qui, la veille, était trop petite pour le contenir. L'écoulement de la salive a cessé; la déglutition et la parole s'exécutent assez facilement. La partie antérieure et la pointe de la langue toutefois, au lieu de présenter un bord effilé, offrent encore un contour mousse et visiblement tuméfié. Mais le jour suivant, 27 septembre, la langue a récupéré son aspect normal et la liberté de tous ses mouvements. X... mange et prend son *exeat*.

Cette observation offre quelques particularités intéressantes à relever. C'est un exemple de glossite franche, *a frigore*, remarquable par la bénignité et la rapidité de son évolution. En moins de vingt-quatre heures, la langue a acquis un volume considérable, au point de rendre la déglutition et la phonation impossibles; cet état persiste pendant deux jours, sans phénomènes généraux, et se dissipe tout aussi rapidement qu'il s'est développé. Il faut aussi noter que la fluxion inflammatoire a été nettement limitée au parenchyme de la langue; la muqueuse linguale, le pharynx et les tonsilles n'ayant présenté ni tuméfaction, ni rougeur appréciables.

Nous avons reçu, trop tard pour l'insérer aujourd'hui, la relation d'un autre cas de glossite, mais d'une nature et d'une origine toutes différentes et qui se rapproche beaucoup plus du fait malheureux rapporté tout récemment par notre collaborateur M. le docteur Bailly : c'est même à l'occasion de ce fait qu'il nous a été communiqué. Il s'agit d'une glossite traumatique ou par intoxication. Nous le publierons dans la Revue prochaine.

Traitement de la fièvre puerpérale par l'alcool.

Plusieurs cas de fièvre puerpérale se sont manifestés il y a quelques jours dans le service des femmes en couche de M. Hardy, remplacé par M. Guibout. On sait combien de médications ont été essayées sans succès contre cette grave maladie. La méthode antiphlogistique, la saignée, la méthode révulsive, les vésicatoires, les purgatifs, sont restés inefficaces. M. Guibout a eu l'idée de recourir à une médication nouvelle, le traitement par l'alcool, et les effets qu'elle vient de produire entre ses mains méritent d'attirer l'attention. Nous devons les détails qui suivent à une communication de M. Paul Frédault, externe du service.

La première application ne fut d'abord pas heureuse, mais il n'en a pas été de même des suivantes.

A la première malade prise de fièvre puerpérale, on donna, immédiatement après la visite, une potion de Tood, soit soixante grammes d'eau-de-vie avec quatre grammes d'alcoolature d'aconit. La malade, affaiblie par son accouchement de la veille et par la fièvre puerpérale intense et presque foudroyante, succomba la nuit suivante, malgré la potion de Tood.

On espérait que ce cas resterait isolé, lorsque, deux jours après, une autre malade offrit à la visite du matin tous les symptômes de cette terrible maladie. On fit aussitôt évacuer la salle.

Malgré cela, trois autres malades furent atteintes presque en même temps. M. Guibout prescrivit encore la potion de Tood. Mais, au lieu d'une seule potion, donnée à la première malade sans succès, il en prescrivit deux par jour, soit cent vingt grammes d'eau-de-vie avec huit grammes d'alcoolature d'aconit par jour. Pour remplir toutes les indications thérapeutiques, M. Guibout prescrivit en même temps des fumigations

aromatiques pour rappeler les lochies, des frictions sur le ventre avec de l'onguent napolitain belladoné, des cataplasmes bien chauds de farine de graines de lin constamment appliqués sur la région hypogastrique, et tisane d'armoise.

A la visite du lendemain, on eut la satisfaction de constater un mieux sensible. Le même traitement tout entier fut continué.

Le jour suivant (troisième jour), le mieux est de plus en plus sensible, les lochies sont un peu revenues, la douleur hypogastrique est moins intense, la fièvre n'est pas encore tombée, mais elle moins forte; le même traitement est continué avec cette modification qu'au lieu de soixante grammes d'alcool par potion de Tood, on n'en met plus que cinquante avec trois grammes d'alcoolature d'aconit; ce qui fait cent grammes d'alcool et six grammes d'alcoolature d'aconit par jour.

Le sixième jour, la potion de Tood est supprimée ainsi que les fumigations aromatiques. Les lochies continuent abondamment. On continue seulement les frictions, les cataplasmes et la tisane pendant deux jours encore.

Les trois autres malades atteintes de fièvre puerpérale ont été également soumises au même traitement, c'est-à-dire qu'elles ont pris chacune 120 grammes de cognac et 8 grammes d'alcoolature d'aconit par jour, toutes sont maintenant hors de danger et marchent rapidement vers la guérison.

Dr BROCHIN.

Il a été question, dans plusieurs communications récentes, du phimosis diabétique comme d'un fait entièrement nouveau dans l'histoire du diabète. Il serait plus juste de dire que le fait est encore peu connu; quant à sa nouveauté absolue, ce n'est pas tout à fait exact, car on le trouve mentionné dans un des *Aphorismes* de l'article *Diabète*, dans la deuxième édition du *Dictionnaire de médecine et de thérapeutique*, publié en 1873, par MM. Bouchut et Després.

Voici cet aphorisme :

« Le diabète produit quelquefois le phimosis accidentel par suite de l'irritation que l'urine sucrée entretient sur le prépuce. »

M. Bouchut a eu l'occasion de faire plusieurs fois l'opération du phimosis dans des cas de ce genre.

DU GLAUCOME HÉMORRHAGIQUE.

Par M. le docteur GALEZOWSKI, professeur d'ophthalmologie à l'école pratique (1).

Cette forme de glaucome n'est pas aussi fréquente que les autres; elle est caractérisée par l'apparition d'épanchements sanguins, soit avant, soit pendant l'accès glaucomateux. Graefe (2) avait signalé ces hémorrhagies comme une des causes prédisposantes du glaucome, ce qui me paraît peu admissible; il est au contraire plus naturel de supposer que c'est une forme particulière de la maladie qui débute par des hémorrhagies sur la rétine, la chambre antérieure ou le corps vitré, et au bout de quelque temps seulement surviennent les accidents glaucomateux.

Jusqu'à présent nons avons observé le glaucome hémorrhagique débuter, soit par les apoplexies de la rétine, soit par celles de la chambre antérieure.

Du côté de la rétine on voit apparaître des hémorrhagies très-nombreuses, qui s'étendent presque sur toute son étendue Ce sont ordinairement des taches très-larges, irrégulières, entremêlées par places d'exsudat blanc; elle se déclarent d'une manière brusque, les veines deviennent tortueuses, tandis que les artères sont minces et filiformes. Il n'existe ni excavation de la papille, ni diminution partiel du champ visuel, ni pulsation de l'artère centrale.

D'après Pagenstecher (1), il existe simultanément des congestions partielles dans les différentes parties de l'œil et surtout du côté de l'iris. A ce moment même la densité de l'œil n'est nullement augmentée, et rien ne présage l'origine de l'affection glaucomateuse. Il n'existe non plus des phénomènes d'irritation ni des névralgies périorbitaires au début, de sorte qu'on ne peut pas avoir la moindre supposition du début du glaucòme.

Mais si la maladie survient chez une personne goutteuse ou rhumatisante, et que le trouble de la vue, au lieu de diminuer, tend au contraire à augmenter de plus en plus, il faut craindre alors l'apparition plus ou moins éloignée de symptômes glaucomateux graves, qui ne céderont souvent à aucun moyen.

C'est par les douleurs périorbitaires très-violentes que les symptômes glaucomateux deviennent apparents. Le malade est pris tout d'un coup et sans aucune cause appréciable de douleurs ciliaires excessivement vives, s'exaspérant surtout la nuit; la cornée devient terne, la chambre antérieure se trouble, l'iris se dilate, les vaisseaux ciliaires prennent un développement considérable, et l'œil devient dur.

Ces douleurs deviennent tellement intenses que souvent ni iridectomie, ni aucun autre traitement n'a réussi à l'arrêter que pour quelque temps, et, tôt ou tard, il fallait venir à l'énucléation du globe de l'œil.

J'ai pratiqué deux fois l'énucléation du globe de l'œil, ne pouvant rien obtenir ni par l'iridectomie, ni par des paracentèses successives, comme on peut en juger par l'observation que nous rapportons ici.

OBS. I. — Le marquis B...., âgé de soixante-dix ans, goutteux au plus haut degré, fut pris au commencement de 1870 d'une rétinite apoplectique de l'œil droit que nous avons pu constater avec le docteur Gaume. Le malade distinguait à peine nº 50, son champ visuel était intact; la papille se trouvait complétement masquée par des hémorrhagies. En comprimant le globe de l'œil, on ne pouvait pas provoquer de pulsation dans les vaisseaux. Son œil n'était point enflammé, lorsqu'en juillet 1871 le malade revint me consulter pour le glaucome aigu le plus intense. L'iridectomie a été décidée et pratiquée par moi le 12 juillet 1871, avec l'assistance du docteur Gaume. Malgré l'iridectomie, les douleurs durèrent pendant plus de quatre semaines. Lorsque les souffrances ont cessé, la vue s'est totalement perdue, et à l'ophthalmoscope j'ai constaté une oblitération complète de tous les vaisseaux. En 1873, le malade fut pris des attaques glaucomateuses des plus vives avec hémorrhagies dans la chambre antérieure. L'énucléation du globe de l'œil a mis fin à toutes ces souffrances. A l'examen microscopique, nous n'avons pas trouvé d'anévrysmes miliaires, mais il existait de larges et nombreuses hémorrhagies dans la choroïde. La rétine était partout atrophiée, et les parois des vaisseaux dans un état athéromateux, comme cela résulte des recherches de Liouville et de Hasch.

Pagenstecher a pratiqué l'énucléation trois fois, et, à l'examen microscopique, il a pu constater que plusieurs branches artérielles et veineuses de la rétine présentaient un épaississement considérable de leurs parois, surtout dans les artères du premier et du deuxième calibre. Les capillaires apparaissaient fusiformes et comme de vrais anévrysmes miliaires.

(1) Extrait de la deuxième édition du *Traité des maladies des yeux*, de M. le docteur Galezowski, 1 vol. in-8º, avec 450 figures, qui doit paraître prochainement à la librairie J. B. Baillière et fils.

(2) De Graefe, *Archiv f. Ophthalm.*, Bb. XV, Abth III.

(1) Pagenstecher, *Beiträge zur Lehre vom Hämorrhagischen Glaucom.* (*Archiv für Ophthalm.*, Bd. XVII, Abth. II, p. 99.)

Mais il existe encore une autre variété du glaucome hémorrhagique, c'est le glaucome apparaissant sous l'influence d'un coup, ou spontanément, sous forme d'hémorrhagies dans la chambre antérieure. Chez une femme enceinte, le glaucome hémorrhagique a duré pendant cinq mois de la grossesse ; aucun traitement ni les paracentèses répétées n'ont amené d'amélioration, mais après l'accouchement le glaucome hémorrhagique a guéri complétement, le fond de l'œil s'est totalement éclairci.

Obs. II. — Mlle ***, âgée de vingt-quatre ans, demeurant à Paris, me fut adressée par le docteur Naret, le 25 février 1873, pour son œil gauche, qui était très-rouge et la faisait souffrir beaucoup. Cette femme était enceinte de cinq mois. Le 5 février, elle avait reçu sur cet œil un coup de parapluie; l'œil se troubla, mais, après un bain de pieds sinapisé, ce trouble disparut. Huit jours après, le même trouble est revenu avec des douleurs de tête, et j'ai constaté en présence des docteurs Kohn, Daguenet et Paul, l'état suivant : 1° l'œil était dur et présentait tous les signes de glaucome ; 2° injection périkératique et scléroticale par suite de l'engorgement des gros vaisseaux. Pupille dilatée et immobile; 3° hyphéma très-prononcé et trouble dans le corps vitré; 4° douleurs névralgiques périorbitaires des plus violentes, périodiques; 5° vue troublée, permettant à peine de distinguer n° 7. L'application de quatre sangsues derrière l'oreille l'avait soulagée. Un mois après, non-seulement l'hyphéma n'a pas diminué, mais toute la chambre antérieure s'est remplie de sang. Alors j'ai pratiqué la paracentèse et vidé une partie du sang. Soulagement immédiat, mais vers la fin de la même semaine, nouvelle crise excessivement violente et nouvel épanchement. Nouvelle paracentèse. Dans l'espace de trois semaines, j'ai dû pratiquer quatre paracentèses. Les compresses avec extrait de jusquiame et d'opium ont amené un soulagement rapide.

Au commencement du mois de mai, elle distinguait à peine le jour de la nuit, et tous les signes de glaucome existaient. J'ai déclaré à ce moment que nous pouvions espérer une amélioration après ses couches. Et, en effet, la malade a accouché le 20 juin d'une fille, les couches n'étaient pas difficiles, et à partir de ce moment l'œil s'améliore sensiblement. Tout le sang s'est résorbé, et déjà vers le 10 août nous avons pu constater l'état suivant : 1° L'iris est plus foncé et la pupille dilatée; l'œil est encore un peu dur; la chambre antérieure est transparente. Il existe une goutte de sang coagulé en bas. Ne distingue pas les couleurs, de face en bas par la périphérie elle les distingue. Lit le n° 30. A l'intérieur de l'œil, on trouve des flocons comme des membranes blanches qui simulent le décollement. La papille est plus blanche que du côté sain. Champ visuel est diminué en haut et du côté du nez ; j'ai revu la malade au commencement de septembre, et j'ai pu constater le rétablissement de la transparence du corps vitré et le rétablissement de l'acuité visuelle presque à l'état normal. (*Recueil d'ophthalmologie*, juillet 1874.)

Il résulte de tous ces faits que le glaucome hémorrhagique ne peut pas être arrêté, ni par iridectomie, ni par des paracentèses répétées. Ce n'est qu'une seule fois que je suis parvenu à arrêter la maladie par un débridement de la cornée au bord de la sclérotique.

Complications dans le glaucome en général. — La persistance de la pression intraoculaire et la distension exagérée du globe de l'œil peuvent amener des complications plus ou moins graves du côté des membranes internes de l'œil.

La cornée, par suite de la compression des nerfs, se sphacèle par places, en donnant lieu à des ulcères plus ou moins profonds, qui n'amènent pourtant pas de perforation. J'ai vu, dans certaines variétés de glaucome chronique, apparaître au centre de la cornée un staphylôme pellucide.

Du côté de la sclérotique on trouve aussi, par places, des staphylômes antérieurs, plus particulièrement dans les intervalles des muscles droits et dans la partie équatoriale du globe, comme cela avait été déjà signalé par Desmarres père. Selon cet auteur, ces staphylômes peuvent se rompre et donner issue au corps vitré.

J'ai vu deux fois l'iris se décoller sur toute sa circonférence. Une de ces deux malades était une femme du service de M. le professeur Broca, à la Pitié, qui présentait d'abord une fente en haut de l'iris, puis successivement cette membrane se décollait de plus en plus en se repliant en bas, et y a complétement disparu.

Les complications du côté du cristallin sont de deux sortes : ou bien il s'opacifie pour constituer une *cataracte glaucomateuse;* ou bien il arrive que ses attaches se rompent, et le cristallin subit une subluxation. Dès qu'on ouvre alors la chambre antérieure pour une opération d'iridectomie, le cristallin, en se déplaçant, se montre par un de ses bords dans la plaie.

Le corps vitré peut aussi devenir trouble et se remplir de flocons, mais il faut avouer que ces cas sont très-rares; je n'en ai vu que deux exemples.

La rétine, ainsi que la papille, peut se couvrir d'épanchements de sang plus ou moins nombreux. Pour de Graefe, le glaucome n'est dans ce cas que consécutif aux apoplexies; selon moi, au contraire, la rupture des vaisseaux n'est qu'un premier épiphénomène de la gêne de circulation occasionnée par le glaucome.

Diagnostic différentiel. — Avec les connaissances que nous possédons aujourd'hui sur cette maladie, il serait difficile de la confondre avec d'autres affections. En se basant sur les symptômes principaux de la densité exagérée de l'œil, de soulèvement de l'épithélium cornéen, de dilatation avec immobilité de la pupille, d'injection périkératique, de l'excavation caractéristique de la papille des cercles d'arc-en-ciel, etc., on fera un diagnostic certain.

Il n'y a que les iritis séreuses et certaines formes d'irido-choroïdite qui peuvent simuler le glaucome ; mais les synéchies postérieures au nombre considérable, la chambre antérieure agrandie et l'absence de l'excavation ne peuvent se rapporter qu'à l'iritis ou à l'irido-choroïdite.

L'existence d'une tumeur intra-oculaire peut donner lieu aux symptômes glaucomateux ; c'est pourquoi on doit s'informer des antécédents de la maladie et examiner ensuite soigneusement le fond de l'œil.

Le glaucome se déclarant dans un œil myope atteint de sclérectasie postérieure peut présenter de très-grandes difficultés pour le diagnostic, d'autant plus que la dureté de ces yeux est ordinairement plus marquée que celle des yeux normaux. L'excavation de la papille n'offre pas elle-même des caractères bien marqués, surtout si l'atrophie choroïdienne péripapillaire entoure le nerf de tous les côtés. L'inclination abrupte du bord de l'excavation n'est pas, en effet, aussi prononcée qu'ailleurs parce que la différence entre la résistance de la sclérotique amincie et de la papille elle-même n'est pas très-grande. Il s'ensuit que le nerf et les parties ectasiques sont refoulées en masse, et l'excavation devient très-peu marquée. C'est pour cette raison que le diagnostic devient difficile, et de Graefe dit avoir rencontré plusieurs cas dans lesquels la la nature glaucomateuse de la maladie avait été méconnue par des hommes compétents, et où l'on avait laissé passer le temps favorable pour l'iridectomie.

Pour éviter cette erreur, on s'informera auprès du malade si la myopie est devenue rapidement progressive, s'il existe un rétrécissement du champ visuel interne. En présence de ces phénomènes même, une très-légère déviation des vaisseaux papillaires permettra de diagnostiquer une affection glaucomateuse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 août 1874. — Présidence de M. DELASIAUVE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. DUROZIEZ, à propos du fait cité par M. Gillette, dit que les teintures de digitale n'ont pas toujours toutes une composition identique ; ainsi, les teintures anglaises n'ont pas la même force que les teintures françaises.

M. GILLETTE répond que le chirurgien qui a publié l'observation rappelée par lui n'a pas précisé la variété de teinture qu'il a employée.

M. DELASIAUVE. Je crois qu'il existe encore bien des doutes relatifs à l'action physiologique de la digitale sur les voies urinaires. On croit généralement que, si ce médicament tend à faire disparaître l'œdème, l'anasarque, c'est par une action directe sur les voies urinaires; je croirais plutôt que c'est en agissant sur le cœur : ce dernier se ralentit, ainsi que le pouls, et l'absorption des liquides s'effectue peu à peu. J'ai assisté à des lectures de mémoires très-circonstanciés sur ce sujet et puisant à cinquante sources différentes, et j'ai toujours vu émettre les mêmes doutes à cet égard.

M. DUROZIEZ ajoute un mot à propos d'une femme de cinquante-quatre ans, soumise à l'usage de la digitale, et à l'autopsie de laquelle on a constaté une hypertrophie du cœur (plaques athéromateuses de l'aorte, insuffisance aortique légère). La mort est survenue après une première administration de 2 grammes de teinture de digitale pendant sept jours, qui détermina des hallucinations considérables, suivie d'une dose moins forte de 25 à 50 centigrammes, donnée pendant quelques jours.

M. CHARRIER. Est-ce que ce n'est pas le médicament bien plus que la lésion du cœur qui a causé la mort de cette femme.

M. DUROZIEZ. Je n'ose pas me prononcer aussi ouvertement, mais il n'en est pas moins vrai que la malade a été fortement éprouvée par une dose de teinture.

M. DELASIAUVE trouve qu'on ne fait pas toujours assez attention au mode d'emploi et à l'action énergique, sinon pernicieuse, de certains médicaments, ce qui peut certainement porter un préjudice notable au malade. Je me rappelle, dit-il, une observation curieuse tendant à prouver que toutes ces médications sont loin d'être toujours inoffensives. Il s'agissait d'un monsieur de ma clientèle qui présentait de temps à autre des phénomènes d'ictère. M. Delpech me remplaça d'abord auprès de lui, puis, la maladie persévérant, on s'adressa à l'homœopathie. Ses parents arrivèrent un jour, chez moi, en proie à la désolation la plus complète : le malade offrait, disaient-ils, des accidents gastro-intestinaux graves avec vomissements, anxiété, pâleur, etc., et l'on s'attendait à le voir succomber d'un moment à l'autre. Comme on me priait de donner mon avis, je demandai à voir la prescription, et je constatai que le médecin, sous le couvert homœopathique, administrait par jour 5 centigrammes d'opium de jusquiame, d'aconit et d'un autre médicament *ejusdem farinæ*. Une consultation eut lieu avec M. Barthez, et, à partir du moment où l'on supprima ce traitement, les vomissements et les sueurs cessèrent, le malade vit dispaaraître les symptômes graves qui étaient dus à l'action narcotique des stupéfiants qu'il avait pris pendant quatre jours, et put assister, huit jours après, à la noce de son fils.

COMMUNICATION

M. DUROZIEZ continue sa communication sur l'action des préparations de digitale :

1° *Extrait aqueux*. — Il s'est servi une fois d'une préparation faite par M. Homolle, et dont il peut répondre. Le médicament a paru bien agir, non pas d'une façon très-énergique, mais d'une manière suffisante et moins forte que l'extrait alcoolique. Il l'a employé pour une femme atteinte de métrite, chez laquelle l'administration de l'extrait alcoolique fut très-mal tolérée à la dose de 10 et 20 centigrammes seulement. Les pilules d'extrait aqueux données à la dose de 30 centigrammes n'en déterminèrent pas moins des nausées. D'une façon générale, les préparations aqueuses sont moins dangereuses à employer; c'est pourquoi la digitaline d'Homolle et Quevenne, qui résulte de l'action de l'eau sur les feuilles de digitale, est moins énergique que la digitaline de Nativelle.

2° *Poudre de digitale*. — Employée à l'aide de vésicatoire, elle lui paraît agir imparfaitement, car les malades ne la supportent qu'avec difficulté. Chez l'un d'eux (pleurésie avec piaulement cardiaque), dont le vésicatoire fut pansé avec la poudre, un abaissement notable du pouls se produisit de 72 à 50 une fois ce vésicatoire séché; le pouls remonta, mais le malade présenta des coliques et de la diarrhée; chez un autre individu, il y eut aussi de la diarrhée quelques jours après la cessation de l'emploi du médicament. M. Duroziez pense que ces accidents tardifs ne sont pas chose rare.

3° *Lavement*. — C'est là un moyen dont on fait fort peu usage. C'est l'infusion préparée pour la boisson dont on sert. Il ne l'a employée qu'une fois, et le résultat n'a pas été assez net pour qu'on puisse rien affirmer. Il s'agissait d'une femme de vingt-cinq ans ayant un rétrécissement mitral et une ascite : tout ce qu'on peut dire, c'est que l'ascite diminua un peu et que le pouls baissa sous l'influence du lavement (15 centig.); cette dose suffit à provoquer des coliques et de la diarrhée, et une névralgie intercosto-brachiale. M. Duroziez ne serait pas éloigné de croire à l'influence assez grande des préparations de digitale sur le développement de ces névralgies. En somme, pour lui, c'est là un moyen infidèle et à n'employer que sous toutes réserves.

DISCUSSION

M. CHARRIER. Si j'ai bien compris l'exposé de M. Duroziez, il placerait ainsi, par ordre d'importance et d'énergie, les préparations de digitale : d'abord la digitaline de Nativelle, puis celle d'Homolle, et les teintures alcooliques; les autres préparations, telles que lavements, poudre, etc., ne seraient que des moyens moins efficaces. Il faut aussi, je crois, dans l'action de ce médicament, attacher une grande importance à son état de fraîcheur ou d'ancienneté, à son âge, pour ainsi dire, M. Duroziez a dit que son emploi détermine tantôt de l'excitation, tantôt de l'assoupissement; il en est, à mon avis, de la digitale comme de tous les médicaments narcotiques et stupéfiants : belladone, aconit, jusquiame, etc., chez lesquels semblent exister ces deux propriétés, selon l'idiosyncrasie des malades. On a vu même de faibles doses d'opium causer à des personnes une sensation de mort prochaine, chez d'autres presque de la manie. Le café excite certains individus, détermine l'assoupissement chez d'autres; n'a-t-on pas vu des médecins donner de la caféine pour procurer le sommeil? Il est donc difficile de dire d'une manière positive si tel médicament est excitant, si tel autre est hypnotique. Il y a là une grande lacune à combler, d'autant plus qu'il faut tenir grand compte des dispositions particulières de chacun; ce qu'il faut savoir avant tout, c'est la préparation qui est la plus sûre et la moins dangereuse.

M. DUROZIEZ. A mon avis, ce sont les alcaloïdes, les teintures alcooliques, la macération à froid; mais l'on ne doit pas négliger d'en surveiller activement les effets. Le but que je me suis proposé en soumettant ces quelques considérations à la société, était sinon d'effrayer les praticiens sur l'emploi de la digitale, du moins de n'en conseiller l'usage qu'avec les plus grandes réserves. Il est impossible de poser des règles bien définies sur ces divers modes d'administration, car il existe, selon les divers malades, de grandes irrégularités : tel supportera, en effet, 15 et même 30 grammes de teinture, comme on vient d'en citer quelques exemples, tel autre sera influencé par quelques centigrammes de poudre seulement.

M. GILLETTE demande à M. Duroziez s'il n'y aurait pas quelque avantage à employer la digitale sous deux formes qui, pour quelques autres médicaments, ont donné lieu à de bons résultats, à savoir : les *cigares* de feuilles de digitale ou les *injections hypodermiques*.

M. DUROZIEZ répond qu'il n'a aucune expérience à cet égard, n'ayant pas employé la digitale sous les deux formes précédentes : mais il ne pense pas que les injections hypodermiques soient une bien bonne manière d'administrer le médicament.

M. DUBUC cite le cas d'un individu qui, dans un but de suicide avala 50 granules de digitaline d'Homolle : des accidents sérieux

suivirent ; le pouls s'éleva d'abord, puis se ralentit, des vomissements eurent lieu, puis la guérison s'établit.

M. CHARRIER. Ce sont évidemment les vomissements qui sauvèrent le malade. A quels moments ont-ils eu lieu ?

M. DUBUC répond que la personne avait gardé le médicament dans l'estomac pendant deux ou trois heures.

M. DELPEUCH. Les observations de M. Duroziez sont, jusqu'à présent, en trop petit nombre pour qu'on puisse porter un jugement définitif sur ces diverses préparations. Je désire attirer l'attention sur un moyen qui n'est applicable que dans les pays où la digitale abonde : je veux parler des *cataplasmes de feuilles de digitale*. Pendant les dix années de ma pratique en province, j'ai eu l'occasion de voir souvent des cataplasmes de farine de lin additionnés de 7, 8, 10 feuilles de digitale, produire des effets diurétiques.

M. DELASIAUVE. A propos de l'opinion avancée par M. Charrier, je désire faire remarquer que les hallucinations ne sont pas toujours une preuve d'excitation, et qu'elles peuvent arriver au milieu de la torpeur. Certains agents délétères déterminent un accablement du cerveau, et les hallucinations qu'ils provoquent ne peuvent être alors considérées comme un délire d'excitation.

M. MERCIER fait voir une sonde élastique qu'il a extraite en trois fragments.

Il montre également un bout de bois qu'il a retiré, à Épernay, de de la vessie, dans les circonstances suivantes :

Il s'agissait d'un homme habitué à se sonder lui-même. La sonde métallique s'étant cassée, un jour, au niveau de son premier œil, le malade lima son extrémité, y adapta un petit bout de bois, et continua à s'en servir pour se cathétériser. Tout alla bien d'abord ; mais la chaleur ayant fini par dessécher le bois et dilater le métal de la sonde, ce petit bout de bois tomba dans la vessie, donna lieu à des mictions sanguinolentes, et fut extrait, après un séjour de deux mois, par M. Mercier, à l'aide de son explorateur en forme de brise-pierre. Il était déjà recouvert d'une couche assez épaisse de sels calcaires.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr GILLETTE.

VARIÉTÉS

De l'imagination dans ses rapports avec la philosophie et la médecine.

(Discours lu par M. JOLLY à l'Académie de médecine.)

Messieurs, encouragé par le bienveillant accueil que vous avez donné à mes précédentes lectures sur l'instinct, l'imitation et l'habitude, je viens aujourd'hui étudier devant vous une autre faculté qui intéresse également la science et la philosophie de la médecine ; c'est cette faculté qui, sous le nom d'*imagination*, donne un corps à la pensée humaine, en lui prêtant ses images, ses figures, ses couleurs, tout ce qui peut la féconder, la grandir et l'embellir ; c'est cette faculté qui a des ailes pour franchir les mers et les vallées, pour planer dans les airs et les espaces, s'élever au-delà des firmaments ; qui a des yeux pour explorer les régions occultes, en dévoiler les mystères, une voix même pour en raconter les merveilles, sans jamais craindre de trouver des contradicteurs ; en un mot, c'est cette fée enchanteresse qui sait créer des beautés, des vertus, des sentiments, des passions, des misères, des richesses, des maladies, toutes les vicissitudes humaines, aussi bien que des chimères et des fantômes, et qui a su faire des illuminés, des spirites, des somnambules, même des thaumaturges, aussi bien que des poëtes, des orateurs, des philosophes, des artistes.

L'imagination ! qui pourrait nous donner la mesure de son étendue et de sa puissance ? Le monde entier, ainsi qu'on a pu le dire, n'est qu'un atome dans l'immensité de son domaine.

Nous ne demanderons à personne sa nature ni son origine, nul ne saurait nous répondre. Comme l'instinct, comme l'imitation, comme l'habitude, l'imagination est aussi l'œuvre de la Providence, elle est la science de Dieu et non la science des hommes. Comme faculté primordiale de l'organisme, aucune autre ne saurait lui disputer sa prééminence dans l'exercice de la vie morale et intellectuelle ; elle les domine toutes, elle les tient toutes sous sa dépendance.

Plus vigilante que l'instinct même, quoique moins prudente, elle n'a ni repos ni trêve dans le cours de la vie ; elle veille également la nuit et le jour, dans le sommeil et la veille, dans l'état de santé et de maladie ; et elle n'est jamais plus éveillée, jamais plus active que quand tout sommeille autour d'elle, et quand tout repose dans la nature.

Plus libre et plus noble que l'habitude, elle sait s'affranchir de ses entraînements et n'a point à redouter ses effets ; elle n'en connaît ni les faiblesses, ni les servitudes, ni la tyrannie.

Plus grande aussi, plus virtuelle et plus habile que l'imitation, elle dédaigne le plagiat et les plagiaires ; elle sait concevoir elle-même ses types et ses modèles ; elle sait inventer ses plans et trouver ses exemples pour les imposer à d'autres, ou pour les accomplir elle-même.

L'imagination ! Voilà le sujet d'étude qui m'amène à cette tribune ; voilà la grande tâche que je me suis imposée, et ce n'est pas sans en avoir aperçu tous les écueils que j'ai osé venir en affronter tous les périls.

L'Académie pense bien que je n'ai pu avoir la prétention d'embrasser dans cette étude tout le domaine de l'imagination, de la poursuivre dans ses poétiques migrations et jusque dans les régions célestes ; je laisse volontiers cette tâche à de plus savants et de plus habiles ; mais l'imagination a aussi son côté prosaïque ; elle a aussi des faits accessibles à nos sens, des faits saisissables aux yeux de la conscience ou de l'observation morale, et ceux-là seuls doivent être l'objet de nos études, comme pouvant, seuls aussi, nous conduire à un but d'application, à une fin pratique.

Ainsi réduite à sa plus simple expression, l'imagination s'offre encore dans deux conditions bien distinctes, et qu'il convient pour cela d'étudier séparément :

Ou bien, elle s'exerce instinctivement et spontanément, en dehors de toute participation des sens et de la volonté, sans autre guide que l'instinct de conservation, c'est l'imagination *instinctive*, que d'autres ont appelée *passive*.

Ou bien, elle s'éclaire tout à la fois de ses propres conceptions, du témoignage des sens, des impressions du moment, des souvenirs du passé, des éventualités de l'avenir, c'est l'imagination *intellective* ou *active*.

La première, l'imagination instinctive, est, comme nous l'avons dit, de tous les instants de la vie, de toutes les conditions physiologiques et pathologiques. Aucun âge n'en est exempt : l'enfant qui vient de naître est passible d'imagination, il aperçoit déjà des figures, des fantômes, des visions, — qui le font tressaillir dans son berceau, et la sollicitude maternelle n'en saurait douter ; chaque jour d'ailleurs permet de voir se manifester davantage l'exercice de cette faculté, et bientôt on la voit survivre au sommeil de l'enfant, comme si elle laissait alors sur son cerveau l'impression de l'image qu'elle y a gravée dans le sommeil. Tout praticien attentif a pu facilement constater ce fait, qui n'est déjà plus indifférent au diagnostic de la pathologie de l'enfance.

Plus tard, il suffira de s'observer soi-même pour surprendre l'exercice de l'imagination dans son passage du sommeil à la veille, car il est remarquable que cette faculté de recueillir ses rêves et de saisir l'ordre d'enchaînement dans lequel ils s'accomplissent, s'acquiert d'autant plus facilement que l'on avance davantage dans la carrière de la vie ; ce qui fait que les rêves s'offrent pour ainsi d'eux-mêmes, au moment du réveil, quand, avec l'âge, le sommeil se traduisant en somnolence diurne et nocturne, les rêves du sommeil se rapprochent des rêveries de la veille ; quand l'homme, quoique éveillé, s'isole involontairement du monde extérieur pour s'abstraire dans le vague de son imagination, pour concevoir à perte de vue des plans, des projets, des combinaisons plus ou moins réalisables, quand, cmome on le dit proverbialement, il bâtit des châteaux en Espagne ou ailleurs. C'est alors que, toujours en présence de l'imagination, la fidèle et inséparable compagne de sa sollitude, il peut facilement se convaincre de la réalité d'un fait psychologique qui a pu être nié par le plus

grand nombre, mais qui s'atteste facilement par la simple observation de lui-même, savoir : l'exercice continuel, non interrompu de l'imagination instinctive ou de la pensée brute, dans le sommeil même aussi bien que dans tous les instants de la vie.

Ne nous enorgueillissons pas trop de cette faculté, comme d'un privilége réservé exclusivement à la condition humaine. Tous les animaux sont doués d'imagination, à un certain degré, et tous, pour quiconque les observe attentivement, ont leurs rêves dans le sommeil, leurs rêveries dans la veille, et peut-être même leurs idées que la Providence a su ajuster à leur nature, à leurs besoins, à leur destinée.

Ce qu'il faut regretter, c'est qu'ils ne puissent nous le dire, et que nous ne puissions le savoir, tant qu'ils n'auront point acquis le don de la parole, avec la conscience du moi, avec le sentiment de leur personnalité, avec cette liberté morale qui les sépare encore de l'humanité, mais que leur fait espérer du moins pour l'avenir cette merveilleuse conception d'une philosophie moderne, la loi du *polyzoïsme* ou de la transformation animale.

En attendant, on sait déjà ce que peut inspirer aux animaux leur imagination, même dans le sommeil; on sait que le cheval hennit au rêve de sa ration; qu'il s'agite en sursaut sous la menace et à l'approche du cocher qu'il aperçoit et qu'il redoute jusque dans son sommeil. On sait que le chien de chasse rêve à sa proie et qu'il jappe tout endormi pour répondre au signal du chasseur qu'il voit aussi, qu'il entend aussi dans son sommeil; et l'on ne saurait mettre en doute l'exercice de l'imagination chez tous nos animaux domestiques, pour peu que l'on apporte d'attention à les observer, à suivre leurs habitudes et leurs mœurs.

Mais ce que l'on ne saurait non plus méconnaître, c'est que, jusqu'à présent, l'imagination ne soit restée, chez les animaux, à l'état de faculté purement instinctive, purement animale. Les plus savants, les mieux *éduqués*, ceux mêmes qui vivent dans notre intimité, comme nos enfants, n'ont pu encore s'élever au-dessus de leur condition primitive; ils n'ont encore acquis aucune des notions abstraites, ils n'ont pu encore être initiés aux destinées de l'humanité, à ses aspirations, à sa fin morale; ils sont encore athées, et sans le savoir; l'homme seul reste leur maître, leur providence, et ils sont unanimes, forts et faibles, pour lui faire hommage, comme à leur Dieu, de leur liberté, de leur crainte et de leur soumission.

Leurs sens mêmes demeurent encore impassibles devant toutes les merveilles de la nature et de l'art; mettez-les en présence du plus imposant spectacle de la création, conduisez-les dans le plus riche musée du monde, vous aurez beau appeler leur attention, solliciter leurs regards sur tout ce qui fait votre admiration, ils y seront complétement indifférents; leurs yeux resteront attachés sur vous, comme pour vous dire qu'ils ne vous comprennent pas, ou pour vous demander leur nourriture, peut-être aussi une caresse, mais rien de plus; et cela, après des siècles d'éducation et de civilisation.

Les rêveries de la veille ont cela de commun avec les rêves du sommeil, qu'elles sont également spontanées, également soustraites à l'intervention active des sens et de la volonté, en sorte que, dans les deux cas, l'imagination n'a plus de règle pour se conduire; elle court au hasard en vagabonde, toute échevelée; et c'est bien alors la *Folle du logis*, qui, livrée à elle-même, sans guide, sans frein, s'égare de tous côtés comme le véhicule déraillé, et de là, plus encore dans les rêves du sommeil que dans les rêveries de la veille, ces conceptions délirantes et fantastiques, ces incroyables pérégrinations dans des régions mystérieuses et inconnues, à travers les mers, au-delà des mondes et des siècles; de là, ces apparitions d'objets bizarres, de figures insolites, de personnages excentriques, qui n'ont jamais existé ou qui n'existent plus; de là, l'étrange spectacle de tout un nouveau monde, qui a pu s'improviser comme par enchantement, au seul passage de la veille au sommeil, comme s'il avait suffi de s'endormir pour passer de la raison à la folie! (*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

311. Chaumont. Des troubles urinaires qui compliquent le cancer de l'utérus.
312. Bénard. De l'hémiplégie faciale périphérique.
313. Delebecque. Étude clinique sur deux cas de paraplégie cervicale dans le mal de Pott.
314. Fontorbe. Un cas d'hémiplégie alterne ar anévrysme de la vertébrale.
315. Durand. Etude sur les santalacées et sur les propriétés chimiques et thérapeutiques de l'essence de santal citrin.
316. Koutoléon. Quelques considérations sur les ablations partielles du globe oculaire.
317. Sénès. Des fractures de l'olécrane.
318. Cibiel. De la pneumonie à forme typhoïde.
319. Carnus. Des troubles du corps vitré et de leur traitement par les courants continus.

Par décret en date du 8 octobre 1874, M. Depaul (Jean-Anne-Henri), professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, ancien président de l'Académie de médecine, a été promu au grade de commandeur dans l'ordre national de la Légion d'honneur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Bulletins et mémoires de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — Année 1873, 3e et 4e fascicules. — Paris, G. Masson.

Essai de diagnostic de l'hématurie vésicale causée par la tuberculisation, par le docteur Horace Stapfer. — In-8° de 34 pages. — Paris, 1874. Louis Leclerc. — Prix : 1 fr. 25.

Cas de syphilis gommeuse précoce et réfractaire à l'iodure de potassium, par le docteur Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi. — In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 119. — MARDI 13 OCTOBRE 1874. 47e ANNÉE. MARDI 13 OCTOBRE 1874. — N° 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOTEL-DIEU

M. B. BALL, suppléant de M. le professeur BÉHIER.

Des tumeurs cérébrales.

Leçons recueillies par H. LIOUVILLE (1).

Messieurs, les paralysies du mouvement sont d'une fréquence extrême dans les tumeurs cérébrales ; elles existent dans la très-grande majorité des cas, et l'on peut dire que lorsque, les phénomènes de cet ordre viennent à manquer complétement, le diagnostic ne doit être formulé qu'avec la plus extrême réserve.

Il m'a paru nécessaire d'énoncer cette proposition pour servir de contre-poids aux impressions que peuvent avoir laissées dans votre esprit les leçons précédentes. Sans doute il existe des cas exceptionnels, dans lesquels d'énormes lésions peuvent dévaster la masse encéphalique, sans déterminer pendant la vie aucun des symptômes habituels ; mais ces faits, qui conservent toute leur valeur aux yeux du physiologiste, ne doivent pas jeter le trouble dans l'esprit du clinicien qui s'appuie sur le calcul des probabilités, et qui doit tenir compte avant tout de la loi de fréquence.

Messieurs, les paralysies consécutives aux tumeurs cérébrales, malgré les innombrables diversités de siége et d'étendue qu'elles peuvent offrir, nous présentent cependant des caractères généraux qui leur sont communs.

En premier lieu, il faut noter que l'affaiblissement survient presque toujours d'une manière lente et progressive, avec des alternatives fréquentes de rémission et d'exacerbation, et qu'il faut un temps assez long pour qu'elles arrivent à leur maximum d'intensité. — Presque toujours les paralysies sont moins nettement caractérisées que celles qui surviennent par suite d'une hémorrhagie cérébrale ; ce sont des parésies plutôt que des paralysies, surtout au début. — Sans doute, il peut arriver que l'invasion de la paralysie ait lieu subitement ; mais il faut y voir l'exception, et non la règle.

Les mouvements réflexes sont habituellement bien conservés. Quelquefois même ils sont exagérés ; mais lorsque la tumeur, au lieu de plonger au sein des hémisphères, vient à comprimer directement l'un des nerfs crâniens, les réflexes sont nécessairement abolis, comme s'il s'agissait de la section directe d'un tronc nerveux. Or c'est précisément ce que nous observons ici, et cette remarque précieuse ne sera point perdue pour le diagnostic.

Ajoutons enfin que souvent on voit apparaître, dans les cas de tumeurs cérébrales, des *paralysies tardives*, survenant vers la fin de l'évolution pathologique, soit après une attaque apoplectiforme, soit après des convulsions plus ou moins intenses. Aussi peut-on souvent, à cette époque de la maladie, formuler avec précision un diagnostic qui jusqu'alors était resté vague et douteux.

Il ne faut point oublier que le pouvoir électro-tonique est presque toujours conservé dans les muscles paralysés.

Occupons-nous maintenant de chaque espèce de paralysie, étudiée isolément.

Les hémiplégies, occupant simultanément les deux membres d'un même côté, ou l'un des deux membres seulement, sont d'une fréquence extrême ; elles existent dans la moitié des cas. La paralysie est plus souvent croisée que directe, sauf le cas où il existe une compression immédiate d'une paire de nerfs crâniens. — L'hémiplégie faciale coïncide assez souvent avec la paralysie des membres, mais elle peut aussi se montrer séparément.

Il est malheureusement impossible de tirer aucune conséquence absolue, quant au siége de la tumeur, des phénomènes dont il vient d'être parlé ; toutes les régions de l'encéphale paraissent également susceptibles de les déterminer, ce qui d'ailleurs ne vous surprendra point, si vous avez conservé le souvenir des considérations générales qui ont servi de préface à ces leçons. Tout au plus pourrait-on admettre que le plus souvent l'hémiplégie existe du côté opposé à la lésion.

On a constaté aussi, mais assez rarement, des paraplégies ou des paralysies simultanées des quatre membres, ainsi qu'une sorte d'affaiblissement général qui semble atteindre les fonctions musculaires dans leur ensemble.

Nous signalerons en passant la paralysie de la langue et la gêne de la déglutition, phénomènes qui se rencontrent plus souvent dans les lésions du bulbe que dans celles des hémisphères cérébraux.

Il me paraît nécessaire de rectifier ici une erreur très-généralement acceptée, et qui se retrouve dans la plupart des auteurs. On a prétendu que la paralysie des sphincters ne se montrait que très-exceptionnellement dans les cas de tumeurs cérébrales. Il s'agit, au contraire, ici d'un phénomène des plus fréquents, aussi fréquent que les vomissements eux-mêmes (une fois sur six); il est juste cependant d'ajouter qu'il se

(1) Suite. — Voir les numéros des 22, 24, 29 septembre et 8 octobre.

produit plus souvent vers la fin qu'au commencement de la maladie.

Il est enfin une question que nous croyons devoir aborder : elle présente au point de vue du diagnostic un intérêt de premier ordre et peut donner lieu à une discussion approfondie. — M. le professeur Gubler a signalé le premier ce singulier phénomène connu sous le nom de *paralysie alterne;* il s'agit de ces hémiplégies qui frappent les deux membres inférieurs et supérieurs d'un même côté, et qui coïncident avec une paralysie d'un ou plusieurs nerfs crâniens du côté opposé.

Pour saisir le mécanisme de ces troubles fonctionnels, et pour comprendre les inductions qu'on a cru pouvoir en tirer, il faut se rappeler que toute compression portée directement sur le trajet d'un nerf détermine une paralysie du côté de la lésion, et les nerfs crâniens ne font pas exception à cette règle; mais le contraire a lieu (presque toujours) quand la lésion siége dans l'un ou l'autre hémisphère. Or une seule et même tumeur peut déterminer à la fois une paralysie croisée et une paralysie directe : croisée, par rapport aux membres qui subissent les conséquences de la décurvation des faisceaux moteurs au-dessous de la lésion; directe, par rapport aux muscles placés sous l'influence des nerfs crâniens. On conçoit, en effet, qu'une seule et même tumeur, un seul et même foyer hémorrhagique, puisse atteindre à la fois l'un des pédoncules cérébraux, produisant ainsi une hémiplégie croisée, — et le tronc du facial, produisant ainsi une déviation des traits, mais du même côté que la lésion. Le cas le plus ordinaire est celui où l'un des nerfs moteurs de l'œil est compromis, et l'on voit alors se produire un strabisme soit externe, soit interne, mais siégeant du côté opposé à l'hémiplégie.

C'est surtout dans les cas où les lésions occupent le voisinage plus ou moins immédiat de l'isthme de l'encéphale que l'on voit cette combinaison de symptômes se produire; et l'on a supposé qu'en tenant compte de l'origine apparente ou réelle des nerfs crâniens, on pourrait, d'après le siége de la paralysie, déterminer avec une précision mathématique le siége de la lésion. Mais, pour que ce raisonnement fût exact, il faudrait avoir la certitude qu'une seule tumeur, un seul foyer d'hémorrhagie ou de ramollissement supporte la responsabilité de tous les symptômes observés; or il est absolument impossible (surtout dans les cas de tumeur cérébrale) d'affirmer que la lésion est unique. Rien n'est plus fréquent, au contraire, que de rencontrer (surtout dans l'isthme de l'encéphale) deux ou plusieurs productions morbides. On a compté jusqu'à dix-sept kystes hydatiques dans le cerveau d'un seul individu (Leudet).

Les paralysies alternes sont donc un phénomène des plus intéressants au point de vue symptomatique; elles sont l'indice certain d'une lésion intra-crânienne; mais, prises isolément, elles ne sauraient fournir, au point de vue des localisations, aucune donnée d'une valeur absolue.

Il nous reste à parler en quelques mots des troubles qui peuvent affecter l'appareil visuel. Le *strabisme* est l'un des phénomènes les plus fréquents, les plus frappants et les plus caractéristiques dans les cas de tumeurs cérébrales, surtout lorsqu'elles siégent au voisinage des origines des nerfs moteurs de l'œil. Il est plus souvent simple que double, plus souvent convergent que divergent; il s'associe volontiers au prolapsus palpébral, mais il tire surtout sa principale signification des autres paralysies, avec lesquelles il peut se trouver associé.

Un dernier phénomène doit attirer dans tous les cas l'attention de l'observateur : nous voulons parler de la *contraction*, de la *dilatation* et de l'*inégalité des pupilles*. — Ces modifications de la contractilité de l'iris peuvent coïncider avec l'amaurose ou se montrer isolément.

Nous reviendrons sur ce sujet quand nous aurons à étudier les altérations de la rétine et du nerf optique.

(*A suivre.*)

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Guibout.

Le prurigo.

Leçon recueillie par le docteur Henri Ruelle.

Messieurs, je vais vous parler aujourd'hui du *prurigo;* mais avant de commencer ce chapitre intéressant de la dermatologie, permettez-moi de vous présenter deux malades atteints de syphilis. Ce sont, comme vous pouvez le voir, deux hommes vigoureux; par une coïncidence bizarre, la maladie a le même âge chez ces deux malades. L'un présente un type de syphilis normale, roséole, engorgement des ganglions. Mais quelle différence chez l'autre : voyez ce rupia caractérisé; remarquez la largeur, l'épaisseur de ces croûtes, ces ulcérations profondes, et cependant la maladie ne date que de cinq semaines, comme chez l'autre malade : c'est ici la syphilis produisant, dès le premier abord, ses lésions les plus graves, c'est la syphilis maligne, et que, vu la rapidité de sa marche et de ses progrès destructeurs, je puis bien appeler la syphilis *galopante.*

A quoi tient cette différence dans la maladie? L'économie s'est-elle saturée d'emblée du virus syphilitique? Le sujet est-il prédisposé plus que tout autre à donner une vitalité considérable au virus? Questions bien difficiles à résoudre dans l'état présent de la science.

Ne pourrait-on faire un rapprochement avec ce qui se passe dans l'hémophylie? Vous savez, messieurs, que, dans certains cas, heureusement très-rares, une piqûre d'épingle, une piqûre de sangsue, ont causé la mort par un écoulement de sang qu'il a été impossible d'arrêter, tout en se servant des moyens les plus énergiques. On a invoqué, pour expliquer ces cas, une disposition spéciale chez les sujets, sans qu'on puisse s'en rendre compte autrement. Je ferme cette parenthèse, et j'arrive à l'étude du prurigo.

Le prurigo est une affection chronique dans sa marche, caractérisée par des papules plus larges que celles du lichen, portant à leur sommet comme une couronne, un caillot de sang noirâtre, résultant des égratignures faites par les ongles. Cette maladie est accompagnée de démangeaisons plus ou moins vives. Qu'est-ce qu'une papule? C'est une saillie de la peau, de petite dimension, solide, constituée par l'hypertrophie partielle du derme. Dans le prurigo, le volume des papules est assez bien représenté par une tête d'épingle; elles sont, en général, à base large, isolées les unes des autres; la peau est épaissie et colorée en brun par un exsudat pigmentaire considérable quand la maladie a duré un certain temps.

Le symptôme qui domine dans le prurigo est la démangeaison; elle est d'une intensité variable; elle est plus vive la nuit que le jour; quelquefois tolérable; d'autres fois, elle est insupportable. Nous avons vu et vous verrez des malades entrer dans des accès de fureur à cause de la douleur causée par la démangeaison; on en a vu quitter leur lit la nuit pour se coucher sur le carreau; on en a vu se précipiter dans l'eau pour calmer leurs souffrances; d'autres recherchent pour se gratter des corps étrangers très-durs, de la pierre, des métaux, etc., etc.

Cette définition de la démangeaison, symptôme principal de la maladie, va nous servir à établir les différentes variétés de prurigo que vous pourrez observer dans votre pratique. La démangeaison est-elle très-intense, insupportable, nous avons le *prurigo ferox*. Se traduit-elle par des fourmillements, c'est le *prurigo formicans*. Est-elle supportable, ne causant presque pas de douleur, c'est alors le *prurigo mitis*.

Le prurigo peut être partiel, ou s'étendre à la fois sur toute la surface du corps. Il peut être idiopathique ou symptomatique, provenir de causes professionnelles ou parasitaires. Il peut être diathésique et cachectique. De tous les âges, il atteint aussi bien l'enfant que le vieillard. D'après ce tableau, il vous sera difficile de confondre le prurigo avec les autres maladies de la peau. Mais il est très-important de reconnaître la variété et la nature du prurigo; car, dans certains cas, vous avez affaire à une maladie bénigne; d'autres fois, au contraire, ne l'oubliez pas, le prurigo est une maladie très-sérieuse. Vous verrez cette différence sur deux malades que je vais vous présenter. Voici deux femmes âgées, atteintes toutes deux d'un prurigo : l'une a des démangeaisons terribles, sa maladie dure depuis des années; aussi les papules sont-elles étendues sur toute la surface du corps, c'est un type de prurigo diathésique; *c'est le prurigo herpétique*. L'autre n'a des papules qu'entre les deux épaules; seulement, remarquez bien, je vous prie, ce lieu d'élection, car quand vous ne trouvez des papules que là, vous en déduirez par cela même la nature de la maladie : ce sera un prurigo *parasitaire*, occasionné par la présence des *pediculi corporis;* ici la guérison sera prompte. Chez l'autre malade, au contraire, elle sera longue et difficile à obtenir.

Dans le traitement de cette maladie, on doit envisager son étiologie, sa nature. Avez-vous à traiter un prurigo de nature strumeuse, herpétique, instituez un double traitement : le traitement de la diathèse et le traitement de la lésion. Est-elle occasionnée par la profession, faites-la cesser. Le prurigo est-il parasitaire, quelques fumigations de cinabre, des bains de sublimé, détruisent bien vite les parasites. Quelle que soit la nature du prurigo, les moyens locaux de traitement qui réussissent le mieux et que je vous recommande, sont les affusions froides, des douches, des bains alcalins, des bains sulfureux, des bains vinaigrés, des bains de sublimé (30, 40 grammes de sublimé pour un bain), enfin des badigeonnages avec l'huile de cade.

Il me reste, messieurs, à vous dire un mot d'une maladie que différents auteurs, Rayer, Willan, MM. Hardy, Bazin, ont appelée prurigo latent, prurigo sans papules; nous verrons dans un instant, si nous devons conserver cette dénomination. Son siége habituel est sur les parties du corps où la peau est la plus fine, et la plus humide, c'est vous nommer les régions génitales et périnéales. Cette maladie est caractérisée par des démangeaisons insupportables quelquefois, elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, et j'ai vu, dans ma pratique, des femmes qui ne pouvaient sortir, parce qu'elles étaient obligées de se gratter à chaque instant, et ne voulant pas manquer à la bienséance, elles étaient condamnées à garder l'appartement, prisonnières par le fait de cette affection. A force de se gratter, il en résulte une hypertrophie considérable des papules du derme, si nombreuses et si sensibles dans cet endroit, et de là une véritable sensation voluptueuse, qui se produit sous l'action des ongles. Dans cette forme toute spéciale du prurigo, les démangeaisons se produisent par accès; elles sont irrésistibles, et les malades se grattent avec une sorte de fureur à la fois douloureuse et voluptueuse.

Eh bien, messieurs, cette maladie cède facilement à un traitement bien simple. Prescrivez une solution de sublimé 1 gramme par 500 grammes d'eau. Dites au malade d'éponger, de lotionner d'une manière prolongée les parties atteintes. En cas d'insuccès, faites des badigeonnages répétés à l'huile de cade. A ce prurigo sans papules, à ce prurigo latent des auteurs, qui s'éloigne en tous points du prurigo classique dont je vous parlais il y a un instant, il me semble qu'il serait juste de donner une dénomination plus vraie, et je vous propose de l'appeler, eu égard à son siége, *prurit génital*, en le considérant comme une affection purement nerveuse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 août 1874. — Présidence de M. Perrin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. Dubrueil. Je me demande si, dans son très-remarquable travail sur le traitement des anévrysmes et des plaies artérielles, M. Verneuil n'a pas un peu trop déprimé la compression au bénéfice de la ligature. Je crois que la compression vaut mieux qu'il ne l'a dit, surtout si on la pratique non pas incomplétement, comme on le fait souvent, mais comme elle est décrite par Grisolle, c'est-à-dire à l'aide d'un petit globe de bande placé sur le trajet du vaisseau à comprimer et assujetti par un bandage roulé. M. Verneuil a soulevé une question fort importante; je veux parler des plaies de l'arcade palmaire. Si l'on pratique la ligature, on est forcé de faire un délabrement considérable, et un phlegmon diffus est à craindre. Aussi Robert a-t-il conseillé dans ce cas la ligature de l'humérale au-dessus de la naissance de l'humérale profonde. J'ai vu employer ce procédé par Jarjavay avec un plein succès; j'ai, du reste, fait une série d'expériences à ce sujet sur le cadavre. J'ouvrais, sur chacun des membres supérieurs d'un sujet, les arcades palmaires, et j'injectais, à l'aide d'un liquide non coagulable, les artères sous-clavières correspondantes, après avoir préalablement lié d'un côté les deux artères de l'avant-bras, l'humérale, l'axillaire, et de l'autre placé une simple ligature sur l'humérale, au-dessus de la naissance de la profonde. L'injection passait par les arcades palmaires, dans le premier cas, et se trouvait arrêtée dans le second.

M. Léon Le Fort. Je m'associe à quelques-unes des observations que vient de faire M. Dubrueil, du moins pour ce qui concerne les plaies de la paume de la main. Si la règle générale est de lier toutes les fois que cela est possible les bouts de l'artère blessée, cette règle n'est quelquefois applicable qu'en faisant de larges débridements pour trouver les bouts du vaisseau. Dans ces cas, je crois qu'on peut, après avoir lié le bout de l'artère qui donne du sang, tenter la compression directe plutôt que de faire de larges débridements. Quelquefois, rarement je le reconnais, la compression réussit à empêcher de nouvelles hémorrhagies, et bien que ces hémorrhagies présentent des dangers incontestables, le danger des débridements est assez grand, au point de vue des fonctions de la main, pour qu'il vaille mieux souvent, dans les cas d'hémorrhagies secondaires, recourir à la cautérisation actuelle de la plaie et à la ligature de l'humérale, plutôt qu'à des débridements qui ouvrent les gaînes des tendons et peuvent amener des phlegmons très-graves.

M. Desprès. En entendant M. Verneuil dire qu'il fallait lier les artères blessées dans les plaies avant d'employer tout autre moyen, j'applaudissais tacitement, car, depuis quelques années, la thèse de M. Martin et un article de dictionnaire dû à M. Pozzi, relatif aux plaies de l'artère radiale, ont cherché à établir que la ligature de l'humérale au bras ou la compression dans la plaie valait mieux que la ligature des deux bouts du vaisseau blessé dans la plaie d'après

le précepte de Boyer. Des faits ont été cités, et je n'hésite pas à dire que ce sont des faits exceptionnels. Les chirurgiens, en effet, lorsqu'ils guérissent une plaie des artères de l'avant-bras par la ligature des deux bouts des vaisseaux, ne publient pas les observations à cause de leur simplicité, de là les faits extraordinaires tels que ceux qui servent de preuves aux auteurs que j'ai cités. Il ne faudrait pas se laisser séduire par ces travaux. Rien ne vaut mieux que la ligature des deux bouts pour une plaie des artères de l'avant-bras et de la main, que la plaie soit récente ou ancienne. J'ai employé quatre fois ce traitement, et la guérison a toujours été régulièrement obtenue sans accidents.

Pour ce qui est des plaies de l'arcade palmaire, je rappellerai un fait inédit que j'ai observé dans le service de Nélaton. Il s'agissait d'une plaie du premier espace interdigital par un morceau de verre, l'arcade palmaire profonde avait été blessée. Dix-sept hémorrhagies ont eu lieu pendant que l'on employait tous les moyens de compression. Enfin Nélaton eut recours à la ligature après débridement de la plaie du tégument, qui était en voie de réparation; il lia les deux bouts du vaisseau, et le malade guérit.

M. TILLAUX. Je partage l'avis émis par M. Verneuil et par M. Desprès, et je crois que le véritable précepte à formuler est le suivant: Étant donnée une hémorrhagie artérielle quelconque, on doit s'efforcer de lier les deux bouts. La compression réussit quelquefois, mais échoue souvent. La ligature des deux bouts de l'artère lésée ne manque jamais.

M. GUYON. Je partage entièrement l'avis de ceux de mes collègues qui veulent que la règle du traitement de toute hémorrhagie artérielle soit d'appliquer la ligature. Je n'insiste pas sur une opinion qui me paraît rallier la presque unanimité dans la société. Je veux seulement relever un des arguments de notre collègue M. Le Fort, et dire que la recherche des deux bouts d'une artère au poignet ou à la paume de la main n'est pas aussi pénible qu'il vient de l'indiquer.

J'ai pu dernièrement, dans mon service de l'hôpital Necker, aisément lier le bout inférieur de la cubitale dans un cas de plaie du poignet. Le bout supérieur avait été lié primitivement, mais l'on n'avait pu trouver le bout inférieur, et deux hémorrhagies s'étaient produites malgré la compression. J'ai mis en œuvre un procédé que j'ai souvent démontré et exécuté à l'amphithéâtre, et qui repose sur la connaissance exacte d'une petite région anatomique, que j'ai décrite il y a plusieurs années. Immédiatement en dehors du pisiforme, le nerf et l'artère cubitale sont renfermés dans une loge fibreuse, qui contient aussi un peloton graisseux.

En incisant la peau le long du pisiforme, immédiatement en dehors de la saillie de ce petit os, en sectionnant ensuite le feuillet aponévrotique qui se présente, on tombe sur la boule graisseuse, on l'écarte, et l'on trouve l'artère. La malade à laquelle j'ai pratiqué cette opération a très-simplement guéri.

Il en a été de même d'un jeune officier blessé à la paume de la main par une balle de chassepot. C'était pendant les plus mauvais jours du siége. Vers le neuvième jour, survinrent des hémorrhagies secondaires très-inquiétantes; elles étaient fournies par les arcades palmaires. Malgré l'état phlegmoneux, j'incisai largement, je liai largement dans la paume de la main quatre bouts artériels; tout marcha dès lors vers la guérison. Je me permettrai à ce propos de rappeler que la ligne transversale que l'on tire à travers la paume de la main, en prenant pour point de répère la base du pouce étendu dans l'abduction, donne la direction de l'arcade superficielle. J'avais bien souvent exécuté cette opération à l'Ecole pratique lorsque M. Bœckel fit connaître la valeur de ce point de répère. Je n'ai aucune réclamation de priorité à exercer à l'égard d'un procédé opératoire que je n'ai pas publié; sa valeur et son utiiité ont été mises en lumière par notre distingué collègue de Strasbourg; mais le fait que je viens de résumer me paraît démontrer que, dans les cas les plus défavorables, il est possible et même relativement facile d'opposer à l'hémorrhagie une ressource des plus certaines. La ligature dans la plaie est à la fois le meilleur moyen de couper court aux pertes de sang et d'éviter les phlegmasies profondes de la main et de l'avant-bras.

M. PAULET. Je m'associe pleinement à l'opinion que viennent de défendre nos collègues. Le précepte de la ligature des deux bouts d'une artère divisée est absolument immuable. J'ai toujours vu ces opérations être couronnées d'un plein succès. Aussi est-ce la pratique que j'ai toujours suivie. Une seule fois, je me rappelle n'avoir pu parvenir à lier l'artère à cause de l'attriction profonde des tissus; et j'eus alors recours à la compression directe.

M. MARJOLIN. Comme M. Paulet vient de le préciser d'une manière fort nette, il y a des cas où l'attrition des tissus rend la ligature impossible, en ce sens qu'un fil posé sur un vaisseau ainsi altéré en opérerait très-certainement la section. Dans certains cas de plaies de l'arcade palmaire, j'ai obtenu de bons résultats de la compression pratiquée par des enfants que j'avais dressés à cet effet. Je serais partisan dans les cas récents et faciles de la ligature des deux bouts, réservant la compression comme je l'ai fait exécuter pour les cas difficiles et déjà anciens. Cette question est du reste parfois de la plus grande difficulté, et je me rappelle avoir vu Blandin après une série de ligatures dans un cas de blessure de la paume de la main, terminer par la désarticulation de l'épaule, et perdre son malade d'hémorrhagie.

M. MAURICE PERRIN. Je me joins à mes collègues pour condanner la pratique conseillée par M. Le Fort, dans le traitement des plaies artérielles primitives ou consécutives de la paume de la main, et de l'avant-bras. Recourir en pareils cas à la ligature de l'humérale, c'est dépasser de beaucoup le but et pratiquer une opération qui ne laisse pas que d'être grave tant au point de vue de ses effets immédiats que de ses suites. Employer la compression, c'est s'exposer à des fréquents insuccès, à des hémorrhagies réitérées et, dans l'autres cas, à de graves accidents. Dans trois circonstances, j'ai eu l'occasion de voir la compression employée contre une hémorrhagie artérielle occasionner en vingt-quatre heures une gangrène de tout le membre qui se termina par la mort. Une première fois il s'agissait d'une plaie artérielle de l'avant-bras; une deuxième fois, d'une blessure de la tibiale postérieure par le chirurgien chez un enfant pendant la section du tendon d'Achille; une troisième fois chez un de nos distingués collègues de l'armée qui eut l'artère poplitée traversée par une balle lors de la dernière insurrection pendant le siége de Paris. La compression sur la plaie et sur la partie supérieure du membre suffit à amener la gangrène de toute la cuisse en quarante-huit heures et, deux jours après, la mort de notre malheureux camarade.

Les motifs que fait valoir M. Le Fort pour conseiller la compression dans les plaies artérielles de la paume de la main, c'est la difficulté de trouver les bouts du vaisseau et le danger de léser des cordes nerveuses et d'ouvrir des coulisses tendineuses. J'ai eu assez fréquemment, une dizaine de fois si mes souvenirs me servent bien, l'occasion de traiter des hémorrhagies, soit primitives, soit consécutives de l'extrémité inférieure de l'avant-bras et des arcades palmaires. Je puis affirmer que je n'ai jamais rencontré d'aussi grandes difficultés que semble le redouter notre collègue, ni provoqué d'accidents appréciables.

Lorsque la plaie artérielle est récente, la ligature est même facile quel que soit l'état d'infiltration du tissu cellulaire ambiant. J'ai eu l'occasion de le constater récemment encore chez un élève de l'École polytechnique près duquel je fus appelé par mon collègue et ami le médecin principal Fuzier.

Cet élève avait une plaie contuse située au côté interne de l'extrémité inférieure de l'avant-bras gauche; l'artère cubitale était divisée ainsi que le tendon du cubital; toute la région était gorgée de sang infiltré sous l'action d'une compression.

Les deux bouts du vaisseau lésé furent isolés et liés avec la plus grande facilité.

Lorsque l'hémorrhagie se produit secondairement dans un foyer de suppuration au milieu de tissus ramollis, sanieux, transformés en un magma noirâtre par le perchlorure et dont les rapports anatomiques sont confondus, la recherche du vaisseau est plus laborieuse, plus longue. Mais, en pratiquant des incisions suffisantes suivant la direction connue des artères en s'écartant suffisamment du foyer putrilagineux, en y mettant un temps suffisant on arrive également au but.

Le danger de léser les coulisses tendineuses dans les cas de ce genre, danger sur lequel insistait M. Le Fort, me paraît être une préoccupation théorique. Car ces coulisses sont nécessairement ou-

vertes, enflammées, avant l'intervention du chirurgien; celle-ci devient dès lors inoffensive, si même elle ne représente pas un débridement salutaire.

Pour me résumer sur ce point si important de la pratique, je considère comme un précepte absolu l'obligation de lier directement les artères ouvertes, soit primitivement, soit consécutivement, toutes les fois qu'elles sont accessibles. Ce n'est que dans les cas tout à fait exceptionnels, lorsque la recherche du vaisseau aura été infructueuse, que l'on sera autorisé à faire autre chose.

C'est assez dire que je considère la compression comme un moyen de traitement infidèle ou dangereux: elle doit être acceptée comme une ressource tout à fait provisoire. Il importe que la Société de chirurgie soit très-affirmative sur ce point, parce que la compression n'a déjà que trop d'adeptes dans la pratique usuelle et ne sert que trop souvent de refuge aux abstentions déguisées.

M. LÉON LE FORT. J'ai redemandé la parole pour préciser le débat, car nous discutons quelques points sur lesquels nous sommes tous d'accord.

D'abord, il ne saurait être question des artères de l'avant-bras audessus du poignet. Qu'il s'agisse d'hémorrhagie primitive ou secondaire, il faut faire la ligature des deux bouts, même s'il faut, pour les mettre à découvert, pratiquer de larges débridements. Ici l'on n'a pas à ouvrir de gaînes tendineuses comme à la main, une grande incision n'offe guère d'inconvénients: la discussion ne saurait donc porter sur ce point.

Dans les hémorrhagies primitives de la paume de la main, je blâme autant que personne l'abus de la compression, moyen très-infidèle qui peut réussir, mais qui échoue le plus souvent, et qui, s'il échoue, amène des hémorrhagies secondaires. C'est un procédé peu chirurgical, mais, il est vrai, à la portée de tout le monde, et, dans bien des cas où on l'a malheureusement employé, il eût été facile de lier les deux bouts de l'artère blessée, sur ce point comme sur le précédent nous sommes d'accord.

Mais, lorsque pour trouver les deux bouts de l'artère, surtout lorsqu'il s'agit de l'arcade palmaire profonde, il serait nécessaire de faire de larges débridements, d'ouvrir les gaînes des fléchisseurs, de courir les risques d'un phlegmon et de la perte des mouvements des doigts, je crois que, dans ces cas, la règle comporte des exceptions. Je crois qu'on peut tenter (après avoir lié celui des deux bouts qui donne du sang et qu'on trouve en général assez facilement dans une plaie récente) la compression directe et la compression sur la radiale et la cubitale, après avoir, comme je l'ai conseillé, cautérisé le fond de la plaie avec un fer rouge de forme appropriée.

Dans les hémorrhagies secondaires je suis plus affirmatif. Dans ces cas, le changement de forme, de volume, de couleur des parties, par suite de l'inflammation, rend quelquefois la découverte des bouts de l'artère très-difficile et quelquefois impossible, à moins de pousser les débridements très-loin, et même pourra-t-on encore ne pas trouver le vaisseau.

Dans ces cas exceptionnels, si après avoir recherché les bouts de l'artère, ce qui est toujours la première règle à suivre, on ne les trouve pas, et que la question des larges débridements se présente, je pense qu'il est préférable de lier l'humérale, après avoir cautérisé au fer rouge l'anévrysme ou la plaie, au fond de laquelle se fait l'hémorrhagie.

M. Desprès cite la thèse de M. Martin et nous dit que l'on a rassemblé des faits choisis; c'est une erreur: la thèse de M. Martin, un de mes anciens internes et des meilleurs, a été faite sous mon inspiration, elle renferme tous les cas que M. Martin a pu trouver dans les recueils scientifiques, et ils dépassent une centaine.

Il y a longtemps que, dans des conversations particulières, je discute avec M. Verneuil cette question de thérapeutique, je ne partage pas son avis.

M. Verneuil pose comme règle la ligature quand même dans la plaie, dût-on pour cela faire d'énormes débridements; je soutiens, pour ma part, qu'on ne peut pas toujours être sûr qu'on trouvera les deux bouts du vaisseau dans une plaie enflammée, et, que dans certains cas, il est préférable de s'arrêter dans les débridements, de cautériser la plaie et de lier l'humérale. M. Verneuil nous parle des dangers de la gangrène après cette ligature, de sa fréquence même: j'ai pris la peine de relever un grand nombre de cas de ligature, et pour ce qui regarde la ligature de l'humérale dans ces circonstances, je nie que les faits permettent de la dire dangereuse, et je prétends qu'il y a plus de danger proche ou éloigné (sous le rapport de l'utilité de la main), à poser comme règle absolue constante la ligature dans la plaie et les débridements quand même.

M. VERNEUIL. Si les préceptes que je recommande ont été combattus comme trop absolus par MM. Dubrueil et Le Fort, ils ont été défendus, par les derniers orateurs que vous venez d'entendre, de façon telle que la majorité leur reste complétement acquise.

Toutefois la discussion étant ajournée et non close, je n'hésite pas à lui offrir pour base quelques propositions formelles qui résument mes opinions.

Tout le monde paraissant d'accord sur la conduite à suivre pour les plaies des artères de l'avant-bras, et la ligature des deux bouts étant indiquée à toutes les époques, je ne m'occuperai que des plaies des arcades palmaires.

A propos de celles-ci, j'avance :

1° Qu'en cas de blessures récentes, la compression est un moyen infidèle, le plus souvent inefficace, parfois dangereux, à cause des inflammations phlegmoneuses qu'elle provoque trop souvent.

2° Que la ligature dans la plaie est généralement facile, exigeant plus de patience que d'habileté véritable; qu'elle donne les meilleurs résultats et simplifie plutôt qu'elle n'aggrave la plaie palmaire.

3° Que, s'il s'agit de blessures déjà anciennes avec hémorrhagies secondaires et successives inflammatoires du foyer traumatique et de ses environs, tuméfaction et suppuration, la compression directe est inapplicable, insupportable et inutile. La compression indirecte généralement insuffisante.

4° Que la ligature des deux bouts dans la plaie, bien que laborieuse et réellement difficile, peut d'ordinaire s'effectuer. Que la crainte de la friabilité des artères est illusoire. Que les débridements nécessaires, pourvu qu'ils soient faits prudemment et d'après les bonnes notions anatomiques, sont moins compromettants qu'on ne le dit pour les fonctions ultérieures de la main; qu'en revanche, ils modifient favorablement la marche et la terminaison du phlegmon palmaire. Qu'enfin, cette ligature indirecte, mieux que toute autre méthode, met un terme aux hémorrhagies.

5° Que la ligature indirecte, appliquée sur les artères de l'avant-bras, est facile, mais rarement couronnée de succès.

6° Que les ligatures à distance de l'humérale ou de l'axillaire, outre qu'elles ne sont ni d'une exécution si facile, ni d'une innocuité absolue, sont loin d'arrêter sûrement les hémorrhagies et de mettre un terme aux complications inflammatoires survenues du côté de la plaie.

Il est bien entendu que ces propositions peuvent être contredites par quelques faits isolés, mais elles n'en restent pas moins, à mes yeux, l'expression générale de la meilleure pratique.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. LABBÉ présente un enfant âgé d'une quinzaine de jours, présentant une absence congénitale de rotules compliquée d'un talus double et d'une distorsion des jambes en dehors.

La plupart des membres de la société conseillent l'abstention en ce cas, au moins jusqu'à ce que cet enfant ait atteint l'âge d'un an, à l'exception de M. Demarquay, qui propose de lui couper le tendon d'Achille et de le placer dans un appareil inamovible.

La séance est levée à cinq heures vingt minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

VARIÉTÉS

De l'imagination dans ses rapports avec la philosophie et la médecine (1).

La folie! Qu'est-ce donc, en effet, si ce n'est le rêve de l'homme éveillé, si ce n'est le délire d'une imagination déviée, déréglée,

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 octobre 1874.

s'exerçant aveuglément, sans la lumière normale des sens, sans le concours de la volonté? La folie, comme a pu le dire un savant aliéniste, Moreau (de Tours), la folie est dans la veille ce que les rêves sont dans le sommeil, et l'analogie, je n'oserais dire l'identité, mais l'analogie est du moins si frappante que l'on se demande si ce n'est pas là qu'il faudrait chercher toute la science de la pathologie mentale, plutôt que dans les élucubrations anatomiques du scalpel et des vivisections; plutôt même que dans le dogme au moins illogique des maladies de l'âme; car on ne conçoit guère la maladie dans une substance immatérielle, dans une essence, dans un esprit pur, dans une émanation divine.

Si je ne me trompe, la plus grande erreur des aliénistes est de n'avoir pas su rattacher les déviations de la raison aux anomalies des sens, comme instruments nécessaires de l'exercice de l'intelligence; c'est de n'avoir pas su distinguer les sensations actives des sensations passives, les mouvements volitifs des mouvements automatiques; c'est d'avoir trop souvent confondu la folie proprement dite, qui peut n'être que l'aberration de l'imagination, en l'absence du contrôle actif des sens, avec la démence, qui implique l'impuissance anatomique et physiologique des organes affectés à l'exercice de la pensée. Il est du moins certain que pour se livrer à des actes de folie, il faut encore des instruments de raison, car le fou raisonne tout aussi bien que le rêveur, et comme lui aussi, il combine des plans et des projets, poursuit la solution de problèmes plus ou moins difficiles. Il médite des plans d'étude, des œuvres d'art qu'il accomplit souvent d'une façon merveilleuse, dans l'exercice d'une imagination purement automatique et avec toute l'intégrité anatomique des organes de sens; tandis que l'homme en démence est nécessairement frappé d'impuissance jusque dans son organisme intime, jusque dans les sources même de sa vie.

Si donc il est vrai que l'imagination puisse à elle seule faire tous les frais de la folie, aussi bien que des rêves, en l'absence de tout contrôle actif des sens et de la volonté, on ne s'étonnera pas qu'elle puisse aussi nous donner tout le mystère de cette autre forme de délire somnolent connu sous le nom de *somnambulisme*.

Qu'est-ce donc aussi que ce prétendu sixième sens, que cette lumière surnaturelle, que cette science infuse qui a pu si souvent et si facilement faire des adeptes, aussi bien que des dupes?

Qu'est-ce donc que le somnambulisme, si ce n'est encore un délire somnolent, le rêve d'une imagination égarée, en l'absence de toute lumière active des sens, n'ayant plus d'autre guide que l'instinct de conservation pour diriger ses actes, ses déterminations, ses mouvements, toute sa science.

Et comment le somnambule pourrait-il être plus éclairé que le rêveur, tous deux étant également soustraits au contrôle des sens et à l'empire de la volonté, tous deux agissant également sans liberté de conscience, sans association d'idées, sans raisonnement? Ce qui veut bien dire que le somnambulisme n'est et ne peut être qu'un songe, un rêve qui s'accomplit dans l'exercice d'une imagination purement instinctive, s'il n'est le symptôme d'une exaltation maniaque, s'il n'est l'œuvre coupable d'un genre d'industrie qu'il serait bien temps de réprimer. Inutile de dire que si le somnambulisme a pu être un appât pour l'ignorance et la crédulité, il n'a pu éclairer la médecine, et ce n'est pas ici que j'aurais besoin de faire sentir l'inanité de ses prétentions et de ses promesses.

Mais le somnambulisme n'est pas le seul fait physiologique ou pathologique qui puisse intéresser la médecine dans l'exercice de l'imagination somnolente, et pour le comprendre il suffirait de rappeler le *cauchemar*, dont le nom seul est un effroi pour ceux qui en ont subi les redoutables effets; le cauchemar qui, pour n'être qu'un rêve, qu'un acte de l'imagination accompli dans le sommeil, n'en est pas moins un véritable état morbide donnant lieu à toutes les angoisses d'une suffocation et d'une mort imminente.

Et quelles épreuves aussi l'imagination n'inflige-t-elle pas au rêveur, quand elle se plaît à le hisser sur le sommet d'une tour ou sur la pointe d'un rocher, d'où il n'aperçoit plus que le fatal trépas; quand elle le retient enchaîné sur un sol mouvant qu'il sent s'effondrer sous ses pieds pour l'engloutir; quand elle le conduit perfidement dans une embarcation qui va se perdre inévitablement dans les flots de l'océan, et quand elle a su l'attirer dans un coupe-gorge, aux prises avec des assassins armés auxquels il n'échappe que par miracle, et dans un réveil d'effroi où le cœur est tout palpitant d'émotion, le corps tout baigné de sueur, tout brisé, tout anéanti!

Et comment douter que de telles épreuves ne puissent jeter dans l'organisme des troubles plus ou moins graves? et comment n'a-t-on su en tenir compte jusqu'à présent comme lumière capable d'éclairer la physiologie pathologique ou même la médecine légale? Quant à nous, nous ne saurions mettre en doute que, dans maintes circonstances, l'imagination seule n'ait pu être cause de ces cas de mort subite restés inexpliqués, en l'absence de toute lésion apparente, chez des sujets qui ont été trouvés privés de vie, après une nuit où rien ne pouvait faire prévoir une telle fin.

Et pourquoi d'ailleurs tant s'en étonner, quand on sait que, dans la veille et dans des conditions apparentes de santé, des individus ont pu être frappés de mort instantanée comme effets d'événements imprévus, d'espérances déçues, de toute passion violente, de toute commotion morale. Les exemples ne manquent ni dans l'histoire, ni dans nos annales, pour constater pareil fait: c'est ainsi que Diodore mourut subitement de honte pour n'avoir su répondre à un problème de Stilbon; que le sage et vertueux Chilon mourut de joie en couronnant son fils aux jeux Olympiques; que l'ambassadeur Patkull est soudainement frappé de mort, à la vue des roues dressées pour son supplice; que nombre de condamnés sont restés foudroyés en entendant prononcer leur jugement.

Et combien d'exemples d'individus qui ont succombé à la seule appréhension d'une opération chirurgicale. On a même cité le cas d'une personne qui mourut subitement en voyant les apprêts d'une simple saignée.

On conçoit plus facilement encore les effets de l'imagination dans le sommeil, quand on sait que les impressions morales des rêves sont incomparablement plus vives, plus terrifiantes que celles de la veille, car rien dans le sommeil ne vient en amoindrir l'effet, ni la lumière des sens, ni l'intervention de la volonté, ni la possibilité de se mouvoir, de réagir, de se débattre contre toute agression; ni même l'illusion de l'espérance qui, dans la veille, peut encore nous soutenir, même aux approches d'une mort fatale.

Après m'être arrêté assez longuement, peut-être trop longuement, à cette imagination qui, dans son aveugle exercice, n'a su enfanter que des rêves, des rêveries et tous les genres de délire, il est temps de parler aussi de cette imagination qui s'éclaire de toutes les lumières des sens et de l'intelligence, pour s'élever au-dessus d'elle-même et s'associer à tous les actes de la vie morale et sociale. Telle est, en effet, cette imagination que j'ai appelée *intellective*, comme plus nécessairement liée à la condition humaine, et telle est sa puissance que partout l'homme a besoin d'elle pour exprimer sa douleur et sa joie, son amour et sa haine, son admiration ou son mépris, pour faire éclater toutes ses impressions, toutes ses inspirations. Orateurs, poëtes, artistes, écrivains, philosophes, moralistes, tous s'adressent à elle pour donner à leurs œuvres de l'animation et du prestige, et c'est ainsi que l'imagination a su inventer la fable avec ses fictions et sa morale, la mythologie avec ses dieux et ses allégories, le théâtre avec ses leçons vivantes, ses exemples saisissants sinon toujours édifiants; que l'éloquence lui doit ce qu'elle a de plus élevé, la poésie et la musique ce qu'elles ont de plus séduisant; et c'est par elle aussi que toutes les religions ont su entourer leurs cultes des plus imposantes solennités, que le christianisme marchant à leur tête et dans son langage symbolique, a su faire entendre au monde entier les sublimes accents de sa morale évangélique, et pour tout dire en un mot, l'imagination a pu par elle seule réaliser le levier d'Archimède, elle a pu soulever tout l'univers.

Sans l'imagination, en effet, tout sur cette terre serait resté sans mouvement, sans couleur et sans vie. Il est pourtant vrai de dire que, si l'imagination sait jeter tant d'éclat sur la pensée humaine, sur toutes les productions de l'art et du génie, elle perd une partie de sa puissance devant les œuvres de la science; tous les arts peuvent bien vivre de fictions, d'illusions, même d'erreurs; mais les sciences ne peuvent vivre que de vérités; or, loin de rechercher les faits qui les éclairent et les principes qui les gouvernent, l'imagination les sacrifie facilement à l'abstrait et à l'inconnu, et dans son indifférence pour

tout ce qui est positif, visible, palpable et tangible, elle fuit volontiers la clarté du jour pour se livrer à l'étude et à la méditation.

Elle recherche l'isolement et l'obscurité ; elle ferme les yeux pour mieux voir, pour mieux contempler l'objet qui l'inspire ; et c'est la nuit surtout qu'elle a pu concevoir les plus magnifiques chefs-d'œuvre de génie littéraire, et c'est en l'absence de toute lumière qu'elle a su faire un Homère, un Milton, un Delille ; de même que c'est dans les nuits de veille, en présence de douloureux souvenirs ou sous l'impression actuelle du malheur, qu'elle sait pénétrer plus avant dans les abîmes du cœur pour y trouver ses plus amers regrets, pour en faire sortir des torrents de larmes.

Il faut dire aussi qu'à défaut de tristesses et de préoccupations légitimes, l'imagination aime à en chercher de vaines et gratuites, sachant toujours en découvrir dans toutes les situations de la vie. On sait combien elle est ingénieuse à trouver des besoins dans l'abondance, des misères dans l'opulence, des souffrances même dans la santé, et l'on sait aussi combien elle est habile à concevoir et à s'attribuer toutes les maladies qu'elle a pu voir figurer dans nos vocabulaires, à inventer contre elles plus de spécifiques que ne sauraient en compter toutes nos pharmacopées.

On se demande comment, avec toute sa science, avec ses goûts, son caractère, l'imagination pourrait faire des savants, des esprits sérieux, des hommes positifs ? Comment elle peut servir la médecine ? Comment elle pourrait à elle seule faire des médecins ?

Ce n'est pourtant pas que rien lui ait jamais manqué pour cela, car elle a eu de tous temps ses oracles, ses utopistes, ses illuminés, même ses thaumaturges, dont nous ne dirons rien. Et pour ne parler ici que de ses conceptions théoriques plus ou moins spécieuses, qui sont venues tour à tour se disputer un vain triomphe dans nos écoles, qu'en reste-t-il aujourd'hui pour l'édification de la science et de la pratique de la médecine ? Que reste-t-il même de cette doctrine contemporaine que nous avons vue imposant sa loi à toute notre génération médicale ? si ce n'est le nom justement célèbre de son auteur, qui avait su l'entourer de tout l'éclat du prestige ; si ce n'est encore le souvenir des sanglants débats, des luttes ardentes qu'elle a soulevés dans nos écoles et nos académies, et qui ont pu retentir dans le monde entier.

Sachons du moins reconnaître que si l'imagination et la science ne sont point absolument incompatibles, c'est à la condition que l'imagination subira devant la science la loi du contrôle, le témoignage des sens, l'arrêt de l'expérience et du jugement ; autrement, elle ne pourrait que l'égarer, sans jamais l'éclairer. (*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

320. Cochet. Considérations sur l'onyxis.
321. Ortal. De l'*Eucalyptus globulus* et de ses principales applications à la médecine et à l'hygiène.
322. Adam. Essai sur l'enchondrome du testicule.
323. Lépine. Des règles générales des autoplasties externes.
324. Gronnier. Pathogénie et sémiotique des vomissements.
325. Resnier. Histoire naturelle et médicale du Latex.
326. Durodié. Histoire sur les thromboses et l'embolie veineuse dans les contusions et les fractures.
327. Landreau. Essai sur les syphilomes mammaires.
328. Manson. Considérations sur le traitement des contusions et plaies contuses de la portion périnéale de l'urèthre chez l'homme.
329. Bernard. Du mal perforant.
330. Dorez. Du traitement des kystes synoviaux ganglionnaires.

Les journaux anglais annoncent qu'on va ouvrir ces jours-ci, dans les environs de Brunswick Square, une école de médecine pour les femmes. Le personnel enseignant n'est pas encore complet ; cependant, on a déjà réuni des professeurs pour la pratique médicale, la chirurgie, la pathologie, l'obstétrique, la chimie, l'anatomie, la matière médicale et la botanique. Dans le conseil de direction l'on remarque les noms du professeur Huxley, du docteur Walker et d'autres encore. Un certain nombre d'étudiantes se sont déjà fait inscrire. Le local est spacieux ; dans le jardin attenant aux salles de cours, il est question d'installer une salle de dissection.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pathologie et clinique chirurgicales, contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire de bandages et d'embaumement, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, A. Delahaye.

Résumé de pathologie et de clinique chirurgicales, livre à l'usage des examens et des concours, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. de 520 pages avec 107 figures. — Prix : 5 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Anatomie descriptive et dissection, contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus. 2e édition entièrement refondue, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-12 avec 662 figures intercalées dans le texte. — Prix : 25 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Manuel d'anatomie. 2e édition du résumé d'anatomie, livre destiné aux examens et aux concours, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-18, avec 151 figures. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histologie des éléments anatomiques des tissus et des organes du corps humain, d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger. 2e édition entièrement refondue, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 551 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Guide de l'étudiant en médecine et en pharmacie (agenda-annuaire), par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 3e année 1874-1875. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

De la Ponction de la vessie, par W. DENEFFE et VAN WETTER, professeur à l'université de Gand. — 1 vol. in-8° de 292 pages. — Bruxelles, 1874. — Henri Manceaux.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 43°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude	1.480	5 800	5.940	6.040	6.280
— de potasse....	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0 900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs;— PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE. maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0. 44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..........................		
Chlorure de sodium....................		
Matières organiques...................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

PHTHISIE — CHLOROSE — ANÉMIE

HYPOPHOSPHITES
du docteur CHURCHILL

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE SOUDE
SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX
PILULES D'HYPOPHOSPHITE DE QUININE
SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE FER
PILULES D'HYPOPHOSPHITE DE MANGANÈSE
TABLETTES DU Dr CHURCHILL

Prix : **Sirops** et **Pilules : 4** fr. le flacon. **Tablettes pectorales : 2** fr. la boîte.

Les hypophosphites du docteur Churchill, auteur de la découverte de leurs propriétés curatives dans les affections tuberculeuses, offrent des garanties de pureté et d'efficacité qui sont une des premières conditions du succès de cette importante médication.

Exiger sur toutes les préparations la *signature du Dr CHURCHILL*, et l'étiquette marque de fabrique de la *Ph. SWANN*, 12, *r. Castiglione, Paris.*

Granules arsenicaux de Challonneau
Chevalier de la Légion d'honneur.
Pharm., 143, *ancien* 229, *rue St-Denis, à Paris.*

Exactement dosés à 1 milligr. et préparés avec les arséniates de **soude,** de **potasse,** de **fer, d'ammoniaque,** d'**antimoine,** et avec l'**acide arsénieux.** — *Exiger mon cachet et ma signature.*

TAMAR INDIEN
Fruit laxatif rafraichissant
Contre **LA CONSTIPATION**

Et les affections qui l'accompagnent, telles que la **Congestion cérébrale,** les **Hémorrhoïdes,** la **Migraine,** etc. — Prix de la boîte : 2 fr. 50. GRILLON, pharm., 25, rue de Grammont, Paris.

VIN TONIQUE RECONSTITUANT
DU DOCTEUR FORESTIER
VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
à l'écorce d'oranges amères

Tous les organes de la presse médicale : *Gazette des Hôpitaux, Courrier médical, France médicale, etc.*, ont depuis dix ans, signalé l'excellence de cette préparation qui contient, dissous dans d'excellent vin de Malaga, les deux éléments formateurs des *os* et du *sang*, le *quinquina* et le *pyrophosphate de fer*.

La facilité avec laquelle l'économie s'assimile le vin de quinquina au pyrophosphate de fer, l'absence de toute saveur styptique, la double influence qu'en raison de ses deux éléments formateurs il semble devoir exercer, tant sur la composition du système osseux, que sur la reconstitution du sang, telles sont les qualités qui recommandent à priori *cette nouvelle préparation ferrugineuse* (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*).

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 41.

Dragées Chantrel au bromure de potassium, *chimiquement pur (sans trace d'iode).*

Traitement des Névroses en général, Chorée, Hystérie, Épilepsies, Migraines, etc., etc.

Vente en gros chez Desnoix et Ce, rue du Temple, 22, Paris. Au détail dans toutes les pharmacies.

DRAGÉES COCHEUX
Ferro-basiques à l'huile de foie de Morue

Pour la prendre *agréablement* et sans aucun renvoi. Le flacon : 3 fr. Pharm., 45, r. Taitbout, à Paris.

ÉPILEPSIE
HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le véritable sirop dépuratif anti-scorbutique du docteur PORTAL se prépare spécialement et exclusivement à la pharmacie Sage-Danzel, rue de Buci, n° 7, à Paris.

« Cher monsieur James,

« Ayez la bonté de m'envoyer, pour l'usage de mes enfants, un litre de votre excellent sirop antiscorbutique, dont j'ai pu bien souvent constater la bonne préparation.

« Dr Fodéré. »

Dans la même pharmacie se trouve tout préparé le Quinquina jaune Royal, pour faire le vin soi-même et instantanément; préparation également très-appréciée. — 1 fr. 15 la dose pour un litre.

VIN ET SIROP DE CHENNEVIÈRE
au chlorhydro-phosphate de chaux

PHTHISIE, NÉVROSE, GASTRALGIE, av. Wagram, 50.

PILULES DE LOUVARD
AU FER *PUR* INALTÉRABLE ET A L'ABSINTHE

A la dose de neuf par jour, en trois fois, une heure avant le repas, c'est la préparation ferrugineuse la plus efficace et celle dont l'action est la plus rapide dans la chlorose et l'anémie. Quels que soient les désordres de l'estomac, elle est toujours bien tolérée, et, sous son influence, les fonctions digestives sont rétablies en quelques jours.

Pharmacie **LOUVARD,** rue Royale, 60, à **Versailles.** — Vente au détail, pharm. Guinhabert, 108, r. de Grenelle-Saint-Germain, Paris, et dans les principales pharmacies.






PEPSINE BOUDAULT
SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, successeur de BOUDAULT, 24, rue des Lombards, a Paris.

PRIME DE **16,600** FRANCS — MÉDAILLES D'**OR** A LAROCHE

QUINA LAROCHE
Extrait COMPLET **des 3 SORTES de quinquinas**

Triple ÉLIXIR *de* QUINQUINA *reconstituant, tonique* et *fébrifuge.* A base de vin d'Espagne et d'un goût agréable, ce produit participe du *vin* et du *sirop* de quinquina, mais leur est bien supérieur en efficacité.

Le procédé **Laroche** consiste à épuiser, par une série de véhicules variés et un outillage spécial, la *totalité* des nombreux principes contenus dans les trois meilleures sortes de quinquinas *(jaune, rouge et gris)*, principes essentiels qui se complètent l'un par l'autre, et qui manquent presque toujours dans les préparations ordinaires de quinquina.

Combiné au fer le *Quina Laroche* **FERRUGINEUX** offre une préparation aussi *complète* que possible, pour tous les cas où le *quinquina* et le **Fer** sont jugés utiles.

PARIS, 22 et 15, rue Drouot, et dans toutes les pharmacies françaises et étrangères du monde.

J. Laroche

N° 120. — JEUDI 15 OCTOBRE 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 15 OCTOBRE 1874. — N° 120.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans le numéro de jeudi dernier, à l'occasion de la première partie de la communication de M. Fauvel sur la conférence de Vienne, nous résumions notre impression sur l'ensemble des conclusions de la conférence par ces mots : « Si la plupart de ces solutions reposent sur des faits scientifiques déjà consacrés par la conférence de Constantinople, il en est qui ne reposent que sur des faits ou des démonstrations fort contestables encore et qui semblent avoir été adoptées bien plus par sentiment que par une détermination véritablement scientifique. » Et quand nous parlons de déterminations prises par sentiment, il entre moins dans notre esprit de faire une critique que de constater un fait qui est dans l'ordre naturel des dispositions humaines. Lorsqu'on se trouve en présence d'un danger, il est naturel qu'on cherche à s'entourer de toutes les précautions et de toutes les mesures de prudence qui peuvent nous le faire éviter; s'agit-il d'une de ces grandes épidémies migratives qui, partant d'un foyer connu, menacent de temps à autre d'envahir le monde, bien qu'on ne connaisse au fond ni sa nature réelle, ni son mode de propagation, il est naturel qu'on se place au point de vue de l'hypothèse la plus probable et la plus conforme à l'ensemble des faits que nous révèle l'observation, pour en déduire un ensemble de mesures prophylactiques et de précautions sanitaires.

C'est ce qu'a fait sagement la conférence de Constantinople.

Mais, par une tendance tout aussi naturelle à l'esprit humain, il arrive bientôt que ce qui avait été formulé, sous bénéfice d'inventaire, comme l'expression d'un fait probable ou d'une vérité relative, prend à distance les proportions d'un fait réel et d'une vérité absolue, et finit par être accepté comme tel. N'est-ce pas un peu ce qui est arrivé à la conférence de Vienne, qui sans paraître s'être préoccupée des faits nouveaux qui se sont produits dans ces derniers temps, sans s'être demandé si ces faits n'étaient pas de nature à modifier en quelques points les opinions qui avaient servi de base aux décisions de la conférence de Constantinople, les a acceptées à l'unanimité comme articles de foi, et en a fait le point de départ de toute la partie scientifique de son travail.

Mais, par une contradiction signalée par M. Fauvel et qui ne pouvait échapper à son esprit juste et droit, lorsqu'elle est arrivée aux conclusions pratiques, abandonnant ce sentiment qui avait logiquement conduit la conférence de Constantinople à édicter un ensemble de mesures sanitaires conforme à l'hypothèse admise, elle allait sacrifier ces mesures à des considérations d'un ordre étranger à l'hygiène publique et à la science. C'est alors que MM. Fauvel et Proust qui, par une raison que nous ignorons, n'assistaient pas aux premières séances de la conférence, sont venus à temps pour arrêter leurs collègues sur cette pente de l'inconséquence en proposant un moyen terme, peut-être insuffisant à leur propre point de vue, pour la garantie des intérêts sanitaires de l'Europe, mais du moins propre à rétablir l'apparence d'un certain enchaînement logique entre les conclusions pratiques et les propositions scientifiques formulées dans la première partie du travail.

Comme on vient de le voir et comme l'a surtout très-bien fait ressortir M. Fauvel dans son exposé historique et critique, les conclusions de la conférence de Vienne, reproduisent à peu de chose près, mais avec plus de décousu, moins de suite dans les idées et surtout moins d'enchaînement logique dans les déductions pratiques, les idées fondamentales de la conférence de Constantinople.

On connaît les objections principales qui ont été faites à l'ensemble de ce système. Ce n'est pas le moment d'y revenir ici. Mais nous ne voudrions cependant pas laisser échapper l'occasion de signaler dans le savant exposé de M. Fauvel quelques déclarations qui sembleraient indiquer de sa part une tendance à une évolution nouvelle, ou du moins à une modification dans ses opinions. Dans tous les cas, elles placeraient désormais la discussion sur un nouveau terrain où l'entente paraîtrait devoir devenir plus facile entre des opinions jusqu'ici parfaitement contradictoires en apparence.

Lors de la dernière discussion sur le choléra, nous appuyant sur les faits apportés aux débats par M. Jules Guérin et par M. Tholozan, ainsi que sur quelques-unes de nos observations personnelles, nous avions proposé comme des points douteux à éclaircir la question de savoir si l'origine indienne de la maladie incontestablement admise, il ne serait pas arrivé à la suite de plusieurs immigrations successives en Europe, qu'elle s'y fût acclimatée au point d'avoir pu devenir endémique dans quelques contrées et de donner lieu peut-être à de nouvelles explosions sur place sans qu'il fût nécessaire de faire intervenir la nécessité d'une importation.

Or voici ce que nous relevons dans l'exposé de M. Fauvel : « Il y avait à résoudre un autre problème qui a été agité dans ces derniers temps. C'est la question de savoir si le choléra introduit en Europe ne s'y est point acclimaté, dans certaines régions au moins, et si des épidémies n'y ont pas pris nais-

sance spontanément sans importation nouvelle? » La question, ajoute-t-il, méritait la peine d'être examinée.

Et plus loin, en parlant de l'épidémie de Kiew en 1865, après avoir rappelé les diverses opinions dissidentes émises sur l'origine de cette épidémie, il a dit : « Toutefois cette revivification du choléra en Russie plusieurs années après l'invasion, alors qu'il n'y restait plus que des manifestations partielles de la maladie et que celle-ci était complétement éteinte partout en Europe, me porta à conclure qu'il se pourrait bien que le choléra fût devenu endémique dans certaines régions de la Russie. »

Enfin, interprétant le sens d'une communication faite par le docteur Lenz à la conférence de Vienne sur l'origine des épidémies de 1858 et de 1869, il s'exprime encore ainsi : « A mon sens, le seul point mis hors de doute par la communication de M. Lenz, c'est que les épidémies de 1852 et de 1869 ne sont ni le fait d'une importation nouvelle de l'Inde, ni le fait d'un développement spontané du choléra en Europe, mais sont des recrudescences se rattachant à des épidémies mal éteintes. Toutefois cette ténacité du choléra en Russie et en Pologne, et ces recrudescences qui donnent lieu à des épidémies envahissantes, ne sont pas de nature à éloigner la crainte d'un acclimatement définitif dans ce pays, sous l'influence de conditions locales favorables, etc. »

Ne voit-on pas poindre là comme une nouvelle théorie de la revivification sur place, destinée à servir de pont entre la doctrine absolue de la conférence de Constantinople et une doctrine nouvelle qu'il faudra bien adapter un jour aux faits qui débordent de toutes parts l'ancienne. Que devient, en effet, avec ces recrudescences à distance donnant lieu à de nouvelles épidémies envahissantes, cette proposition si catégorique de la conférence de Constantinople : « Le choléra asiatique ne se développe spontanément que dans l'Inde, et c'est toujours du dehors qu'il arrive quand il éclate dans d'autres pays ? »

Quelle sécurité inspireraient dès lors des mesures sanitaires qui ne seraient prises exclusivement qu'en vue d'une importation partie de l'Inde, lorsque des explosions inattendues peuvent se faire au centre même de l'Europe ?

On voit que tout est loin d'être dit sur cette grave et difficile question.

Il est un point, toutefois, du travail de M. Fauvel sur lequel tout le monde sera d'accord, c'est le vœu et le désir qu'il exprime de voir les travaux d'assainissement entrepris par l'Angleterre sur les bords du Gange aboutir à l'extinction du foyer d'origine du choléra, et, partant, à l'inutilité de tout cet appareil de mesures quarantenaires qui sont plus certainement un impédiment aux relations internationales qu'un obstacle aux invasions épidémiques.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Béhier.

Leçon sur un cas de pérityphlite

(Recueillie par le docteur A. Brochin).

Messieurs, je vous ai parlé le mois dernier, dans une leçon que j'ai eu l'honneur de vous faire, d'une forme particulière de pérityphlite produite par la présence, dans le cœcum, d'un corps étranger, et je vous ai montré que, dans cette variété particulière, la voie étant en quelque sorte tracée par le chemin suivi par le corps étranger, la collection formée alors avait grande tendance à s'ouvrir dans le cœcum sans causer habituellement de péritonite.

J'ai toutefois ajouté que, dans cette pérityphlite à répétition, cette complication pouvait être exceptionnellement constatée, et je vous ai même cité l'exemple d'un de mes compagnons d'étude qui a succombé à cette complication lors de la troisième attaque de la maladie.

Aujourd'hui, je veux étudier avec vous un autre cas de pérityphlite qui diffère à plus d'un titre du précédent.

Le 17 février, est entré au nº 4 de la salle Sainte-Jeanne, un jeune homme de vingt-quatre ans, qui exerçait la profession de vernisseur sur métaux, profession dans laquelle, comme vous le savez, on manie beaucoup la céruse. Cet homme était habituellement constipé; depuis huit jours, il ressentait des coliques, tout en ayant des selles diarrhéiques; il avait, en outre, un peu de fièvre et se plaignait d'une douleur dans le flanc droit. On sentait, au palper, une tumeur dans cette région qui, en effet, était d'une sensibilité excessive; la douleur était spontanée et présentait des exacerbations. Mais nulle part on n'avait la sensation d'un noyau dur, circonscrit comme chez le malade qui a été l'objet de la leçon que je vous rappelais tout à l'heure et chez lequel, je le répète, la pérityphlite était vraisemblablement due à la présence d'un corps étranger. Le malade dont je veux vous parler aujourd'hui était, en outre, amaigri; il avait la face pâle, les yeux faisant saillie au dehors des orbites, si bien qu'on pouvait penser, au premier abord, que l'on avait affaire à un goître exophthalmique; mais l'absence de palpitations et de tumeur au cou ne laissait subsister aucun doute à cet égard. Ses gencives présentaient le liséré bleuâtre des individus qui travaillent le plomb. Toutefois il ne portait aucune autre trace d'intoxication saturnine.

L'examen des poumons n'offrait rien de particulier; celui du cœur faisait entendre un bruit de souffle au second temps à la base, et le pouls présentait assez nettement la forme du pouls de Corrigan.

Quel devait être le diagnostic? L'un d'entre vous a pensé qu'il s'agissait d'une colique de plomb. Les symptômes étaient cependant, remarquez-le bien, différents de ceux de cette affection : l'existence des selles diarrhéiques coïncidant avec la douleur abdominale, la localisation de cette douleur dans la fosse iliaque du côté droit, la tension et le ballonnement du ventre, la douleur résultant de la pression, même exercée en masse sur le ventre, étaient les signes évidents d'une maladie autre que la colique saturnine et la tumeur observée dans le flanc droit ramenait à l'idée d'une typhlite compliquée ou non d'une pérityphlite.

Comme la rétention des matières fécales est souvent un fait qui aide à aggraver cette affection, en même temps qu'il en est la conséquence, ainsi que je vous l'ai dit dans la précédente leçon sur ce sujet, je prescrivis, pour éliminer ce terme du problème, un laxatif qui parut soulager le malade; mais l'altération assez profonde de la face observée chez lui me faisait craindre déjà que le péritoine ne fût touché et ne participât à l'inflammation. Cependant je n'avais encore à cet égard aucune certitude, les symptômes étaient modérés, et il n'y avait pas encore eu de vomissements.

Le lendemain, je fis appliquer sur la région douloureuse un vésicatoire, qui parut aussi produire un certain calme. Le surlendemain j'eus, de nouveau, recours aux purgatifs; il en résulta une débâcle séreuse; le malade prit un bain de deux heures et sembla, à la suite, éprouver un apaisement notable.

Bien qu'il n'en fût encore qu'aux premières atteintes de la maladie, la persistance et la qualité de la douleur entretinrent dans mon esprit l'idée de la propagation de l'inflammation au péritoine. Malgré la débâcle déjà obtenue, j'ordonne de nou-

veau un purgatif, car, c'est là un fait d'expérience que, pour ma part, j'ai souvent vérifié, à savoir que, dans les maladies intestinales, on voit se produire de véritables pluies séreuses sans que, pour cela, les matières solides indurées soient déplacées et entraînées au dehors.

Cela tient dans ces cas à ce que le liquide diarrhéique formé dans le tube intestinal passe à côté des matières fécales sans les déplacer, et c'est seulement par la répétition de la stimulation intestinale que ces cyballes peuvent être déplacées. Toutefois l'état de notre malade, loin de s'aggraver, paraissait au contraire s'améliorer sous l'influence de cette médication, quand il eut une étrange fantaisie qui certainement fut pour quelque chose dans la funeste issue de sa maladie : peu de temps après le bain qui l'avait soulagé, il se sentit si bien qu'il se leva furtivement et descendit se promener dans le jardin. Il en revint mal à son aise, fut pris d'une dyspnée intense, de vomissements fréquents et abondants ; la douleur abdominale s'accrut considérablement, le ballonnement se manifesta ; enfin, à partir de ce moment, il ne pouvait plus y avoir aucun doute sur l'existence d'une péritonite.

Mais ici immédiatement se posait une question.

Avions-nous affaire à une péritonite résultant d'une perforation du cœcum ou bien à une péritonite développée seulement par voisinage et par propagation. Je ne doutai pas, quant à moi, que c'était à cette dernière opinion qu'il fallait s'arrêter, et voici les motifs sur lesquels s'appuyait ma manière de voir. En effet, dans les péritonites suites de perforation, quel que soit l'organe qui soit le siége de la rupture, les phénomènes se développent brusquement et sont tout de suite très-violemment accentués ; ici nous n'observions pas une altération de la face aussi prononcée et d'une apparition aussi brusque, les vomissements n'étaient pas non plus aussi souvent répétés que dans les cas de rupture. Enfin, et j'insiste beaucoup sur ce point, la forme même du ballonnement n'était pas celle que l'on a notée dans les cas de péritonite suite de rupture intestinale. Dans ce cas, en effet, remarquez-le bien, les gaz sont, non pas contenus dans les intestins distendus, mais répandus en liberté dans la cavité péritonéale. De là un ballonnement uniforme, une distension égale et généralisée, bien loin qu'on retrouve ces distensions inégalement réparties et comme mamelonnées, qui ne sont autres que les anses intestinales inégalement distendues.

Nous n'avions pas non plus ici un sujet de doute qui eût pu venir si l'on avait eu affaire à une femme ; la métrite, en effet, peut développer des phénomènes d'une certaine gravité, la douleur peut être vive; les vomissements, la fièvre peuvent être observés, ainsi que des phénomènes généraux très-intenses, mais jamais la face n'est aussi profondément altérée, jamais le ballonnement n'est aussi marqué dans la métrite. Nous n'avions pas non plus affaire à une néphrite aiguë, laquelle peut amener et la douleur et les vomissements, et peut surtout chez les femmes en couche, chez lesquelles elle est assez fréquente, simuler un moment la péritonite.

A cette occasion, permettez-moi une légère digression sur la façon dont se produit très-souvent la néphrite chez les femmes en couche. Pendant les efforts d'accouchement, le méat urinaire est entraîné en avant, comprimé et distendu en même temps que la vulve, et devient alors le siége de gerçures qui rendent la miction assez douloureuse pour que les femmes retiennent volontiers leur urine afin d'éviter la douleur; de là, distension de la vessie par l'urine retenue, distension qui est d'autant plus facile que la paroi abdominale distendue par la gestation reste flasque, et ne s'appliquant plus sur la vessie, n'exerce plus sur elle l'action réflexe ordinaire. Cette rétention est une cause de néphrite, et dans ce cas, les symptômes observés peuvent au premier abord simuler ceux de la péritonite. Dans ces cas, l'examen des urines est un bon moyen de diagnostic ; elles sont albumineuses, en effet, dans la néphrite et restent normales dans la péritonite.

Pour en revenir à notre malade, l'examen des urines n'a rien présenté de particulier. Dans la nuit qui suivit son imprudente promenade, survinrent d'abondants vomissements verdâtres, une forte dyspnée, du délire, et le ventre devint un peu moins douloureux par la diminution de la perception sensitive ; mais la voix était cassée, les yeux plus saillants que jamais, la face grippée, la température très-élevée (40°), le pouls très-fréquent (130 pulsations). Malgré les frictions avec l'onguent napolitain, l'application de la glace, etc., etc., malgré tout ce que nous pûmes faire, comme il était aisé de le prévoir, cet homme succombait le lendemain 2 mars dans l'après-midi.

L'autopsie fut pratiquée, le 4 mars, par M. H. Liouville et voici les renseignements qu'elle nous fournit :

Extérieurement, le cadavre présentait des veinosités très-apparentes à la partie interne et supérieure des cuisses. La peau de l'abdomen avait pris une coloration verdâtre; le ballonnement du ventre était assez considérable. Aucune trace d'œdème, dans quelque région que ce fut, aucune trace de rachitisme ou de tuberculisation osseuse.

La cavité abdominale est remplie d'nn liquide purulent absolument poisseux. Cet état glutineux de la séreuse malade s'étend dans toute son étendue et jusque au-dessous et au-dessus du foie. L'estomac et les intestins sont considérablement distendus. La quantité de pus, bien lié, contenue dans la cavité abdominale est énorme (3 et 4 litres). Une arborisation très-vive se voit sur tout l'intestin. Les ganglions du mésentère sont rouges et tuméfiés.

Du côté droit, sous le flanc, on remarque une adhérence de la face postérieure et latérale du cœcum avec la fosse iliaque. A ce niveau, l'intestin est baigné par du pus, et les parties voisines sont également infiltrées de produits purulents.

Quant aux intestins, on constate des saillies assez prononcées des plaques de Peyer, un peu hypertrophiées, mais non empâtées ni ulcérées, et, en outre, sous forme de psorentérie des saillies très-nombreuses, miliaires des follicules clos, dans l'iléon, mais déjà très-prononcées dans le duodénum. On ne trouve pas de granulations tuberculeuses, ni aucune ulcération. Les petits ganglions du bord mésentérique sont augmentés de nombre et de volume.

L'estomac est très-dilaté, les parois sont épaisses et la face interne considérablement vascularisée.

Les poumons sont le siége d'une congestion œdémateuse; il n'y a pas de tubercules apparents. Le cœur présente une légère insuffisance aortique. Le cerveau est congestionné. On trouve un caillot assez solide dans la vertébrale gauche et dans l'artère basilaire, et, de même, un caillot dans l'artère sylvienne du côté gauche.

Telles sont les lésions constatées à l'autopsie, mais une dissection plus complète de la région de l'hypochondre droit a permis de constater les particularités suivantes :

C'est autour de la portion cœcale de l'intestin que les phénomènes de la péritonite sont le plus prononcés. Là, en effet, dans une zone qui peut avoir de 7 à 8 centimètres environ, le tissu cellulaire, le péritoine, toutes les portions peri-intestinales ont subi les modifications de l'inflammation la plus prononcée et sont baignées dans un liquide hémato-puriforme, sanieux, poisseux qui les fait adhérer, dans certains points, d'une façon anormale.

Dans cette région, on peut détacher plusieurs couches de nouvelle formation, néo-membranes vivement injectées, parcourues de nombreux vaisseaux et souvent baignant dans le pus. On arrive ainsi à une poche qui contient une sanie purulente épaisse et rouge dans laquelle se trouve baigné l'appendice iléo-cœcal, augmenté de volume, fortement tuméfié dans sa première partie, ramolli, au contraire, et devenu friable dans sa seconde partie. L'extrémité paraît intacte dans sa constitution.

C'est donc au niveau du coude que forme l'appendice reployé ici en une sorte d'S, que se trouve la portion la plus friable. Dans son intérieur existe une quantité notable de liquide sanio-puriforme qui le distend. On a bien trouvé, en faisant passer un stylet, un point de l'endroit coudé où les membranes se sont rompues; mais, vu leur état de friabilité, on ne peut affirmer si c'est un accident de préparation ou une rupture faite pendant la vie. Quoi qu'il en soit, la poche pérityphlite présente, comme l'appendice, un aspect d'inflammation très-considérable et de date évidemment ancienne.

Au milieu de la vascularisation si intense qui se remarque sur cette portion du péritoine enflammé, on peut constater deux petites granulations de la grosseur d'un grain de mil, saillantes, ayant un centre jaunâtre et une sorte d'aréole inflammatoire qui les entoure. De plus, à l'union même de l'intestin avec l'ouverture de l'appendice iléo-cœcale, le ramollissement est tel qu'il existe une petite perforation.

Enfin l'abcès développé autour de l'appendice enflammé communique avec le tissu cellulaire déjà malade par un petit canal dont les parois sont très-enflammées, et c'est probablement par cette communication qu'a eu lieu le développement de la péritonite suppurée. (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 octobre 1874. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport final de M. le docteur Puel, médecin des épidémies de l'arrondissement de Figeac (Lot), au sujet d'une épidémie de rougeole qui a régné dans le canton de La Capelle-Marival (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Bertherand, président de la Société de climatologie, sciences physiques et naturelles de l'Algérie, qui soumet à l'Académie de médecine les éléments et les conclusions d'une enquête officielle faite en Algérie au point de vue de la climatologie, de la géographie médicale, de la statistique, de l'ehtnologie, de l'alimentation et de l'hygiène préventive; 2° une lettre de remercîments de M. le docteur Parise (de Lille), élu membre correspondant.

PRÉSENTATIONS

M. Leroy de Méricourt présente, au nom de M. Jules Rochard, directeur du service de santé de la marine, un volume intitulé : *Histoire de la chirurgie française au dix-neuvième siècle.*

M. Ricord présente, au nom de M. le docteur Henri Levittout (de Varsovie), docteur en médecine de la Faculté de Paris, deux ouvrages, un volume ayant pour titre : *Philosophie de la nature,* et une brochure en langue polonaise sur la névralgie.

M. Tardieu dépose sur le bureau la nouvelle édition de son traité de l'empoisonnement.

M. Larrey présente plusieurs brochures : 1° une étude sur les populations de la Casamance, par M. le docteur Bérenger-Féraud; 2° un cas de grossesse extra-utérine par M. le docteur Gripouilleau; 3° de la mortalité des enfants du premier âge, par M. le docteur Faucon (d'Amiens); 4° de la valeur des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde, par M. le docteur Libermann; 5° aperçu historique, statistique et clinique sur le service des ambulances et des hôpitaux de la Société de secours aux blessés pendant la guerre de 1870-1871 en deux volumes, par M. le docteur Chenu.

M. Bergeron présente de la part de M. Lecadre (du Havre) une brochure sur l'état sanitaire de cette ville.

LECTURE

Du suc intestinal. — M. Leven donne lecture du résumé suivant d'un mémoire sur le suc intestinal.

La muqueuse de l'intestin grêle est garnie dans toute son étendue de glandes qui sécrètent un suc et dont le rôle est d'achever la digestion des substances azotées, la transformation des fécules en sucre et l'émulsionnement des graisses.

Pour bien séparer le suc intestinal du liquide pancréatique et biliaire et des liquides dus aux aliments, nous avons eu soin après avoir tué l'animal par piqûre du bulbe (nos expériences ont été toutes faites sur le chien) de laver la muqueuse intestinale à grand courant d'eau, de la couper en fragments, de la faire infuser dans 300 grammes d'eau distillée à la température de 38° durant quelques heures.

La méthode par infusion est celle que nous avons employée pour l'étude de l'estomac.

Elle nous a permis de reconnaître que le gros intestin ne transforme pas les fécules en sucre, n'émulsionne pas les graisses et ne produit qu'une très-faible quantité de peptone, que ces propriétés digestives appartiennent à l'intestin grêle seul.

Nous ne désirons aujourd'hui appeler l'attention de l'Académie que sur un point, à savoir que le suc intestinal n'est pas alcalin, comme l'ont dit tous les physiologistes, Frerichs, Bidder et Schmidt, Thyry, Collin, Bernard, Moreau, Vulpian, mais acide.

Ce point est très-important, car ils ont présenté l'intestin et l'estomac comme deux milieux tout différents, l'un acide, l'autre alcalin, séparés par une barrière, le pylore.

L'alcalinité doit servir, selon eux, à détruire l'acidité de l'estomac.

Si le suc intestinal est réellement acide, le suc gastrique se trouverait aussi bien dans l'intestin que dans l'estomac.

Ils ne formeraient qu'un même milieu, servant à l'élaboration des substances albuminoïdes.

L'estomac ne fait que commencer la digestion des substances azotées, il ne peut rien ni sur les graisses, ni sur les fécules.

C'est le suc intestinal acide qui achève de transformer les aliments avec le concours du foie et du pancréas.

Pour démontrer que le suc intestinal est alcalin, les physiologistes se sont fondés sur une expérience qui n'est vraie qu'en apparence.

Ils tirent un fragment d'intestin de l'abdomen, le lient à ses deux bouts avec un fil ou appliquent des compresseurs à ses extrémités ou encore coupent les nerfs qui vont à l'anse.

Puis ils la rentrent dans l'abdomen et examinent le liquide sécrété dans cette anse quelques heures après.

Le liquide est toujours alcalin.

Il n'est alcalin que parce que la sécrétion des vaisseaux qui entourent l'anse a alcalinisé le liquide ;

Parce qu'ils ont fait déverser dans le calibre de l'intestin le liquide le plus alcalin de l'économie, le sang.

Mais quand ils examinent la réaction du liquide sur l'animal mort, sans qu'on ait torturé l'intestin, ils le trouvent acide ou neutre. Il y a donc une contradiction frappante entre l'expérimentation et l'examen direct.

Ils ne peuvent sortir de cette contradiction que par deux hypothèses.

La première, c'est que le suc gastrique, descendant dans l'intestin, rend les trois liquides pancréatique, biliaire et intestinal, acides.

Mais quand on laisse un animal à jeun quarante-huit heures, le liquide est encore acide, le suc gastrique, qui n'est sécrété que durant la digestion, n'a pas pu rendre le liquide intestinal acide.

Si cette hypothèse vient à manquer, on en fait une deuxième qui a encore moins de valeur que la première, hypothèse formulée par Blondlot et soutenue par Lehmann, à savoir que les aliments, le sucre et la fécule, se transformant en sucre, donnent naissance dans l'intestin, en se décomposant, à de l'acide lactique, qui rend le suc intestinal acide.

A cette hypothèse nous répondons par les expériences :

5 grammes de glucose dans 30 grammes d'eau sont absorbés après vingt minutes chez le chien, sans qu'on retrouve trace de sucre ni dans l'estomac, ni dans l'intestin, soit par le liquide de Fehling, soit par le polarimètre.

Donc le sucre s'absorbe sans se décomposer. De même la fécule crue, qu'on la donne à la dose de 30 grammes ou de 100 grammes d'eau distillée.

Après la première heure elle est tout entière dans l'intestin, et l'on ne trouve pas trace de sucre ni dans l'intestin, ni dans le sang.

A la deuxième heure on trouve des quantités notables de sucre dans le sang de la veine porte et une petite portion dans l'intestin.

La muqueuse de l'intestin est sèche, il n'y a pas de liquide dans son intérieur et la réaction de la muqueuse est neutre.

Donc le sucre s'absorbe rapidement, passe dans le torrent de la circulation, soit qu'il soit administré comme sucre ou qu'il se soit formé dans l'intestin, et il ne s'y trouve jamais qu'en très-faible proportion, même après la sixième heure.

Donc l'acidité du liquide intestinal ne peut être due à la transformation du sucre qui passe dans le sang très-rapidement.

Voyons maintenant ce que nous apprend l'expérimentation directe.

Si je fais infuser cinq minutes l'intestin coupé en fragments dans 250 grammes d'eau distillée tiède, elle devient très-acide.

Si on laisse infuser deux heures l'intestin à 38 degrés, on a un liquide très-acide qui a toutes les propriétés digestives indiquées plus haut. Si l'intestin avait un suc alcalin, il rendrait l'eau alcaline et non acide.

Que l'on prenne deux plaques de Peyer, et qu'on les fasse infuser dans l'eau on a le même liquide acide.

Le gros intestin a un suc acide comme l'intestin grêle.

Ainsi tout l'intestin est chargé d'un suc acide; mais l'intestin grêle seul a réellement la fonction digestive; il a les mêmes propriétés que le pancréas.

Les aliments peuvent échapper au liquide pancréatique qui n'arrive dans l'intestin que par un point, mais traversant l'intestin grêle dans toute sa longueur, ils rencontrent partout un suc digestif acide qui est essentiellement propre à la digestion des substances azotées. L'intestin grêle peut suppléer à l'estomac, au pancréas, au foie, lui seul suffit pour digérer tous les aliments. Les médecins savent combien un catarrhe de l'intestin est funeste à la vie de l'individu, tandis que la dyspepsie stomachale peut durer des années sans que l'individu perde de son embonpoint.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission.

Conclusions de la conférence de Vienne. — M. FAUVEL continue la lecture de son exposé des travaux de la conférence de Vienne.

Voici le résumé de cet exposé dont nous n'avons fait connaître dans le dernier compte rendu que le préambule.

Sur la première question, il n'y a eu dans la conférence de Vienne aucune dissidence, le vote a été unanime et ce vote a été entièrement confirmatif de celui de la conférence de Constantinople. Ainsi se trouvent écartés le développement spontané du choléra asiatique en Europe et la prétendue origine nouvelle de l'épidémie qui régna en Pologne en 1852 et de celle qui se manifesta à Kiew en 1869.

Pour donner à ces conclusions leur valeur réelle, M. Fauvel s'est attaché à préciser d'abord les points en litige.

Sur l'origine indienne du choléra qui, pour la première fois, a envahi l'Europe en 1830, dit-il, il n'y a aucune dissidence; mais il y avait à résoudre un autre problème qui a été agité dans ces derniers temps. C'est la question de savoir si le choléra introduit en Europe ne s'y est point acclimaté, dans certaines régions au moins, et si des épidémies n'y ont pas pris naissance spontanément sans importation nouvelle?

M. Fauvel rappelle que la conférence de Constantinople n'avait admis jusqu'en 1865 que trois invasions en Europe de choléra épidémique provenant de l'Inde: en 1830, en 1847 et en 1865. Chacune de ces invasions avait donné lieu à une grande épidémie parcourant successivement une bonne partie de l'Europe, de l'Amérique et de l'Afrique, dans l'espace de plusieurs années, se composant ainsi d'une suite d'épidémies partielles sévissant çà et là avec des rémissions, des exacerbations, des retours offensifs, jusqu'à ce qu'enfin l'épidémie s'éteignit complétement partout en Europe.

La conférence reconnaissait d'ailleurs que la ténacité du choléra dans certaines parties de l'Europe, en Russie particulièrement, était de nature à faire craindre que cette maladie ne rencontre là des conditions favorables à son acclimatement et par suite à un développement épidémique sans importation nouvelle.

L'épidémie de Kiew, en Russie, en 1869, donnait un nouvel intérêt à cette question. Cette épidémie avait-elle pris spontanément naissance à Kiew sans filiation avec l'épidémie antérieure mal éteinte? ou bien était-elle la conséquence d'une nouvelle importation provenant de la Perse?

Les médecins russes ont persisté à n'y voir qu'une suite de l'invasion de 1865, une recrudescence de l'épidémie mal éteinte. D'autres émirent l'opinion que l'épidémie qui avait reparu en Russie était la conséquence d'une importation par des marchands persans... Toutefois, ajoute M. Fauvel, cette revification du choléra en Russie plusieurs années après l'invasion, alors qu'il n'y restait plus que des manifestations partielles de la maladie, et que celle-ci était complétement éteinte en Europe, me porte à conclure qu'il se pourrait bien que le choléra fût devenu endémique dans certaines régions de la Russie.

Ici se trouvant en présence de la brochure publiée en 1871 par M. Tholozan, sur l'origine nouvelle du choléra asiatique et le développement en Europe d'une grande épidémie cholérique, M. Fauvel discute ce travail et cherche à démontrer que cette épidémie, comme toutes les précédentes, n'était qu'une reprise de l'épidémie de 1852.

Revenant à la conférence de Vienne, M. Fauvel montre comment M. le docteur Lenz, délégué de Russie, s'appuyant sur les témoignages du docteur Arkangelsky et de Griesfinger, a été amené à considérer les épidémies de choléra envahissant qui parcoururent l'Europe de 1852 à 1855 et de 1869 à 1873, comme provenant de foyers secondaires très-tenaces en Europe même, comme le résultat de la progression sans interruption de la même épidémie de proche en proche, et non pas, comme l'a prétendu M. Tholozan, une épidémie d'origine nouvelle.

Quant à l'épidémie de 1869 à Kiew, M. Lenz s'est également attaché à prouver qu'elle n'était qu'une recrudescence d'une épidémie non entièrement éteinte et ayant laissé des germes qui, sous l'influence de conditions favorables encore inconnues, se sont ranimés et ont propagé la maladie en Europe. D'où il conclut, comme l'avait déjà fait le docteur Pelikan, que les germes cholériques une fois importés en Europe peuvent, pendant un temps assez long, dans des conditions favorables, se ranimer et donner lieu à une recrudescence parfois plus désastreuse que ne l'avait été l'épidémie importée directement de l'Inde.

A mon sens, dit M. Fauvel, le seul point mis hors de doute par la communication de M. Lenz, c'est que les épidémies de 1852 et de 1869 ne sont ni le fait d'une importation nouvelle provenant de l'Inde, ni le fait d'un développement spontané du choléra en Europe, mais des recrudescences se rattachant à des épidémies mal éteintes. Toutefois, ajoute-t-il, cette ténacité du choléra en Russie et en Pologne, et ces recrudescences qui donnent lieu à des épidémies envahissantes ne sont pas de nature à éloigner la crainte d'un acclimatement définitif dans le pays, sous l'influence de conditions locales favorables.

La deuxième question examinée par M. Fauvel est celle relative à la transmissibilité du choléra.

Comme à Constantinople, et dans les mêmes termes, la conférence

de Vienne a reconnu, à l'unanimité, que le choléra pouvait être transmis par les hardes et effets à usage, par les boissons et particulièrement par l'eau, par l'air, etc.; elle a émis des doutes sur l'influence des aliments, des animaux vivants, des marchandises et des cadavres des cholériques.

La question relative à la transmissibilité du choléra par l'homme a seule reçu une réponse qui diffère par les termes de celle donnée à Constantinople. Mais, d'après les renseignements donnés par M. Fauvel sur la discussion engagée à ce sujet, il y a toute apparence que le vote été entaché d'erreur ou de malentendu.

La question de l'incubation du choléra a soulevé deux opinions différentes. Les dissidences ont tenu surtout à ce que la question avait été examinée à des points de vue différents, les uns ayant envisagé surtout la localité infectée, les autres ayant principalement considéré le malade. Quoi qu'il en soit, la conférence de Vienne en est venue, en définitive, à la conclusion de Constantinople.

Restait la question de la désinfection. Encore ici une question mal posée. Aussi, dit M. Fauvel, la discussion est-elle restée dans des généralités qui n'ont conduit à rien. La majorité s'est montrée favorable à l'utilité de la désinfection, sans rien spécifier, quant aux procédés, et en recommandant d'y associer des mesnres hygiéniques.

Dans la deuxième partie de son exposé, M. Fauvel entretient l'Académie de la manière dont la conférence de Vienne a traité et résolu les questions pratiques soumises à son examen, savoir : les mesures quarantenaires et l'institution d'une commission internationale permanente des épidémies.

En ne considérant, dit M. Fauvel, que les conclusions scientifiques de la conférence, il devait sembler tout naturel que, comme corollaires de ces conclusions, elle proposât des mesures de quarantaine très-rigoureuses. Mais dans la pratique, l'application des quarantaines n'a point de règle absolue; l'indication prophylactique pouvant se trouver compliquée, contrariée par toutes sortes de circonstances avec lesquelles il faut compter : intérêt commercial, intérêts des communications, etc., etc. De là un conflit dont M. Fauvel rapporte toutes les péripéties, et qu'il s'est efforcé de faire cesser, dès son arrivée à Vienne, en proposant un moyen de conciliation.

M. Fauvel, prenant en considération les intérêts dominants différents des divers États représentés à la conférence, montre combien ces distinctions sont difficiles à établir dans la pratique; aussi a-t-il été d'avis que, dans un intérêt commun, on pouvait mettre sur le même pied, vis-à-vis de nous, tous les États du nord de l'Europe, l'Angleterre exceptée. Il admettait donc la possibilité d'un entente avec les États du Nord, fondée sur un intérêt commun et ayant pour objet des mesures uniformes réduites aux précautions praticables.

Dans le sud de l'Europe, la question se présentait sous un tout autre aspect. Là les mesures quarantenaires ont déjà fait preuve d'efficacité chaque fois qu'elles ont été appliquées convenablement. Mais la délibération de la commission semblait n'en avoir pas tenu compte.

Ici M. Fauvel explique longuement les conflits d'intérêt soulevés au sein de la commission, et le rôle que M. Proust et lui ont eu dans les décisions définitives qui ont été prises, et dont le résultat a été le maintien du double système de l'inspection médicale et des mesures quarantenaires adoptées par la conférence de Constantinople.

En résumé, dit en terminant M. Fauvel, l'œuvre pratique accomplie par la conférence de Vienne a une importance qu'on ne saurait méconnaître.

En posant les règles de la prophylaxie maritime applicables en Europe contre l'importation du choléra, et en proposant dans ce but deux systèmes qui répondent à des situations et à des intérêts différents, la conférence a établi les bases d'une entente diplomatique désirable.

Bien qu'aucune stipulation ne le dise dans le relevé des conclusions, il est clair que le système de l'inspection médicale ne saurait donner lieu à une entente que pour le nord de l'Europe. D'un autre côté, il est évident que le système des quarantaines pourrait être adopté d'un commun accord par les États du Sud.

Quoi qu'il en soit, l'œuvre de la conférence de Vienne ne restera pas stérile. Elle a amené par la discussion des rapprochements qui paraissaient impossibles; elle a surtout montré une vue plus claire des intérêts en cause dans ces questions des quarantaines, et par suite la possibilité de modifications successives dictées par des intérêts mieux compris.

D'un autre côté, en recommandant l'institution d'une commission internationale des épidémies, dont elle détermine nettement les attributions, la conférence a compris toute l'influence qu'un tel instrument d'études pourrait avoir sur les progrès de la prophylaxie appliquée au choléra et à toutes les épidémies pestilentielles; elle amène à espérer qu'une connaissance plus complète de l'étiologie du choléra pourrait conduire à l'abolition des quarantaines.

En effet, pour nous, toutes ces mesures restrictives ne sont que des pis-aller qui, dans un avenir plus ou moins lointain, doivent tomber. Si nous connaissions mieux les lois qui président à la genèse et à la propagation du choléra, et si de ces lois nous pouvions déduire des règles de prophylaxie plus sûres que les quarantaines, il est incontestable que celles-ci devraient être supprimées. Mais nous n'en sommes pas là, et, faute de mieux, les quarantaines ont encore leur raison d'être.

Du reste les quarantaines en Europe contre le choléra tomberont le jour où, comme il est encore permis de l'espérer, les manifestations épidémiques, résultant de l'invasion de 1865, s'éteindront comme les précédentes complétement en Europe, et si, d'autre part, la Russie, la Turquie et l'Égypte, nous défendent suffisamment contre de nouvelles invasions venant de l'Inde; j'ajoute qu'à plus forte raison toutes les mesures restrictives disparaîtront en Europe, si le gouvernement anglais parvient, à l'aide des mesures hygiéniques qu'il applique aujourd'hui sur une grande échelle, à tarir la source de ces grandes épidémies indiennes qui sont l'origine de toutes celles dont nous avons souffert jusqu'à présent.

M. J. GUÉRIN demande la parole. Il a cru devoir, dit-il, interrompre l'argumentation qu'il avait commencée contre la précédente communication de M. Fauvel, par déférence pour la conférence de Vienne, qui venait alors de se réunir, et dont il lui avait paru convenable d'attendre les résultats. On sait aujourd'hui que les conclusions de cette conférence sont confirmatives de celles de la conférence de Constantinople. Il se retrouve donc en présence de la nouvelle communication de M. Fauvel dans la même situation qu'auparavant, et les arguments qu'il lui a opposés conservent encore toute leur valeur.

Ce dernier travail de M. Fauvel ne lui paraît contenir qu'un seul point nouveau, c'est la théorie du réveil des épidémies cholériques qu'il a imaginée pour l'opposer à celle de la naissance des épidémies sur place; mais tout le monde sait que M. Tholozan a démontré le fait de la reproduction du choléra sans importation. En résumé, la conférence sanitaire de Vienne n'a rien ajouté à ce que l'on savait.

Si le bureau veut bien m'accorder la parole pour mardi en huit, j'exposerai à l'Académie des documents nouveaux en faveur de ma doctrine.

M. LE PRÉSIDENT fait remarquer qu'il y a déjà une discussion engagée sur le scorbut, qui doit être remise incessamment à l'ordre du jour. Serait-il convenable d'intervertir cet ordre du jour pour engager une nouvelle discussion sur le choléra? D'un autre côté, l'Académie va avoir à s'occuper bientôt de ses rapports officiels sur les prix et des élections pour le renouvellement des commissions permanentes. Il serait donc difficile de trouver place pour cette discussion.

M. WOILLEZ. L'Académie devra entendre prochainement la lecture du rapport sur les épidémies de 1873. Il y sera naturellement question de la dernière épidémie de choléra. Ne vaudrait-il pas mieux renvoyer la discussion après la lecture de ce rapport?

M. LE PRÉSIDENT. La discussion sur le choléra sera ajournée.

La séance est levée à six heures.

LISTE PAR ORDRE DE MÉRITE DES CANDIDATS NOMMÉS A L'EMPLOI D'ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

1° *Médecine. — Élèves de 4e année, admis à l'école du Val-de-Grâce.*

1 Casset (Charles-Alcide). — 2 Trifaud (Émile-Marius). — 3 Stoupy (Edmond-Pierre). — 4 Thuet (Edmond). — 5 Tarrieux (Louis-Ma-

rie-Joseph). — 6 de Tastes (Marie-Maurice-Marcel). — 7 Ihitz (Simon-Théodore). — 8 Gœbel (Prosper-Nicolas). — 9 Maldant (Jean-Baptiste-Auguste). — 10 Rocher (Marie-Georges).

11 Boyer (Samuel-Abraham). — 12 Rendu (Jean-Claude-Amand). — 13 Zimmermann (Jean-Baptiste). — 14 Salesses (Prosper-Baptiste-Émile). — 15 Manfredi (Félix-Antoine). — 16 Biechy (Pierre-Armand). — 17 Durget (Eugène-Théodore). — 18 Frison Joseph-Toussaint-Édouard). — 19 Vaugy (Théophile). — 20 Mouton (Alphonse-Émile-Garnier).

21 Lemarchand (Auguste-Louis-Henri-Alfred). — 22 Mervy (Jean-Baptiste). — 23 Revouy (Nicolas). — 24 Tambareau (Paul-Germain-Baptiste). — 25 Jacques (Victor-Edmond). — 26 Hantz (Claude-Marie-Joseph). — 27 Bosquette (Marie-Auguste). — 28 Genin (Camille-Marie-Armand). — 29 Torio (Albert-Louis). — 30 Lallement (Félix-Nicolas-Stephane).

31 Miquel-Dalton (Louis-Marie-Antoine). — 32 Laveau (Louis-Gabriel-Alexandre). — 33 Renaud (Charles-Marie-Auguste), — 34 Coroze (Victor-Ernest). — 35 Roland (Ernest-Marie).

Élèves de 3e année.

1 Perrin (Jules-Jacques-Marie). — 2 Woirhaye (Edmond-Paul). — 3 Laurent (Marie-Joseph-Aubin). — 4 Bouvier (Henri-François-Xavier). — 5 Hervéou (Charles-Marie-François). — 6 Laspales-Mondon (Marie-Pierre-Jean-Louis). — 7 Aubry (Charles-Albert). — 8 Chauvet (Louis-Pierre-Paul). — 9 Verjeus (Jules-Victor-Édouard). — 10 Bouchon (Jean-Charles). — 11 Thuillier (Théodule-Sosthènes). — 12 Vibert (Charles-Albert). — 13 Aubert (Joseph-Raymond). — 14 Villemin (Léon-Joseph-Émile-Albert). — 15 Engel (Théodore-François-Joseph).

Élèves de 2e année.

1 Berlin (Marie-René-Guillaume). — 2 Dupeyron (Pierre-Louis-Paul). — 3. Vignol (André). — 4 Morer (Eugène). — 5 Mignon (Henri-Alexandre-Alfred). — 6 Debort (Louis), — 7. Strauss (Paul). — 8 Schmitt (Charles-Jean-Pierre). — 9 Coste (Marie-Léon). — 10 Bayvel (Édouard-Clair-Émile).

11 Rodet (Pierre-Edgar-Martial). — 12 Roblot (Benoît-Léon). — 13 Tixier (Paul-François). — 14 Olivier (Gaston-Antoine-Marie-Jean-Étienne-Léon). — 15 Godet (Albert). — 16 Collignon (Réné). — 17 Bravet (Louis-Henri-Laurent-Théodore), — 18 Ferry (Oscar-Joseph). — 19 Fauchey (Justin-Léon). — 20 Naut (Julien-Isidore).

Élèves de 1re année.

1 Bernhard (Marie-Édouard-François-Joseph-Paul). — 2 Duriez (François-Adolphe). — 3 Fribourg (Salvador). — 4 Friot (Ernest-Victor). — 5 Toussaint (Marie-Emile-Henri). — 6 Plantié (Théodore-Vincent-Paul). — 7 Marotel (Eugène). — 8 Vilmain (Gabriel-Paul-François). — 9 Dauvé (Pierre-Henri). — 10 Perret (Jules-Adolphe-Maximilien).

11 Moreau (Georges-Marie-Anne). — Gabriel (Louis-Just-Joseph-Espérance-Sébastien). — 13 Dubar (Georges-Carlos-Henri). — 14 Pelletier (Louis). — Carcopino (Joseph-Marie)). — 16 Herbecq (Isidore-Georges). — 17 Bahiat(Léon-Henri). — 18 Stouff (Jean-Baptiste-Médard). — 19 Mila (Marie-François-Alfred). — 20 Candeville (François).

21 Henry (Paul-Louis-Marcel). — 22 Barbes (Étienne-Marc). — 23, Aubertie (Alma-Arnaud-François). — 24 Grouillard (Jacques-Marie-Charles-Roger). — 25 Collin (Lucien). — 26 Butte (Lucien). — 27 Marquié (Jacques-Marguerite-Jules). — 28 Lacroix (Jean-Baptiste-Marie-Hector). — 29 Loger (Georges-Henri). — 30 Médieux (Arthur-Louis-François).

31 Hermantier (Jean-Antoine-Augustin). — 32. Richard (Jean-Casimir). — 33 Colson (Henri-Théodore). — 34 Monfeils (Théophile-Charles-Émile.

2° *Pharmacie. — Élèves de 3e année, admis à l'école du Val-de-Grâce.*

1 Ducruzel (Louis-Eugène-Ernest). — 2 Stroebel (Louis-Edmond-Jules). — 3. Durand (Jean-Fortuné-Casimir).

Élèves de 2e année.

1 Vandeville (Jules-François). — 2 Rémusat (Charles-Jean-Baptiste-Étienne).

Élèves de 1re année.

1 Leroty (Alexandre-Charles-Louis). — 2 Mérel (Jules-Pierre-Gabriel). — 3 Malric (Eugène-Charles). — 4 Croizet (Pierre). — 5 Colin (Ernest-Auguste). — 6 Masse (Léon-Amédée-Louis). — 7 Bonnamy (Jules).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 10 octobre 1874, M. Brissez (Joseph-Adolphe), ancien chirurgien de l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Voici quelle est la question proposée par le jury pour la composition écrite dans le concours de l'internat :

Des rapports de l'œsophage. — Diagnostic des rétrécissements de l'œsophage.

— La quinzième série des *Merveilles de l'Industrie*, *ou Description des principales industries modernes*, par Louis Figuier, qui vient de paraître à la librairie Furne et Jouvet, est consacrée à l'*Industrie du tannage*, et renferme la description des procédés actuellement suivis pour la fabrication des cuirs. Quarante-huit figures représentant les machines et appareils en usage dans les tanneries accompagnent cette notice.

Étude sur les effets des climats chauds dans le traitement de la consomption pulmonaire, basée sur l'analyse de 251 observations, par Chas-Théodore Williams M. D. Oxon. F. R. C. P., médecin de l'hôpital pour les maladies de poitrine à Brompton. Traduction de l'anglais et notes par le docteur Émile Nicolas-Duranty, médecin-adjoint des hôpitaux de Marseille. — In-8° de 36 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, 1875, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Observation d'anurie durant plus de huit jours sans accidents graves d'intoxication urémique.

M. le docteur Tournadre (de Saint-Germain-Lembron) nous a communiqué la relation d'un fait très-curieux et assurément fort rare, mais qui n'est cependant pas sans analogue dans la science, comme il paraît le croire et comme nous allons essayer de le montrer tout à l'heure.

Voici d'abord l'observation de notre confrère :

Le 25 août dernier, nous écrit-il, je suis consulté par M. J..., âgé de cinquante ans environ, de bonne constitution et d'une sobriété exemplaire. Il me dit que, sans cause connue, il n'a plus uriné depuis la veille.

Non-seulement il y a suppression totale d'urine, mais aucun besoin ne se fait sentir, aucune douleur ne se manifeste, et sauf la préoccupation et un peu de diarrhée séreuse, il ne se présenterait jamais à la garde-robe.

Il y a quinze ans environ, le malade fut sérieusement atteint d'une dysentérie sur laquelle je n'ai eu aucun détail. Dans ces dernières années, il a souffert plusieurs fois de rhumatisme, tantôt siégeant au bas-ventre et aux organes génito-urinaires, tantôt aux deux articulations tibio-tarsiennes. Cette dernière crise eut lieu l'année dernière.

Questionné sur les commémoratifs et sur l'état de ses urines, il dit s'être purgé quelques jours auparavant au moyen de 12 grains d'euphorbe qui lui avaient procuré sans douleurs de copieuses évacuations par le haut et par le bas, mais que, le soir, il avait pris froid à la région lombaire en restant assis sur le seuil de sa porte. Quant à l'urine, depuis quelque temps, elle est trouble, rouge et dépose un sédiment au fond du vase.

Comme le malade ne ressent aucune souffrance, qu'il n'a pas de fièvre, dans la pensée que son rhumatisme, compliqué de gravelle, occasionne seul cette suspension d'urine, je prescris le repos absolu, des bains de siége prolongés et de la tisane de graine de lin.

Le lendemain et les jours suivants, même état : anurie complète, persistance de la dysentérie, pas de douleur indiquant soit une néphrite simple, soit une néphrite calculeuse, pas de réaction, température normale, peau fraîche, pouls de 72 à 76, faciès bon, ventre légèrement ballonné.

En l'absence de symptômes inflammatoires, je ne crois pas devoir ordonner d'émission sanguine générale ou locale; je m'en tiens à mes prescriptions.

Le vendredi 28, la nuit a été très-mauvaise, le ventre est très-ballonné, quelques accès de dyspnée se sont produits à partir d'une heure du matin ; le malade est très-abattu ; il a souffert de douleurs à l'épaule gauche et sous le sein gauche, mais il n'a éprouvé ni céphalalgie, ni délire, ni hallucination, ni trouble de la vision. Quelques envies de vomir se sont manifestées ; le pouls est aussi lent et aussi régulier, quoique un peu plus faible.

Chaque jour, mon examen se porte sur le ventre et les lombes; je n'y perçois rien. Je me décide cependant à sonder le malade, plutôt pour confirmer mon diagnostic que pour l'éclairer. Deux sondes en caoutchouc, de grosseur différente, sont introduites successivement dans la vessie ; pas une goutte d'urine n'en sort, mais elles ramènent des graviers très-ténus. En présence de ce résultat, j'adjoins au premier traitement du bicarbonate de soude dissous dans la tisane, et je fais frictionner l'hypogastre et la région lombaire avec un liniment diurétique et stimulant; lavement d'eau de mauves et cataplasmes sur le ventre.

La journée se passe sans changement. Même nombre de pulsations, quoique un peu plus faibles ; même température ; diarrhée persistante ; aucun symptôme d'urine. Le malade mange un peu et reste levé l'après-midi.

La nuit est mauvaise, surtout dans sa seconde moitié ; dyspnée, douleur erratique aux membres supérieurs, ventre ballonné. Le malaise disparaît au point du jour.

Le samedi 29, même état ; le bicarbonate de soude, donné à la dose de 6 grammes par jour, ni les frictions, ni surtout le bain de siége, n'ont amené de l'amélioration. Je songe à provoquer, s'il est possible, une métastase sur le membre inférieur, et pour cela je fais recouvrir les jambes de sinapismes. En même temps, je fais prendre une potion stimulante, dans laquelle j'ajoute 2 grammes de chloral, et du sirop d'éther pour combattre la tympanite. Enfin, pour remplacer l'action éliminatrice des reins, je prescris un purgatif.

Dimanche 30 août, la nuit a été meilleure, les suffocations qui avaient lieu le matin ne sont pas revenues; la purgation a diminué de beaucoup le météorisme ; le malade a rendu un peu de sang et une infiniment petite quantité d'urine.

A ce moment, le médecin ordinaire du malade, que je ne faisais que remplacer, le sonde de nouveau, mais en vain.

La journée se passe sans amélioration; l'état général s'est aggravé; le pouls est petit et bat de 60 à 65 pulsations; respiration suspirieuse; coloration marquée et tuméfaction de la face et du cou; léger subdélirium; sommeil continuel et ronflements.

Lundi 31, le malade rend un peu de sang, très-peu d'urine, à peine un plein coquetier dans toute la journée; la diarrhée persiste; le pouls s'est un peu relevé; continuation de la même médication; on fait en plus une injection dans la vessie.

Mardi 31, nuit très-mauvaise; douleur généralisée; météorisme très-prononcée; dyspnée intense. Le médecin ordonne un lavement d'éther qui fait rendre beaucoup de gaz au malade, et en même temps un grand bain prolongé. Le malade reste deux heures dans le bain. Un caillot de sang s'échappe du canal de l'urèthre, puis un jet d'urine presque naturelle accompagné de douze à quinze calculs très-petits; puis encore du sang en assez grande quantité. Enfin le cours de l'urine se rétablit, et le malade urine toute la soirée et toute la nuit presque sans relâche.

Le malade se sent soulagé, le mardi 2 août il reprend un bain, l'urine coule abondamment, mais d'une façon moins copieuse; l'état général est plus satisfaisant, mais, vers le soir, l'articulation tibio-tarsienne gauche se gonfle et devient le siége de douleurs intenses qui durent toute la nuit et continuent jusqu'à ce jour.

Le 5 septembre le malade urine comme d'habitude, mais le rhumatisme a pris le dessus et sévit sur les articulations des pieds et même sur le bas-ventre.

— Il est très-regrettable pour l'éclaircissement de ce fait, qui renferme plus d'une lacune et plus d'une obscurité, que notre confrère n'ait pas eu l'idée ou n'ait pas été à même de faire analyser les selles de ce malade, pour s'assurer si elles contenaient ou non de l'urée.

Quoi qu'il en soit, ce fait nous semble, à quelques égards au moins, pouvoir être rapproché des cas d'ischurie ou d'anurie des hystériques, sur lesquels M. Charcot a appelé l'attention des médecins dans ses leçons de 1872 à la Salpêtrière.

Nous pensons qu'on lira ici avec intérêt un résumé de l'observation curieuse qui lui a fourni le texte d'une leçon très-remarquée alors sur l'ischurie hystérique.

Voici ce fait :

Anurie hystérique.

Une malade, une hystérique, âgée de quarante ans, après avoir présenté, pendant une période de dix années, une succession de phénomènes qui ne pouvaient laisser aucun doute sur la nature hystérique de la maladie : grandes attaques convulsives, rétention d'urine, hémiplégie avec hémianesthésie et achromatopsie d'abord à gauche, puis plus tard hémiplégie droite suivie de contracture, etc., fut prise d'une ischurie, d'abord, c'est-à-dire d'une diminution considérable dans la quantité d'urine excrétée, qui dura plus de six mois, puis plus tard d'une anurie complète, qui se montra à plusieurs reprises, pendant plusieurs jours de suite. Durant une première période de quinze jours, la quantité des urines excrétées varia entre 0 et 5 grammes par vingt-quatre heures. Durant une deuxième période d'un mois entier, la moyenne fut de 3 grammes. Ce fut pendant ce mois qu'il y eut à plusieurs reprises une anurie complète durant plusieurs jours, mais jamais cette anurie n'a dépassé onze jours de suite. Durant un autre mois, la moyenne des urines ne s'éleva par au-dessus de 2gr 50 par jour. Il faut ajouter que durant toute cette période de deux mois et demi, à ce phénomène morbide se joignaient des vomissements fréquents s'effectuant sans effort et amenant le rejet de la plus grande partie des aliments. La quantité des matières vomies fut évaluée, durant tout ce temps, à une moyenne d'un litre à un litre et demi par jour. En général la quantité des vomissements augmentait en proportion de la diminution des urines et inversement. L'analyse des matières vomies y décela la présence de l'urée en quantité notable (environ 3 grammes par litre). Pendant tout ce temps, la santé générale de la malade n'avait présenté aucun trouble digne d'être noté. Une analyse du sang, faite durant la période d'anurie, ne dénota pas d'accroissement sensible dans la quantité d'urée.

Enfin, vers le troisième mois environ, sous l'influence d'une forte dose de chloroforme administré dans l'intention d'obtenir la résolution des membres contracturés, il se produisit une incontinence d'urine, les vomissements cessèrent, et les urines revinrent progressivement à leur taux régulier.

Quelques mois plus tard l'anurie se montra de nouveau, mais moins accentuée; et après quelques alternatives de polyurie et d'oligurie, la sécrétion urinaire finit par se rétablir à peu près dans les conditions normales.

M. Charcot a eu le soin de faire remarquer qu'à aucune époque on ne constata d'évacuation supplémentaire d'urée par l'intestin ou par la peau.

— Ce fait venait d'être publié depuis peu, lorsque l'occasion se présenta à M. le docteur Fernet d'en observer un semblable qu'il communiqua à la Société médicale des hôpitaux.

Voici le résumé de ce second fait qui offre les plus grandes ressemblances, comme on va le voir, avec celui de M. Charcot.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans, chloro-anémique, mal réglée, entrée à l'Hôtel-Dieu le 18 août 1872, pour des vomissements incoercibles qui duraient avec une intensité variable depuis près d'un an. M. Fernet apprit de cette jeune fille que, depuis l'apparition de ces vomissements, elle ne rendait qu'une minime quantité d'urine, que souvent elle restait plusieurs jours sans en rendre une seule goutte.

A dater du 4 septembre, époque où la malade fut soumise à un examen régulier, il fut possible, en mesurant exactement, d'une part, la quantité d'aliments ingérés, d'une autre part la quantité de matières vomies et d'urine rendue, d'établir une relation étroite entre l'état de la fonction urinaire et les vomissements.

Pendant une période de huit jours pleins (du 9 au 16 septembre), les urines furent complétement supprimées durant les six premiers jours et leur quantité très-faible durant les deux derniers.

Dans une seconde période de neuf jours (du 18 au 26 septembre), il y eut un peu d'urine dans les deux premiers jours, mais leur émission fut de nouveau suspendue dans les sept jours suivants.

Enfin, dans une troisième période (du 27 au 30 septembre), on vit la fonction urinaire se rétablir et le chiffre de l'urine atteindre le taux normal.

Durant tout ce laps de temps, la malade avait des vomissements représentant la presque totalité des aliments ingérés, et qui renfermaient des quantités notables d'urée, dont la proportion s'élevait graduellement à mesure que diminuait ou que cessait complétement l'émission de l'urine. Ils cessèrent complétement dès que cette émission fut rétablie dans ses proportions ordinaires.

A dater de ce moment, le rétablissement de cette malade s'effectua peu à peu.

Il serait trop long de rappeler en ce moment les considérations physiologico-pathologiques pleines d'intérêt que M. Charcot développa au sujet de son observation.

Nous reprendrons ce sujet dans la prochaine Revue.

Glossite traumatique ou par intoxication.

C'est, comme nous l'avons dit dans la dernière Revue, à l'occasion de l'observation de M. Bailly, rapportée dans le numéro du 1er octobre dernier, que nous avons reçu de M. le docteur Sonrier la relation du fait suivant, dans lequel il s'agit d'une asphyxie rendue imminente par une intumescence de la langue survenue à la suite d'une piqûre d'abeille.

Nous conservons à la relation de notre confrère sa forme pittoresque :

« C'était en 1845 : j'étais en Kabylie avec mon régiment à la poursuite des Arabes : un soir, alors que je me disposais à confier à mon lit de camp les fatigues de la journée, on vint me chercher, en toute hâte, pour un soldat qui allait *mourir étouffé*. Aussitôt arrivé que prévenu, je trouve, en effet, un militaire en proie aux accidents asphyxiques les plus redoutables; face turgescente, livide, lèvres cyanosées, yeux injectés, langue énormément tuméfiée remplissant la bouche, efforts convulsifs (orthopnée), pouls petit, irrégulier et ralenti.

« J'hésite entre un corps étranger dans les voies aériennes, un abcès dans la région du cou, une tumeur, un anévrysme? et rien dans la pantomime expressive et désespérée du patient ne m'indique la cause du mal. Heureusement que son camarade vient m'apporter le diagnostic : un gâteau de miel encore habité, fruit défendu par son propriétaire armé d'un aiguillon venimeux.

« Plus de doute, mais que faire? L'assurance peut-être un peu présomptueuse que me donnait mon titre récent de docteur de Paris ne m'encourageait guère, et cependant il fallait agir tout de suite, le malade respirait à peine, la mort n'était plus distante que de quelques pulsations, il fallait ouvrir une voie à l'introduction de l'air.

« Tout cela est facile en France avec les conseils éclairés des confrères, l'assistance intelligente des aides et des instruments de choix, mais en campagne, la nuit, le médecin militaire souvent seul se trouve parfois embarrassé; son arsenal de chirurgie se résume dans une trousse fort mince, sa dextérité est quelque peu timide encore, et son bagage scientifique à cet âge n'est pas à l'étroit dans son cerveau.

« Ne pouvant, ne désirant guère plus pratiquer *in extremis* une semblable opération, il me vint à l'esprit de faire une saignée locale, de crever cette tuméfaction sanguine; je glissai donc entre la langue et les incisives supérieures un bistouri étroit, et aussitôt je vis ruisseler de scarifications nombreuses, des flots de sang qui détendirent la situation. Un instant après le malade respira et moi aussi, il était sauvé. »

— Cette dernière communication de M. Sonrier nous ayant fait revenir sur la question de la glossite, dont elle nous présente un troisième type, nous ne voulons pas laisser échapper cette occasion de rappeler en quelques mots un fait publié il y a quelques années par M. le docteur Maximin Legrand dans l'*Union médicale*, et qui montre l'efficacité des émissions sanguines dans un cas de stomatite et de glossite idiopathiques qui avaient acquis en peu de temps une intensité extrême.

Il s'agit d'une femme qui, à la suite d'un frisson violent et prolongé, et sans l'intervention d'aucune cause appréciable, éprouva d'abord de la gêne dans les mouvements de déglutition, avec un peu de rougeur de la gorge et un certain degré de surdité, perte d'appétit, pouls fréquent et céphalalgie. Le lendemain, la gêne de la déglutition s'accroissant davantage, notre confrère constata un gonflement considérable du plancher de la bouche repoussant la langue contre la voûte palatine.

Quelques mouchetures pratiquées sur le siége de la tuméfaction et une application de sangsues au-dessous de la région maxillaire, suivie d'un bain de pieds prolongé, ne produisirent qu'un soulagement momentané. Le jour suivant le gonflement avait envahi la langue elle-même, qui remplissait toute la cavité buccale, trop petite pour la contenir, et faisait saillie au dehors, entre les arcades maxillaires écartées; l'ouïe était complétement abolie ; la parole, ainsi que la déglutition, impossible, et la respiration extrêmement anxieuse.

M. Max. Legrand, ayant pu parvenir à attirer un peu la langue en avant en relevant sa pointe, coupa en travers les deux veines ranines, tendues et tuméfiées. La malade fut soulagée, les progrès de l'inflammation avaient été enrayés, mais l'état de la malade était encore très-pénible. Une troisième émission sanguine, à l'aide d'une application de sangsues au-dessous de chaque oreille, fut suivie d'une diminution rapide du volume de la langue et de la tuméfaction des parties buccales, et de la cessation de tous les phénomènes si inquiétants qui s'en étaient suivis.

On a vu dans le cas de l'Hôtel-Dieu, que nous avons rapporté dans la Revue de samedi dernier, qu'une glossite aiguë et idiopathique du même genre s'était terminée par délitescence, sans l'intervention d'aucune médication active. Il est plus que douteux que la simple expectation eût eu un résultat dans le cas que nous venons de rappeler. D'où l'on voit qu'en pratique il faut s'inspirer des indications que présente chaque fait particulier et n'adopter ni ne rejeter systématiquement aucune méthode.

Dr Brochin.

OBSTÉTRIQUE

Sur les principaux agents de dilatation de l'orifice cervical de l'utérus.

Par M. le docteur Hamon (de la Rochelle).

Il est hors de doute que, de tout temps, la dilatation artificielle, plus ou moins méthodique, de l'orifice cervical de l'utérus, a été mise en usage, soit pour améliorer la marche du travail, soit, en dehors de toute condition de perméabilité du méat utérin, pour pénétrer au sein de l'organe, en vue d'effectuer l'accouchement forcé.

Jusque dans ces derniers temps, cette dernière pratique, éminemment dangereuse, eu égard au mode de faire mis en usage, n'était guère utilisée que dans les cas réputés désespérés. Il faut arriver à une époque toute contemporaine pour voir cette même pratique parvenir à un haut degré de perfection, et l'on peut dire d'innocuité, par suite des progrès de l'art, se généraliser et fournir les résultats les plus féconds dans ses applications à la pathologie de la grossesse à proprement parler.

Je me propose, dans le présent travail, de passer en revue les divers modes de dilatation cervicale conseillés jusqu'à ce jour. Le but que je me propose, en abordant ce sujet, c'est de m'efforcer de vulgariser une méthode trop peu utilisée, bien que constituant une des plus précieuses conquêtes de l'obstétrique contemporaine.

§ 1. *Dilatation digitale.* — La dilatation digitale est décrite, telle qu'elle se pratique encore de nos jours, dans le *Traité de médecine* de Celse, livre septième, chapitre XXIX. Le chapitre est intitulé : *Manière de tirer le fœtus mort du ventre de la mère.* Le but de cette opération ainsi précisé, voyons de quelle façon, dans les temps primitifs, il était d'usage de la mettre à exécution. « Le chirurgien, dit l'Hippocrate latin, doit introduire d'abord dans la matrice le doigt index, qu'il a trempé auparavant dans de l'huile ; il faut l'y laisser jusqu'à ce que l'orifice s'ouvre de nouveau ; y introduire ensuite un autre doigt, et saisissant les moments favorables, insinuer les autres, jusqu'à ce que toute la main soit entrée. »

Ainsi donc, du temps de Celse, l'accouchement forcé était effectué selon un mode identique à celui que l'on mettait encore en usage il y a quelques années.

La première application de cette pratique à la pathologie de la grossesse, à proprement parler, serait due, au dire d'Astruc (1), à Louise Bourgeois, dite Boursier, sage-femme de Marie de Médicis, femme de Henri IV.

Cette matrone, ayant vu mourir plusieurs femmes de qualité, notamment la duchesse de Montbazon, par suite de métrorrhagie liée à la présentation du placenta, eut l'idée d'opérer l'accouchement artificiel. Ce fut sur la femme d'un conseiller de la cour du parlement, laquelle était grosse de six mois, que cette pratique fut, pour la première fois, mise en œuvre avec bonheur pour la mère.

Louise Bourgeois opérait à la manière de Celse. On trouve dans Astruc (2) une très-bonne description du manuel opératoire, et des conseils si judicieux, que ce chapitre ne serait pas déplacé dans nos auteurs les plus modernes.

Cependant les dangers bien connus de la dilatation digitale, dangers d'autant plus grands que l'utérus est parvenu à un terme plus éloigné de la déhiscence, ne pourraient en faire qu'une pratique exceptionnelle. Ce n'est que dans ces derniers temps, et par une heureuse appréciation des produits de l'industrie moderne, que l'art des accouchements s'est enrichi de divers agents propres à effectuer, sans aucun danger pour la mère, cette dilatation digitale, que les doigts ne pouvaient obtenir sans périls. C'est grâce à la sûreté d'action, jointe à l'innocuité de ces mêmes agents, que ce mode de faire a pu être enfin érigé en méthode, et que cette méthode, en raison de ses bienfaits, a fini par trouver un accueil favorable chez tous les accoucheurs désireux de bien faire.

Pour opérer sûrement et sans violence la dilatation de l'orifice cervical, d'assez nombreux agents sont à la disposition de l'accoucheur. Par leur emploi combiné, on peut agir efficacement sur le col, alors même que l'on n'y remarque aucune tendance à la dilatation.

Leur action, d'autre part, n'a pour limites qu'un état de perméabilité suffisante pour le passage de la main ou des instruments obstétricaux.

Je vais passer en revue ces divers agents, en commençant par ceux qui s'appliquent dans les cas où l'orifice cervical est le moins perméable.

§ 2. *Laminaria digitata.* — Cette substance, très-cellulaire, augmente de six ou sept fois son volume sous l'influence de l'humidité. C'est le docteur Sloan qui, le premier, en 1862, a eu l'idée de tirer parti de ce précieux agent de dilatation. Il présente divers avantages qui, dans les cas qui nous occupent, doivent faire préférer son emploi à celui de l'éponge préparée. Sa rigidité lui permet, sous un plus petit volume, de pénétrer aisément dans un étroit orifice. Doué d'une grande flexibilité, il n'est pas susceptible de se rompre, ainsi que les tentes d'éponge. Il peut servir un grand nombre de fois, à la condition d'être lavé, après avoir été utilisé, avec une solution de permanganate de potasse. Quand on le retire du col, il n'a pas cette odeur infecte, qui est le propre de l'éponge.

La laminaria s'emploie de la façon suivante :

Lorsque l'orifice cervical est accessible, il vaut mieux faire usage du spéculum. L'agent dilatateur, muni du fil destiné à en faciliter le retrait ultérieur, est introduit, bien graissé, au sein de la cavité cervicale, dont il doit quelque peu dépasser l'orifice inférieur. Pour le maintenir en place, il est bon de poser un tampon avant de retirer le spéculum.

Lorsque le col est trop difficilement accessible, on est obligé de se borner à conduire le corps dilatant le long de l'index et du médius gauches, utilisés comme conducteurs.

§ 3. *Éponge préparée.* — C'est en 1820 que ce mode de dilatation a été mis pour la première fois en usage par Brunninghausen.

L'éponge préparée, affectant forcément un volume un peu supérieur à celui de la laminaria, comporte un degré de dilatation plus prononcé du cervix. Lorsque cet agent de dilatation fait défaut, on peut le préparer soi-même en quelques heures. A cet effet, on imbibe un fragment d'éponge fine dans une solution gommeuse saturée. On serre fortement cette substance avec quelques tours de ficelle, et l'on fait sécher soit au feu, soit auprès du feu. Pour en faire usage, on prépare des tentes, de longueur et d'épaisseur voulues, que l'on introduit dans la cavité cervicale soit avec une longue pince, soit avec un mandrin constitué, au besoin, par un simple fil de fer suffisamment rigide.

Que l'on fasse usage de laminaria ou d'éponge, il convient de retirer ces corps dilatants aussitôt qu'ils ont acquis leur *summum* de dilatation, et de les remplacer, autant de fois qu'il est nécessaire, par des tentes plus volumineuses.

Comme il est aisé de le comprendre, les vertus dilatatrices de ces substances sont assez restreintes. On ne peut pas non plus les utiliser lorsque l'orifice cervical n'affecte pas une épaisseur suffisante pour les maintenir en place. En pareil cas, ils doivent céder le pas à des agents d'un autre ordre. Je veux parler des ampoules dilatatrices. Il en est un grand nombre, que je vais successivement passer en revue.

§ 4. *Dilatateur de Mattei.* — Dans son *Essai sur l'accouchement physiologique* (1855), Mattei décrit et figure (p. 326) un petit dilatateur constitué par une vessie de mouton, fixée sur le bec d'une sonde pourvue d'un robinet. Cet accoucheur introduit, par delà le col, l'ampoule qu'il gonfle avec de l'eau tiède, en vue de produire une poche des eaux artificielle.

J'ai longtemps employé moi-même avec succès un dilatateur encore plus simple, préparé au moyen de la première vessie, fixée au bout d'une sonde flexible en caoutchouc vulcanisé. Ces instruments donnent lieu, il est vrai, aux meilleurs résultats, mais ils ont un inconvénient. On n'a pas toujours sous la main une vessie convenable, et retenant bien le liquide de l'injection. Il y a lieu de préparer extemporanément ce petit appareil toutes les fois que l'on veut l'utiliser, ou modifier la capacité de l'ampoule dilatatrice. On ne saurait donc le considérer que comme un expédient, ou un instrument de nécessité. Heureusement, pour le progrès de l'art, l'industrie est venue en aide aux accoucheurs, auxquels elle a fourni le caoutchouc vulcanisé, qui a

(1) *L'Art d'acccoucher réduit à ses principes*, 1656 (§ *Histoire sommaire de l'art d'accoucher*).
(2) *Loco citato*, p. 223.

été par eux utilisé pour la confection de nombreux dilatateurs, dont il me reste à parler.

§ 5. *Dilatateur de Keller.* — Dès 1851, le caoutchouc fut utilisé par Braun, mais sous forme de dilatateur vaginal. Il a donné à son instrument le nom de Colpeurynter (dilatateur du vagin). Le pessaire à air de Gariel n'en est que la copie. La rigidité des parois de cet instrument en rend dangereuse la compression, soutenue pendant un certain temps (1). Selon Barnes, sur quatorze femmes traitées par cette méthode pour provoquer le travail, six enfants ont succombé.

Ce ne fut qu'en 1859 que la vessie de caoutchouc fut introduite dans la cavité utérine, à la manière de Mattei, pour accélérer le travail, par Keller et Graham Weir.

§ 6. 1er *Dilatateur de Barnes.* — Cet accoucheur ayant pris connaissance d'un article de Murray (1859), relatif à l'heureux emploi d'une vessie en caoutchouc appliquée entre la paroi utérine et la surface interne du placenta, et gonflée d'eau au moyen d'une seringue, fit aussitôt construire son premier dilatateur élastique. Cet agent était constitué par un sac pourvu d'un tube métallique, servant à son introduction au sein de l'utérus, et à son injection. Cet appareil, dit Barnes, fut bientôt copié par Tarnier et divers autres accoucheurs, qui adoptèrent cette forme alors que le praticien anglais l'avait déjà abandonnée pour celle qu'il lui a préférée depuis, et dont j'aurai bientôt à parler.

§ 7. *Dilatateur de Tarnier.* — Cet instrument se compose d'un long tube de caoutchouc muni d'un robinet, et terminé par une mince ampoule susceptible de dilatation. Cette ampoule, à sa partie supérieure et externe, est pourvue d'un petit godet, et destiné à fournir un point d'appui au mandrin conducteur.

Cet instrument est très-utile et très-facile à mettre en œuvre. Mais il a un double inconvénient : il est fort cher (il coûte une quinzaine de francs). L'ampoule de caoutchouc est fort mince, et il est très-aisé de la faire éclater. Pour cette dernière raison, un tel instrument n'est pas pratique, en province surtout, où l'on n'est à même ni de le faire réparer, ni de le remplacer à un moment donné. (*A suivre.*)

(1) Il faut de trois à sept jours pour établir le travail à l'aide de cette de cette méthode (Barnes, *Opérations obstétricales*, p. 352).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 octobre 1874.

Gangrène spontanée de l'avant-bras droit et de la main. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ lit une note sur ce sujet à l'occasion d'un malade qu'il a observé à l'hôpital de la Pitié. Il s'agit d'un garçon de dix-huit ans, exerçant la profession de laveur de vaisselle, très-anémique, qui est pris subitement, pendant la nuit du 7 au 8 juin, d'une mortification de la main et de l'avant-bras du côté droit. Le premier symptôme constaté fut la perte absolue du mouvement. Puis survinrent bientôt du gonflement et des douleurs très-vives. Trois jours après, on constate tous les signes caractéristiques de la perte de la vitalité dans la plus grande partie de l'avant-bras et dans la main. Les battements artériels ont disparu dans toute l'étendue de l'avant-bras et du bras, et c'est à peine si l'on perçoit les battements de l'artère axillaire dans l'aisselle. Dans toutes les autres parties du corps, le système artériel est intact; rien au cœur si ce n'est un léger bruit de souffle anémique. Tous les autres organes sont sains. Jusqu'au 1er juillet la délimitation se fait entre les parties saines et les parties sphacélées; bientôt il survient de la fièvre, de la diarrhée, des épistaxis, et ces symptômes deviennent assez inquiétants pour que M. Verneuil croit devoir séparer par une amputation les parties mortifiées des parties saines. La cicatrisation marche rapidement, et aujourd'hui le malade est complétement guéri. Avant et après l'opération, le membre de ce malade a été placé en permanence dans un bain de chloral.

En relatant cette observation, M. Dujardin-Beaumetz appelle particulièrement l'attention de ses collègues sur deux points : la cause de cette gangrène et le traitement qui a été mis en usage. Pour la première, M. Beaumetz, vu la rareté de la gangrène spontanée à cet âge (dix-huit ans), l'apparition subite des accidents, la disparition des battements de l'artère humérale, croit pouvoir affirmer qu'il s'est produit dans la partie supérieure de cette artère, une oblitération embolique. Mais il ne saurait se prononcer sur le point de départ de cette embolie. En effet, sauf un bruit de souffle anémique, il n'y a aucun trouble physique du côté du cœur. Mais cette absence de troubles physiques peut coexister avec une endocardite végétante ou ulcéreuse, comme le prouve un fait observé par M. Dujardin-Beaumetz et consigné dans la thèse d'un de ses élèves, M. le docteur de Rochetaillade. Le jeune malade dont il s'agit n'avait jamais été atteint de rhumatismes, ni de fièvres intermittentes; il n'avait pas d'habitudes alcooliques, et jamais il ne s'était plaint de son cœur. M. Beaumetz paraît assez disposé à admettre que, chez lui, l'altération du sang résultant de sa profonde anémie a favorisé des dépôts de fibrine dans le cœur ou dans les gros vaisseaux, et produit ainsi une véritable inopexie. Toutefois il n'est point affirmatif sur ce point.

Quant au traitement, avant comme après l'amputation, il fallait surtout chercher à combattre les phénomènes de putridité. C'est dans ce but que M. Beaumetz a eu recours aux bains chloralés. On se rappelle ses recherches et ses expériences sur les propriétés antiputrides du chloral. Or, dans ce cas, les bains permanents de solutions chloralées au millième et au cinquantième ont un très-heureux résultat. Suivant M. Beaumetz, ils ont produit d'abord une désinfection absolument complète, ils ont favorisé d'une façon non douteuse le bourgeonnement des parties mises à nu par la séparation des portions sphacelées, et empêché enfin, dans une certaine mesure, les accidents graves de septicémie.

M. BROUARDEL élève quelques doutes sur la cause attribuée, dans ce cas, par M. Beaumetz, à la gangrène spontanée. Il demande si les urines ont été examinées, si le malade n'était pas diabétique, si la gangrène était sèche ou humide, enfin ce qu'a donné la dissection du membre amputé.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ répond qu'il n'y avait pas de traces de sucre dans les urines; que la principale raison qui lui a fait admettre, dans ce cas, une origine embolique, était l'absence complète de battements artériels; que la gangrène, peut-être sèche à son début, avait été rendue humide par les bains permanents de chloral, et enfin que les tissus étaient tombés en putrilage, de telle sorte qu'à la dissection il était devenu impossible de rien reconnaître.

M. BROUARDEL fait observer qu'il n'y a jamais d'œdème après les oblitérations spontanées et se demande si le cas dont il s'agit ne devrait pas plutôt être rapproché de certains faits consignés dans une thèse récente et décrits sous le nom de gangrène foudroyante. M. Brouardel fera connaître ces faits dans la prochaine séance.

Fièvre puerpérale. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ vient de voir se déclarer à la Pitié une épidémie de fièvre puerpérale dans cette même salle qui, pendant si longtemps, fut indemne de toute épidémie. Cinq femmes y sont mortes depuis le 15 septembre. Le service a dû être évacué.

Le point de départ de cette épidémie a été une femme venue du dehors avec une diarrhée fétide. Cette femme venait d'accoucher au moment même où elle a été apportée. Elle est morte le troisième jour après son entrée. Toutes les femmes qui ont été atteintes après elles étaient précisément celles qui en étaient le plus rapprochées.

M. EMPIS, qui a dirigé ce service pendant fort longtemps, et qui a été assez heureux pour n'y avoir jamais eu d'épidémies de fièvres puerpérales, demande à M. Beaumetz si, dans le fait qu'il vient de citer, il ne trouve pas une preuve évidente de la contagion de la fièvre puerpé-

ale. Il rappelle en même temps toutes les précautions auxquelles il avait recours pour éviter cette contagion. Il veillait à ce qu'une extrême propreté présidât aux soins donnés aux accouchées ; jamais il ne laissait de sang dans le lit ou sur le linge des malades. Il était très-partisan de l'aération et faisait en sorte que les fenêtres de la salle fussent presque toujours ouvertes. Enfin jamais il ne conservait dans cette salle une femme devenue malade, si peu malade qu'elle fût. La femme atteinte de la plus légère métrite était aussitôt transportée dans le service des maladies aiguës. Si l'on compare cette manière de faire de M. Empis avec celle de ses successeurs, on trouve de notables différences qui peut-être pourraient expliquer dans une certaine mesure les changements survenus, par la suite, dans l'état sanitaire de cette salle. Le médecin, par exemple, qui a succédé immédiatement à M. Empis, au lieu de continuer à exiger les soins de propreté auxquels M. Empis attachait une si grande importance, laissait, dans un but expérimental, pendant un certain temps les linges tachés de sang et les placentas eux-mêmes sur les malades. Ce médecin, en outre, craignant l'influence de l'air sur les nouvelles accouchées, faisait fermer les fenêtres. Ce sont là des conditions bien différentes de celles auxquelles M. Empis n'hésite pas à attribuer les heureux résultats qu'il a toujours obtenus dans cette salle d'accouchement.

M. BUCQUOY, à l'appui des idées émises par M. Empis sur la contagion de la fièvre puerpérale, rappporte le fait suivant dont il a été témoin dans ces derniers temps. Un médecin des environs de Paris l'appelle en consultation pour une femme nouvellement accouchée, atteinte d'accident puerpéraux. C'était le troisième cas de fièvre puerpérale qu'observait depuis trois semaines ce médecin, qui avait fait huit cents accouchements sans avoir eu le plus petit accident. Cherchant la cause de ce changement subit, il montra à M. Bucquoy qu'il était atteint d'une adénite suppurée du cou qu'il traitait par le drainage. Il se demandait s'il n'infectait pas lui-même ses malades. Quoi qu'il en soit, il s'est bien promis de ne plus faire d'accouchements avant d'être complétement guéri de son adénite.

M. CHAUFFARD professe depuis longtemps cette doctrine que toute suppuration, toute maladie qui dégage des gaz putrides dans le voisinage d'une femme en couche infecte cette femme. Le service des femmes en couche de l'hôpital Necker est très-meurtrier, ce que M. Chauffard explique par la présence, dans ce service, de mères nourrices, dont un certain nombre sont affectées d'abcès du sein, et d'enfants nouveau-nés souvent atteints d'ophthalmies purulentes.

Or M. Chauffard a eu trop souvent l'occasion d'observer que ces abcès du sein, ces ophthalmies purulentes devenaient le point de départ d'accidents puerpéraux. Voilà pourquoi la mortalité des femmes en couche est considérable à l'hôpital Necker. Il est persuadé qu'il en sera ainsi tant qu'il ne pourra pas obtenir de l'administration de l'Assistance publique une séparation *complète* des femmes en couche d'avec les nourrices et les enfants nouveau-nés.

VARIÉTÉS

De l'imagination dans ses rapports avec la philosophie et la médecine (1).

Malheur donc au médecin qui ne saurait prendre d'autre guide que son imagination pour régler sa conduite pratique, et malheur aussi au malade qui n'attendrait d'autres secours de la médecine que ceux qui peuvent naître d'une imagination poétique.

Mais j'ai pourtant hâte de le dire : la médecine n'est pas seulement une science, elle est aussi un art, et un art difficile autant que précieux ; art difficile, en effet, car si la science a ses principes écrits, si elle a ses règles de conduite tracées à l'avance, l'art ne peut en avoir d'autres que celles du moment, celles qui lui sont inspirées devant le malade et en présence de cette grande maxime de physiologie et de morale : *Tot capita, tot sensus;* art précieux aussi, car trop souvent il reste l'unique ressource, la seule lumière qui puisse éclairer le médecin dans sa pratique. Ah ! combien il lui serait plus facile, dans maintes circonstances, de prescrire de spécieuses médications, de formuler de vaines ordonnances, en l'absence de toute indication rationnelle, que de trouver un remède moral à l'adresse d'un mal qui ne saurait en comporter d'autre.

Et quelle tâche surtout, quand il s'agit de ces cas si nombreux, si variés, où l'imagination du malade sait s'approprier toutes les maladies qu'elle a conçues, où elle n'est jamais plus convaincue de la réalité du mal qui la préoccupe que quand elle est dans l'erreur, où toutes les ressources de la thérapeutique sont dans la seule puissance qui a pu la faire naître, dans l'imagination même. Et pour le bien comprendre, souffrez que je vous conduise un instant dans ces tristes asiles de nos misères mentales. Qu'y verrons-nous? Ici, c'est un pauvre maniaque, qui, dans son délire, se croit tout transformé en cristal ; immobile et attentif à tout ce qui se passe autour de lui, ses yeux demeurent fixés sur tout ce qui l'approche, et il redoute jusqu'au choc du vent qui pourrait le renverser, le briser tout entier. Vous n'essayerez pas de le raisonner pour le convaincre de son erreur, car jamais la raison n'a su triompher de la folie, jamais elle n'a pu enlever un monomane à l'idée fixe où le retient son imagination ; et ce qui semblera plus paradoxal, tout étant bien vrai, c'est qu'il sera toujours plus difficile d'ébranler la conviction d'un insensé devant la démonstration de son erreur, que de faire fléchir un homme sensé devant une vérité patente.

Le seul moyen d'être utile à ce malade, sinon de le guérir, c'est d'accueillir son erreur, avec tout l'intérêt que sa position inspire, en s'attachant à lui faire comprendre que sa maladie est bien connue ; qu'elle n'est pas sans exemple, ni sans remède ; que la médecine possède contre elle de précieuses ressources de guérison, et pour mieux le convaincre, vous saurez en faire un semblant d'application, et vous en suivrez l'effet avec une sollicitude qui puisse du moins faire naître en lui l'espoir et la confiance.

Mais voici bien un autre malade tout aussi intéressant, tout aussi digne de pitié : c'est encore un hypochondriaque, dont le corps tout entier, au récit du malade, se trouve réduit au volume et à la forme d'un grain d'orge. Lui aussi, le malheureux, veille sans cesse autour de lui, prenant grand soin que tous les accès de sa chambre soient bien hermétiquement clos, et surtout inaccessibles aux oiseaux et aux souris qui pourraient le dévorer.

Vous n'essayerez pas non plus de le dissuader, ni même de l'éclairer ; ce serait encore peine inutile, mais vous l'écouterez avec un bienveillant intérêt, et vous chercherez aussi, dans les ingénieuses inspirations de votre art, un remède moral, un semblant de médication spécifique, qui puisse du moins apporter au malade quelque quiétude d'esprit ; ce sera probablement le seul soulagement que vous puissiez espérer de toutes vos sollicitudes pour son sort, mais vous les lui devez ; vous les devez à votre mission.

Ailleurs, et à une autre époque, nous avions vu aussi un hypochondriaque qui disait avoir avalé une araignée pendant son sommeil, et il ne pouvait en douter, car une somnambule le lui avait dit. Non-seulement elle avait pu constater sa présence dans une région bien déterminée de l'estomac, mais elle avait pu suivre tous ses mouvements, donner tous les détails de son signalement ; elle avait pu compter ses six yeux, ses huit pattes.

En prenant droit de cité dans l'estomac, l'araignée y trouvait facilement sa nourriture, bien qu'on la disputât à son hôte chaque fois qu'il en prenait ; car chaque fois aussi l'araignée se présentait à l'entrée de l'œsophage pour aller au-devant de sa pâture, sachant toujours fuir avec adresse les doigts du malheureux patient qui essayait vainement de la saisir. Il avait cherché des remèdes de tous côtés contre son ennemi, sans avoir pu en trouver nulle part, pas même dans le somnambulisme, pas même dans l'homœopathie. Il était tout désespéré, lorsqu'il se présenta un matin à la consultation de l'hôpital Saint-Louis.

Le médecin sut bientôt à quoi s'en tenir pour le diagnostic de la maladie, et proposa au malade un remède qui fut accepté avec empressement, savoir : l'usage de pilules qu'il formula en langue allemande, en y joignant l'adresse d'une pharmacie allemande, la seule qui possédât la spécialité de ces pilules, et en faisant d'ailleurs au malade les recommandations les plus expresses pour leur emploi. « Ce remède, lui dit-il, est d'une efficacité certaine ; il vous débar-

(1) Fin. — Voir les numéros des 10 et 13 octobre 1874.

rassera infailliblement de votre ennemi ; mais je ne dois pas vous dissimuler que, par sa violence même, il ne serait pas sans danger pour vous si vous n'apportiez dans son usage toute la prudence qu'exige sa puissance. Vous prendrez une seule de ces pilules demain matin, à jeun, *une seule*, entendez-le bien; et si, contre toute attente, elle n'avait pas opéré l'effet que j'en attends, vous en prendriez le lendemain matin la moitié seulement d'une seconde, rien de plus, car au-delà de cette dose, je vous le répète, le remède pourrait vous être funeste. »

Le conseil fut accueilli avec confiance, sinon sans un vif effroi, et il fut scrupuleusement suivi, si bien qu'en moins de deux heures, après l'indigestion de la première pilule, le malade avait eu plus de trente évacuations alvines. Il était guéri, et pour cette fois, si vous ne l'avez déjà deviné, c'était l'imagination qui avait fait tous les frais du traitement et de la guérison; et l'ingénieux médecin qui avait conçu un si puissant remède sous formes de pilules bien innocentes, c'était Biet, Biet de très-honorable et de très-regrettable mémoire ; Biet qui fut l'un des membres fondateurs de notre Académie.

C'était aussi à l'hôpital Saint-Louis, et vers la même époque, que nous avons pu voir une pauvre fille qui, croyant avoir avalé une couleuvre en se désaltérant à l'eau d'un ruisseau, sentait l'animal s'agiter sans cesse dans ses entrailles comme pour y chercher une issue ; c'était le supplice de tous les instants de sa vie, et il n'y avait plus à espérer de la dissuader de son erreur par aucun raisonnement ; mais il y avait un moyen dont on pouvait attendre plus de succès, c'était de simuler la gastronomie, en vue d'opérer fictivement l'extraction de la prétendue couleuvre, et de donner à cette double opération toute l'apparence de la vérité, en faisant assister la malade elle-même à tous les détails de l'opération, en exhibant à ses yeux, et aux yeux de tous les assistants, un innocent reptile, une petite anguille pleine de vie, qui avait été préparée à l'avance pour l'opération.

Bien que ce fait date de plus de cinquante ans, il peut encore trouver au milieu de nous le précieux et vivant témoignage de l'auteur même, qui a su concevoir et accomplir avec bonheur ce genre de traitement : c'était notre excellent collègue, notre vieil ami Cloquet.

Pour justifier par un dernier exemple les ressources de l'art, en présence des insuffisances de la science, voyez aussi ce malheureux nostalgique qui se meurt de chagrin et de regrets, loin de sa patrie, loin du foyer domestique, au souvenir déchirant de toutes ses joies de famille ! Que faire encore contre un mal que l'imagination ne fait qu'accroître chaque jour ? Si vous voulez le guérir, ne le heurtez pas du moins, car il fuirait quiconque ne compatirait pas à ses souffrances ; abstenez-vous de remèdes qui seraient sans effet ; n'essayez pas même de raisonner le malade, car la douleur a besoin de sympathie plus encore que de logique ; ouvrez-lui la voie plus salutaire de la confiance ; écoutez avec intérêt, avec compassion, le récit de ses peines ; prenez par la main son cœur défaillant pour le soutenir, le consoler, l'encourager ; mais ne le conduisez pas dans ces réunions, joyeusement bruyantes, où il ne trouverait que des contrastes de sentiments et d'émotions capables d'augmenter sa tristesse ; la joie ne se commande pas, pas plus que l'amour et la haine ; mais il y a des spectacles, des tableaux, de sombres images de la nature et de l'art, des lectures touchantes et sympathiques, qui porteront plus sûrement le calme dans son cœur ; offrez-les lui, et ne craignez pas de l'attendrir, ni même de lui arracher des larmes; c'est l'exemple que nous donne Horace, quand, pour consoler Virgile de la doulourense perte de son ami Quintilius, il lui dépeint en traits navrants toute l'étendue de son malheur.

Médecins de l'âme ! vous apprendrez pourtant aussi qu'il est des caractères qui se ferment à toutes vos sollicitudes et à toutes vos sympathies de cœur, des caractères qui ne se prêtent ni à la raison, ni à la compassion, ni à l'encouragement, et qui pourraient autoriser, dans certains cas, un tout autre plan de traitement moral, c'est-à-dire de la sévérité dans le langage, de la menace, de la pression, de l'intimidation ; mais combien encore de difficultés pour le cas d'opportunité ; combien encore de décevantes combinaisons, quand il s'agit de saisir dans ces natures exceptionnelles un côté que l'art puisse atteindre efficacement ; et c'est bien alors que vous comprendrez toute la sagesse de l'école de Stahl, qui voulait que l'étude de la médecine commençât par celle du cœur humain ; et c'est bien alors que vous pourrez reconnaître cette vérité si oubliée de nos jours, que la philosophie, la religion et la morale sont les sœurs inséparables de la médecine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'externat. — On sait que les volontaires qui doivent partir en novembre subissent les épreuves du concours de l'externat dès les premiers jours. Ceux qui finissent leur année de volontariat forment aussi une catégorie spéciale à la fin du concours, de sorte qu'aujourd'hui ce concours se compose de trois parties : 1° concours du volontariat (partants) ; 2° concours du volontariat (restants) ; 3° concours ordinaire comprenant les autres élèves.

Les volontaires partants ont déjà subi leurs épreuves. Ils ont eu à traiter les questions suivantes :

Anatomie. — 1re question : Omoplate. — 2e question : Artère fémorale.

Pathologie. — 1re question : Furoncles. — 2e question : Fractures en général (symptômes et diagnostic).

Ces jeunes gens auront un congé de quinze jours au mois d'août pour revenir à Paris subir leur examen de fin d'année. Ceux de troisième année peuvent préparer leurs examens dans les hôpitaux où ils sont envoyés comme infirmiers.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. Chaumeil, médecin de deuxième classe de la marine, et Letessier, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine, décédés en Cochinchine au mois de juin dernier.

De l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — 2e édition. — 1 vol. de 1,100 pages avec photogr. — Prix : 7 fr. — Paris, A. Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus,
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

—

Soyons Français ! Mieux vaut tard que jamais. M. Resal raconte à l'Académie que, se trouvant à Plombières-les-Eaux en 1857, en compagnie de Poncelet et de de Sénarmont, il exprimait devant ces savants le regret qu'on ne fût pas parvenu jusqu'alors à expliquer la formation du *timbre*. De Senarmont répondit à cela que le timbre devait être dû à des vibrations d'un ordre spécial. M. Helmholtz ayant publié à quelque temps de là ses recherches expérimentales sur le timbre, M. Resal se souvint de la fameuse conversation à Plombières et n'hésita pas à considérer la conception de de Senarmont comme le précurseur des découvertes de M. Helmholtz. « Si notre bien regretté confrère, dit l'honorable académicien, avait été un peu plus musicien il aurait été conduit à poser nettement le principe qui a servi de base aux recherches expérimentales du physicien allemand. » Il est vraiment fâcheux que de Senarmont ne fût pas musicien; mais quoi qu'on dise, quoi qu'on fasse, il ne l'était pas, et les expériences de M. Helmholtz ne sont que trop démonstratives. M. Resal regrettait toujours, lorsque dernièrement M. Pierre Laffitte lui a mis sous les yeux un petit livre intitulé : *Théorie acoustico-musicale* et signé Suremain-Missery, dans lequel l'auteur attribue à Monge la théorie du timbre telle que nous la connaissons aujourd'hui. On lit, en effet, dans ce livre que Monge attribuait la formation du timbre à tel ordre ou à tel nombre de vibrations des aliquotes de la corde qui produit le son, ajoutant que si l'on pouvait parvenir à supprimer les vibrations des aliquotes, toutes les cordes sonores, de quelques différentes matières qu'elles fussent, auraient sûrement le même timbre. Certes, on ne saurait être plus explicite. Mais comment se fait-il que ces paroles de génie n'aient pas été recueillies plus tôt ? Si M. Resal voulait lire d'ailleurs notre *Physiologie de la voix et de la parole* (1866), il y trouverait au chapitre consacré à l'acoustique que Biot, dans son Traité de physique, avait, lui aussi, exprimé sur le timbre des idées analogues à celles de Monge, et que par conséquent M. Helmholtz a pu trouver dans nos classiques le principe même de sa théorie.

— M. Sédillot lit une note intitulée : *De la trépanation préventive et exploratrice dans les fractures de la table interne ou vitrée du crâne*. Cette note, qui n'est qu'un résumé d'un mémoire qui parut en 1869 et 1870 dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, est un savant plaidoyer en faveur de la trépanation préventive. L'éminent académicien se résume dans les conclusions suivantes :

« 1° Le trépan préventif est le traitement le plus sûr de toutes les fractures de la table interne du crâne, compliquées d'esquilles.

2° L'indication opératoire est absolue dans le cas de fracture extérieure étoilée ou linéaire avec dépression crânienne.

3° L'hésitation est permise pour les solutions de continuité linéaires simples sans déplacements osseux.

4° Les moyens de diagnostic se tirent des causes de traumatisme, des symptômes, de l'auscultation, de la percussion, de la thermométrie et du trépan exploratif.

5° L'absence d'une fracture extérieure ne contredit pas la possibilité d'une fracture interne, à la suite de traumatismes directs, circonscrits et violents, et si l'auscultation et la percussion, la force du choc, la nature du corps vulnérant (plaies d'armes à feu), n'éclairent pas assez le chirurgien pour motiver la trépanation exploratrice, c'est un devoir de surveiller attentivement le blessé et de recourir sans retard à la trépanation dès que de nouveaux symptômes en indiquent l'opportunité, dans les localités exemptes d'influences infectieuses, que l'expérience montre constamment mortelles dans de pareils cas.

6° Les précautions et les pansements fondés sur la théorie des ferments modifieront peut-être cette impuissance de l'art et semblent déjà promettre des résultats plus favorables dans les plaies du crâne ; nous présenterons quelques considérations à ce sujet. »

— Il résulte des observations de M. Boussingault que la teinture de gaïac employée jusqu'ici pour reconnaître la pureté du kirschenwasser est un moyen d'épreuve absolument trompeur. En effet, la coloration bleue que cette teinture détermine dans l'eau-de-vie de cerise non falsifiée provient de ce que l'eau-de-vie s'est chargée de quelques parcelles de cuivre en traversant l'alambic. Ce fait a été parfaitement mis en lumière par M. Bouis.

Si le kirsch artificiel, celui qui est fabriqué avec de l'alcool et de l'eau de laurier-cerise, ne se colore pas en bleu, c'est qu'il n'a pas passé par l'alambic. Cette découverte contrariera peut-être les amateurs de kirsch ; car il faut se résigner ou à boire du mauvais kirsch artificiel, ou à boire du vrai kirsch renfermant par litre deux ou trois dix millièmes d'acétate de

cuivre. Comme consolation, nous devons ajouter que M. Boussingault affirme que « les gens que le vrai kirsch empoisonne se portent à merveille ».

— M. Castorani envoie une note sur *l'extraction linéaire externe simple et combinée de la cataracte*.. « L'extraction linéaire externe de la cataracte, dit l'auteur, se pratique en trois temps : 1[er] *temps*. On ouvre la cornée ou la sclérotique dans l'étendue de 10 millimètres à peu près, par une simple ponction avec un kératotome large et courbe; 2[e] *temps*. On fait l'iridectomie ; 3[e] *temps*. On extrait la cataracte avec la capsule.

Les instruments nécessaires à l'opération ont été tous modifiés. « Le plus grand avantage de ce procédé opératoire est la réunion facile de la cornée ou de la sclérotique, même dans le cas où l'œil s'est vidé de toute son humeur vitrée. Cette réunion est rendue plus facile par la section linéaire, et principalement par l'action des paupières, dont la supérieure fait pression de haut en bas, et l'inférieure de bas en haut. L'œil reprend sa forme et son volume naturels, à cause de l'humeur aqueuse qui établit un courant continuel : cette humeur aqueuse, en effet, ne pouvant pas sortir, parce que la réunion de la cornée ou de la sclérotique est faite, doit nécessairement remplir la cavité oculaire. Il est bon d'ajouter que, une fois l'œil vidé de son humeur vitrée, on n'a jamais constaté une hémorrhagie intra-oculaire.

Dr Édouard FOURNIÉ.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. DUPLAY.

Fragment d'os arrêté dans l'œsophage. — Absence de signes certains de la présence de ce corps étranger. — Mort de pleuro-pneumonie. — Observation suivie de quelques remarques sur le diagnoctic et le traitement de certains corps étrangers de l'œsophage. — Application d'un nouvel instrument destiné à faire connaître exactement la présence et le siége de ces corps (1).

Un homme de soixante-deux ans entre le 25 septembre dans le service de l'hôpital Saint-Antoine, prétendant avoir avalé, la veille, un os de bœuf en buvant du bouillon à la cuiller. Il ne peut nous fournir aucun renseignement sur le volume ou la forme de cet os. Quelques heures après l'accident, on lui fit prendre un vomitif qui détermina plusieurs vomissements et plusieurs garde-robes, sans que le corps étranger ait été retrouvé dans les déjections. Le malade se plaint à son entrée d'une douleur derrière le sternum, irradiant vers le dos. La déglutition des aliments solides est impossible, mais le malade peut boire facilement.

Dans la journée qui suivit l'entrée, l'interne du service fit quelques tentatives d'extraction, et crut accrocher un corps étranger à 19 centimètres à partir des incisives supérieures. Ces tentatives, peu prolongées et faites avec douceur, ont été suivies d'un léger écoulement sanguin.

Le lendemain matin à la visite, je renouvelle l'exploration avec une sonde œsophagienne de gros calibre, et je crois reconnaître également un obstacle au niveau de la partie supérieure de l'œsophage, mais cet obstacle se laisse franchir assez facilement, et la sonde glisse jusque dans l'estomac. Le panier de Graefe, dont on s'était servi la veille, est introduit de nouveau et semble aussi rencontrer un obstacle qu'il franchit facilement, soit de haut en bas, soit de bas en haut.

Après cette exploration le malade boit facilement et avale du pain sans difficulté et sans douleur.

Le 27 septembre. Le malade accuse toujours de la douleur derrière le sternum, et continue à avaler sans grandes difficultés. J'introduis une sonde en baleine munie d'une grosse olive qui ne peut passer, mais je glisse sans peine une olive moyenne jusque dans l'estomac.

L'exploration minutieuse du cou, très-facile en raison de la maigreur du sujet, ne revèle d'ailleurs aucun point douloureux. Nous supposons donc que le corps étranger a été rejeté par les vomissements, peu de temps après son introduction, ou a été repoussé dans l'estomac lors des premières tentatives d'extraction, et nous cessons toute nouvelle exploration.

Le soir les troubles de la déglutition semblent cependant plus accusés, et le malade ne pouvant avaler que des liquides, on lui injecte du bouillon et du vin à l'aide de la sonde qui passe aisément.

28 septembre. Le malade ne peut boire, et les liquides sont rejetés. Il accuse une douleur sourde au niveau de la partie supérieure du sternum.

Cependant la sonde œsophagienne passe facilement, ce qui permet de continuer l'alimentation.

Le malade tousse et crache abondamment. Il est atteint depuis longtemps d'un catarrhe qui semble s'exaspérer.

Le même état persiste le lendemain, puis le surlendemain le malade nous annonce qu'il avale très-facilement et boit devant nous à longs traits.

1[er] octobre. Il y a eu cette nuit un peu d'agitation et de subdélirium. Le facies est animé, le pouls plein, à 108; la température à 39°5. Le malade tousse davantage, crachats épais, jaunâtres : un peu de matité à droite. Râles sonores des deux cotés de la poitrine; râles sous-crépitants du côté droit. (Potion de Todd, kermès 20 centigr.).

2 octobre. Pouls 112. Température 39. Râles dans toute la poirine. A droite souffle et râles sous-crépitants fins. Le malade continue à boire avec la plus grande facilité et ne se plaint d'aucune douleur. (Vésicatoire sur le côté droit).

3 octobre. L'état général s'aggrave. Subdélirium, coma. Mort à deux heures.

Autopsie. — Il existe une congestion pulmonaire des deux côtés, mais surtout accusée du côté droit, où l'on constate des adhérences pleurales étendues sans épanchement.

Après avoir enlevé les poumons en sectionnant leur pédicule, on isole le larynx, la trachée et l'œsophage que l'on enlève simultanément; puis on fend de haut en bas l'œsophage sur la ligne médiane postérieure. On découvre alors, à 5 centimètres de l'ouverture supérieure de l'œsophage, un fragment osseux placé verticalement et accolé à la face antérieure du conduit. Ce fragment osseux présente une face lisse appliquée contre la paroi, et une face rugueuse regardant vers la cavité. Sa forme est triangulaire, un des angles est dirigé en haut, les deux autres regardent à gauche et à droite. L'angle droit extrêmement aigu, a perforé l'œsophage, et cette perforation, qui a la largeur d'une pièce de 20 centimes, est limitée par des bords ramollis, grisâtres, sphacelés. L'extrémité anguleuse de l'os répond à ce niveau à un petit foyer bien limité, doublé d'un détritus gangréneux, et situé au niveau de la troisième vertèbre dorsale. Il n'y a aucune infiltration des parties voisines, et la complication thoracique qui a amené la mort du malade n'a pas été produite directement par les lésions du côté de l'œsophage. Il est une particularité importante à noter, c'est que la pointe anguleuse qui a amené la perforation de l'œsophage n'est séparée de la crosse de l'aorte que par une faible épaisseur de tissu cellulaire. Notons encore les dimensions relativement considérables de ce fragment osseux qui mesure 32 millimètres de haut en bas et 30 millimètres transversalement.

Remarques. — Ce fait m'a semblé intéressant au double point de vue du diagnostic et du traitement des corps étrangers de l'œsophage.

L'erreur de diagnoctic qui a été commise dans ce cas pourrait s'expliquer par l'absence de tout signe physique permettant d'affirmer la présence d'un corps étranger. Les signes rationnels étaient également presque nuls. On s'en rend compte aisément en se rappelant qu'il s'agissait d'un corps aplati, relativement peu épais, placé verticalement et accolé contre la paroi œsophagienne. Dans ces conditions, en effet, la déglutition peut s'accomplir, et des instruments explorateurs, même volumineux, peuvent parcourir toute la longueur du conduit, sans éprouver une résistance sérieuse.

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 7 octobre 1874.

Le même fait pourrait se reproduire avec d'autres corps, et en particulier avec des pièces de monnaie.

C'est en réfléchissant à l'insuffisance des moyens de diagnostic dans de pareilles circonstances que j'ai pensé qu'il pourrait être utile de mettre à profit un instrument, récemment imaginé par M. Colin, à l'occasion du corps étranger de l'estomac dont il a été tant parlé. Cet instrument, qui devrait être légèrement modifié dans ses dimensions, consiste en une olive creuse, montée sur une tige d'acier flexible, se terminant en haut par un appareil résonnateur auquel se relie, par le moyen d'un tube de caoutchouc, un embout destiné à être mis dans le conduit auditif. Le plus petit frôlement d'un corps dur sur l'olive détermine un bruit considérable qui se transmet à l'oreille. J'ai la conviction que cet instrument pourra dorénavant rendre de grands services dans les cas analogues à celui que je viens de rapporter, et dans lesquels le chirurgien serait dans l'incertitude sur la présence d'un corps étranger de l'œsophage. On pourrait de plus, en graduant la tige de l'instrument, déterminer ainsi très-exactement le siége du corps étranger.

Au point de vue thérapeutique, on doit se demander si, dans le cas présent, il eût été possible d'extraire ce fragment osseux par la bouche. Si l'on songe à la forme anguleuse du corps étranger et surtout à l'acuité extrême de l'un de ses angles, on tremble à la pensée des délabrements que cet os, saisi par une pince ou par le panier de Graefe, eût fatalement déterminés. La seule chance d'extraire ce corps avec succès et sans déterminer de désordre grave eût été peut-être l'œsophagotomie qui aurait permis de l'atteindre, quoiqu'il fût placé dans la portion thoracique de l'œsophage.

OBSTÉTRIQUE

Sur les principaux agents de dilatation de l'orifice cervical de l'utérus (1).

Par M. le docteur Hamon (de la Rochelle).

§ 8. *Dilatateur de Verrier.* — C'est le même instrument simplifié, et mis à la portée de toutes les bourses. (Son prix n'est que de 2 fr. 50.) Il est constitué par un simple tube de caoutchouc terminé par une partie fort amincie, constituant l'ampoule dilatatrice. L'injection se fait avec la seringue. Pour maintenir le liquide injecté, il suffit de replier le tube vers sa partie terminale et de le fixer à l'aide de quelques tours de fil.

Le mandrin conducteur, fil de fer ou baleine, au lieu de prendre un point d'appui à la partie externe de l'ampoule, comme dans le dilatateur de Tarnier, vient se fixer dans une petite ampoule résistante, disposée à cet effet à la partie supérieure et interne de ladite ampoule.

Cet instrument, par son faible volume, est plus facile à mettre en œuvre que ceux de Barnes et de Tarnier, etc., lorsque la cavité centrale affecte un faible degré de dilatation. Il a le même inconvénient que ce dernier : il éclate avec une grande facilité. On ne peut donc compter sur cet agent de dilatation qu'à la condition d'en être largement pourvu.

§ 9. *Dilatateurs de Barnes.* — Barnes a modifié, ainsi qu'il suit, son premier dilatateur (2). Il a rétréci l'ampoule à sa partie moyenne, de manière à lui faire affecter la forme d'un violon. Cette partie rétrécie, selon l'accoucheur anglais, doit correspondre au col, qu'elle dilate directement en exerçant sur lui une compression excentrique. Les deux extrémités plus larges doivent, à son point de vue, maintenir l'appareil et l'empêcher de glisser soit au sein de l'utérus, soit dans le vagin.

(1) Fin. — Voir le numéro du 17 octobre 1874.
(2) Barnes, *loc. cit.*, p. 354.

L'ampoule est terminée par un tube de caoutchouc de 30 centimètres de longueur, muni d'un petit robinet, pour le maintien du liquide injecté.

L'ampoule est pourvue, à sa partie supérieure externe, d'un petit godet destiné à fournir un point d'appui au mandrin conducteur (baleine, bâtonnet, etc.).

Le jeu complet de ces dilatateurs se compose de cinq numéros connus, de telle sorte que le plus petit peut être employé au début du travail. Lorsque le cinquième numéro produit ses effets, le col peut fournir un passage à la main et au forceps.

Ces ampoules sont confectionnées avec un caoutchouc épais et résistant. Leur solidité est donc à l'épreuve. A ce point de vue, ce sont des instruments sur la fidélité desquels on peut compter.

Comme dernier renseignement, je dirai que le prix de chaque dilatateur est de 3 fr. 50.

J'ai employé un certain nombre de fois ces instruments. Or, je le dis avec regret, je suis loin de partager l'enthousiasme de leur auteur.

Le numéro le plus faible est d'un placement difficile, dans le premier stade de la dilatation cervicale, en raison de son volume, de beaucoup supérieur à celui des minces ampoules de Tarnier et de Verrier.

L'amincement de leur ventre est loin d'avoir pour effet, ainsi que s'en flatte l'accoucheur anglais, de maintenir cette partie rétrécie sur l'orifice cervical. Lorsque les organes sont bien lubréfiés, l'instrument a la plus grande tendance à glisser, soit dans la cavité de l'utérus, soit dans le vagin. J'ai dû plusieurs fois, en raison de cette infidélité d'action ou de la difficulté de leur emploi, renoncer à les mettre en œuvre à la manière de Barnes.

Je crois, en somme, qu'il ne faut guère compter sur eux qu'en tant qu'ampoules simples. A ce point de vue, leur solidité fournit une garantie qu'on ne retrouve ni dans l'instrument de Tarnier, ni dans celui de Verrier.

§ 10. *Sacs à air de Joulin.* Ainsi que l'avoue lui-même le regrettable Joulin (1), son dilatateur « n'est qu'une modification peu importante de celui de Barnes ». Ailleurs (2), il se plaît à reconnaître que « de tous les dilatateurs, *ce dernier* est le plus utile ». Il ajoute que « aucun ne remplit mieux les indications de cette nature et ne mérite mieux d'être vulgarisé ».

Après une telle appréciation, on peut se demander le but que s'est proposé Joulin en substituant SON *sac à air* au *sac à eau* de Barnes.

Tant que je tiens en main la *Gazette* de l'éminent inventeur, si prématurément enlevé à la science, je crois bon de lui faire un dernier emprunt.

J'ai déjà fait remarquer que l'application des ampoules dilatatrices est loin d'être toujours facile dans la premier stade du travail. Joulin (3) cite un fait qui vient à l'appui de cette proposition, et trace la ligne de conduite à suivre que j'ai moi-même signalée.

Il s'agit d'une dame pluripare chez laquelle survint un avortement au terme de quatre mois. L'orifice interne, en se rétractant, avait produit l'incarcération du délivre. Ce fut en vain que Joulin s'efforça de faire pénétrer dans l'orifice le plus petit de ses sacs à air. Il eut recours, sans plus de succès, au dilatateur de Tarnier. En présence d'une résistance qu'il renonça

(1) *Gazette de Joulin*, numéro du 15 mai 1873, page 238.
(2) *Gazette de Joulin*, numéro du 1er août 1873, page 316.
(3) *Gazette de Joulin*, numéro du 15 mars 1873, page 161.

à forcer, il introduisit une éponge préparée. qu'il laissa sept heures en place.

A ce moment, la voie étant faite, il introduisit le plus petit de ses sacs. Au bout de trois heures survinrent des contractions qui, trois heures après, aboutirent à l'expulsion du délivre.

§ 11. *Double ballon de Chassagny.* C'est sans doute en vue de simplifier une manœuvre qui, le fait qui précède en est une nouvelle preuve, est loin d'être toujours facile, que l'éminent inventeur de Lyon a imaginé son double ballon.

Cet appareil est constitué par une ampoule en caoutchouc épais et résistant destinée à trouver place dans le vagin. Cette ampoule vaginale est surmontée par un ballon dont les parois ont l'épaisseur d'une pelure d'oignon, ballon qui, dans les vues de l'inventeur, a pour objet de s'insinuer entre les lèvres cervicales pour en opérer la dilatation.

La manœuvre de cet instrument est des plus simples. Les deux ballons sont introduits à la fois dans le vagin, puis l'ampoule vaginale est gonflée avec de l'eau. Ce premier temps effectué, on injecte le ballon supérieur qui, selon Chassagny, s'engagerait de lui-même en travers de l'orifice utérin, le champ en fût-il des plus réduits.

Pour démontrer qu'il en est ainsi, l'inventeur de Lyon a fait préparer un ballon en verre représentant l'ampoule vaginale, avec plusieurs orifices représentant autant de méats utérins. Cette expérience, en effet, est confirmative des assertions émises par le docteur Chassagny. Le ballon même ne tarde pas à s'introduire dans tous les interstices. Mais reste à savoir si, en opérant sur la femme, les choses se passent exactement de la même façon.

Or voici les résultats de ma propre expérimentation sur le vivant :

La première fois que j'ai expérimenté ce double ballon, j'ai opéré presque aussitôt la rupture de l'ampoule supérieure, dont la consistance est par trop insuffisante. Je ne me suis aperçu de cet accident qu'après le retrait de l'appareil.

De là un double *desideratum* dans cet instrument : fragilité excessive du ballon cervical; impossibilité de relever les effets auxquels il donne lieu, sans retirer au préalable tout le système.

Je me suis procuré de nouvelles ampoules, et j'ai continué mes expérimentations. Nombre de fois il m'est arrivé de ne pouvoir faire pénétrer l'injection au sein du ballon cervical, en raison sans doute de la compression de la membrane contre les parois utéro-vaginales, par l'ampoule inférieure trop distendue. Plus d'une fois j'ai craint de forcer l'injection dans la presque certitude de déchirer le ballon cervical.

J'ai cru, dans plusieurs cas, que le réveil des douleurs était dû à l'engagement de l'ampoule supérieure au travers de l'orifice cervical. En retirant l'appareil, le plus souvent j'ai trouvé l'ampoule inférieure insuffisamment injectée, voire même rompue. L'amincissement extrême de cette ampoule, loin de constituer un progrès, comme s'en flatte Chassagny, constitue donc une imperfection des plus notoires.

Malgré ce fonctionnement défectueux, au point de vue de son auteur, je dois dire que, chaque fois que j'ai mis cet appareil en œuvre, j'en ai retiré de bons effets.

Or, d'après ce que j'ai remarqué, il est manifeste que le mode d'action de l'instrument n'a pas été, entre mes mains (je ne saurais raisonner qu'à mon unique point de vue), identique à celui que lui prête mon distingué confrère. Les effets produits ne l'ont été que sous l'influence de l'excitation produite par le seul ballon inférieur.

Ce fait, du reste, n'est pas nouveau. Dès 1842 Hister provoquait le travail à l'aide d'une vessie de veau placée dans le vagin et injectée avec de l'eau tiède. En 1851, Braun substituait à cette vessie son colpeurynter, adopté aussitôt par von Siebold, Ritgen, Germann, Birnbaum, etc. Puis est venu le pessaire à air de Gariel.

Il est vrai que, par un tel mode, l'incitation du travail peut demander plusieurs jours, lorsqu'il est exclusivement mis en en œuvre, façon de faire, je dois le dire, à laquelle je me suis bien gardé de me borner. J'ajouterai qu'il n'est pas sans danger, par suite des effets compressifs des épaisses parois de l'agent de dilatation.

Toujours est-il qu'après avoir bien réfléchi à tout ceci j'ai pensé qu'il devait être possible de combiner les deux modes et d'imaginer un dilatateur unique, susceptible de s'insinuer dans toutes les anfractuosités du vagin et de pénétrer, par là même, au travers de l'orifice cervical de l'utérus.

Il ne m'a pas fallu un grand effort d'imagination pour réaliser une telle vue.

§ 12. *Dilatateur très-simple et d'une valeur vénale presque nulle.* Chacun connaît ces ballons que les magasins du Louvre offrent gracieusement, et avec profusion, à leurs nombreux acheteurs. Les ballons rouges que l'on trouve entre les mains des enfants, dans les coins les plus reculés de la province, peuvent parfaitement servir au même usage. Tel est le principal élément de mon dilatateur, dont le prix de revient peut être considéré comme absolument nul.

Tous ces ballons sont pourvus d'un collet pour leur insufflation. Pour confectionner l'appareil, il suffit d'introduire dans ce collet un bout de tube en caoutchouc ou une sonde en même substance, que l'on fixe au moyen de quelques tours de fil.

Cet appareil remplit-il bien l'objet que je me propose ? Il était un moyen fort simple de m'en assurer, sans qu'il fût nécessaire de recourir au ballon en verre de Chassagny. J'ai simplement pris un spéculum trivalve, dans le champ duquel j'ai placé mon ballon dégonflé. Je l'ai insufflé avec de l'air; je l'ai gonflé avec de l'eau. Dans tous les cas, j'ai vu le ballon, en se distendant, écarter les valves et pénétrer aisément au travers de tous les interstices que j'ai ensuite préparés à l'aide de quelques doloires. Cette preuve expérimentale me semble concluante.

Au point de vue pratique, j'ai retiré de ce dilatateur d'excellents résultats. Il a toujours eu pour effet l'accroissement des douleurs.

Je dois signaler, parmi ses avantages, la grande souplesse de ses parois, condition qui lui permet d'exercer une compression uniforme, douce et superlativement inoffensive sur tous les points où se porte son action. De là, entre autres usages, son utilité dans les métrorrhagies, pour lesquelles le tamponnement est conseillé. Entre tous les modes, celui-ci est assurément le plus parfait. Il agit, de plus, puissamment par la réfrigération.

J'en ait dit assez pour faire ressortir les avantages de cet agent de dilatation et d'obturation. Il va de soi-même que son emploi ne saurait être exclusif et que, si la mise en œuvre d'un agent d'un autre ordre était rationnellement indiquée, il faudrait sans hésiter y recourir. Pour mon compte, je tiens à être toujours muni de la plupart de ces engins, que j'utilise, sans prédilection aucune, selon les indications qui se présentent.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 octobre 1874. — Présidence de M. Blot.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine publiés depuis le 15 août dernier.

Rapport sur l'épidémie du choléra qui a sévi à Paris en 1873, par M. le docteur Jules Worms.

Mémoire sur la ligature de l'artère iliaque primitive, par le docteur Antonio-Maria Barbosa (de Lisbonne).

M. Heurtaux (de Nantes), membre correspondant, adresse un travail imprimé sur *les Kystes*.

M. Delore, membre correspondant à Lyon, adresse un travail imprimé : *Étude de la circulation maternelle dans le placenta*.

M. Faucon, membre correspondant à Amiens, adresse un travail imprimé : *De la mortalité des enfants du premier âge à Amiens*.

M. Dubrueil, membre titulaire fait hommage de ses *Leçons sur l'orthopédie*.

M. Gross (de Nancy) adresse un travail imprimé : *Sur le traitement des hémorrhagies secondaires dans les blessures des arcades palmaires*.

M. de Saint-Germain, secrétaire annuel, dépose sur le bureau le 3e fascicule du Bulletin de la Société de chirurgie pendant l'année 1874.

PRIX DUVAL

M. le docteur Roustau, interne des hôpitaux de Montpellier, adresse deux exemplaires de sa thèse : *Traitement, par la lumière, des maladies des yeux et en particulier de l'héméralopie*.

M. le docteur Gripat, interne des hôpitaux de Paris, adresse deux exemplaires de sa thèse : *Du syphon vésical dans le traitement des fistules urinaires par la sonde à demeure*.

COMMUNICATION

M. Duplay fait la communication suivante :

Fragment d'os arrêté dans l'œsophage. Absence de signes certains de la présence de ce corps étranger. Mort de pleuro-pneumonie. (Voir plus plus haut.)

DISCUSSION

M. Houel. Je rapprocherai du fait fort intéressant relaté par M. Duplay un cas déjà ancien. Il s'agit d'un individu qui, ne possédant pour toute fortune qu'une pièce de cinq francs, eut la singulière idée de l'avaler. Elle resta engagée au niveau de la partie moyenne de l'œsophage, de sorte que, placée de champ, elle laissait en arrière une assez grande partie du canal œsophagien libre. Denonvilliers fit, pour l'extraire, de nombreuses, mais vaines tentatives. Au bout de huit à dix jours, le malade succomba à une hémorrhagie foudroyante déterminée, comme le prouva l'autopsie, par une ulcération de l'aorte par compression dans une étendue de 1 à 2 centimètres.

M. Boinet. Je demanderai à M. Duplay si son malade n'accusait pas une sensation toute spéciale au niveau du point où se trouvait le corps étranger. J'ai eu occasion d'observer deux faits analogues, une fois chez un marchand de lait, qui avait avalé un os de lapin, une autre fois chez un garde municipal. Dans ce dernier cas, il s'agissait d'un os de mouton. Dans l'un et dans l'autre cas, les efforts de vomissement étaient incessants, et tous deux accusaient la sensation pénible déterminée par les corps étrangers. J'ai, du reste, été assez heureux dans ces deux circonstances pour refouler ces deux fragments dans l'estomac à l'aide de la sonde œsophagienne.

M. Dubrueil. J'ai observé la sensation pénible dont vient de parler M. Boinet chez un malade qui avait avalé un fragment d'allumette, que je ne sentais pas, mais de l'existence duquel je pus m'assurer plus tard, quand le malade le vomit au bout de trois jours.

M. Trélat. La question des rétrécissements et des corps étrangers de l'œsophage a été longtemps l'objet de mes réflexions et de mes recherches; et je crois que, dans l'espèce, on pourrait utiliser, en les construisant sur de plus grandes proportions, les instruments que l'on a employés pour le traitement des rétrécissements de l'urèthre, et qui consistent en un long mandrin de baleine terminé par un pavillon triangulaire, qui constitue avec la tige une encoche très-saillante et facile à promener dans tous les sens; mais il faut savoir que, quoi qu'on fasse, on se trouvera toujours en butte à de grandes difficultés, dues principalement à la contractilité de l'œsophage et à l'élargissement considérable qu'il est susceptible d'affecter. Les instruments explorateurs raclent toujours la paroi postérieure du canal, mais laissent inexplorée la paroi antérieure. De plus, l'œsophage, de par sa contractilité, chasse toujours les corps mous ou élastiques, mais encastre, enchatonne très-rapidement les corps pointus et acérés. De là, deux principes : le premier, qui consiste à faire rapidement le diagnostic ; le second, qui proscrit l'administration aveugle d'un vomitif, comme on le fait presque toujours. On se trouve bien d'avoir, pour explorer l'œsophage, de grosses sondes calibrées, distendant presque le conduit, variant de 5 à 15 millimètres, et terminées par embout cylindro-conique ; je crois également que l'instrument résonnateur présenté dernièrement par M. Labbé, et dont je discutais alors l'opportunité, puisque la présence du corps étranger était indiscutable, est appelé à rendre des services dans les cas analogues à celui qui fait l'objet de la communication de M. Duplay.

M. Duplay. Je me bornerai à répondre à M. Boinet que, chez ma malade, la douleur perçue était aussi vague que tous les autres signes. Au début, en effet, elle siégeait derrière le sternum, puis elle avait remonté beaucoup plus haut. Dans tous les cas, il était impossible d'en tirer quoi que ce fût d'important pour éclairer le diagnostic.

RAPPORT

M. Horteloup lit le rapport suivant :

Vous avez reçu de M. le docteur Vast, chirurgien en chef de l'hôpital de Vitry, une observation intitulée : *Désarticulation de l'épaule droite dans un cas d'arrachement complet des parties molles de l'aisselle avec décollements musculaires considérables, guérison.* Cette observation a été renvoyée à l'examen de MM. Duplay, Ledentu, Horteloup.

Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans qui, voulant relever une courroie de transmission déviée de sa course, eut l'imprudence de passer son bras droit tout entier au-dessus d'un engrenage assez élevé; dans ce mouvement rapide, la manche de sa veste fut saisie par la roue, et en un instant toutes les parties molles de l'aisselle et du tiers supérieur du bras furent arrachées et détachées des os.

Les parois antérieure et postérieure de l'aisselle étaient détruites, les muscles de la fosse sous-épineuse, le coraco-brachial, la longue portion du triceps étaient arrachés de leurs insertions humérales. La peau du tiers supérieur du bras entièrement arrachée, l'humérus n'est plus recouvert que par le deltoïde sur toute l'étendue duquel la peau était décollée, à tel point que l'on pouvait passer les doigts entre le muscle et les téguments; sous l'aisselle, la peau du thorax formait un cul-de-sac dans lequel le sang s'est accumulé, et en ce point se voient, décollées de leurs insertions humérales, les fibres du grand dorsal et du grand pectoral. En arrière et en dedans de l'humérus, on voyait pendre un long cylindre noirâtre terminé par une extrémité conique comme effilée à la lampe, qui n'est autre que l'artère humérale rompue par arrachement, et accollée, ainsi que les veines, au coraco-brachial.

En présence d'un semblable délabrement, M. Vast se décida pour la désarticulation de l'épaule par le procédé de Dupuytren ; mais, avant de pratiquer cette opération, il crut sage de lier l'artère humérale en la séparant avec soin des veines et des nerfs qui l'accompagnent.

L'opération fut rapidement exécutée et ne présenta rien de particulier à signaler; elle produisit une énorme plaie très-irrégulière dans laquelle pendent de vastes lambeaux musculaires très-contus à leurs extrémités libres. M. Vast ne crut pas prudent de laisser en place les masses charnues dont une partie était réduite en bouillie;

et, dans la crainte d'une large mortification et de l'infection putride, il prit le parti de reséquer largement les extrémités contuses, et, dans le but d'éviter une perte de sang même minime, il fit placer sur ces moignons musculaires de larges et fortes ligatures; puis il sépara ce qui dépassait.

Un point de suture réunit la peau de la fosse sous-épineuse à celle du cou, quelques bandelettes de diachylon rapprochèrent les lèvres de la plaie, et un pansement simple fut appliqué.

L'opération fut pratiquée le 16 juin 1873; rien de particulier jusqu'au 27 juin, époque à laquelle apparut une collection purulente à la partie inférieure de la fosse sous-épineuse. M. Vast fit une contre-ouverture dans laquelle il passa un drain.

Au 1er juillet, à la pointe de l'omoplate se forma une nouvelle collection purulente qui nécessita une incision par laquelle fut introduit un drain, qui donna une issue facile au pus situé dans toute cette région.

A partir de cette époque, la cicatrisation marche rapidement; mais, au 6 novembre, quatre mois et demi après l'opération, probablement à la suite de tractions exercées sur ce dernier fil des ligatures musculaires, on vit survenir un érysipèle assez étendu qui fut combattu par des badigeonnages de collodion.

Enfin au 30 décembre, on put enlever le dernier fil qui adhérait aux masses musculaires, et, le 17 janvier, le malade quittait l'hôpital complétement guéri.

M. Vast a revu plusieurs fois, depuis sa sortie, son opéré, dont il a pu constater la parfaite guérison, puisqu'il peut gagner sa vie en se servant de son bras gauche.

L'observation dont je vous ai donné une courte analyse est intéressante, et, lorsqu'on en lit les détails avec soin, on reconnaît que toutes les indications ont été saisies avec habileté et avec un visible tact chirurgical.

M. Vast a fait suivre son observation de quelques remarques sur l'utilité que lui a rendue le drainage et sur les différents topiques qu'il a employés pendant ce long traitement; mais je vous demande la permission d'appeler votre attention sur les ligatures que M. Vast a cru devoir appliquer sur les masses musculaires.

Il est d'usage, lorsqu'on se trouve en présence de vastes plaies contuses, de reséquer les portions complétement mortifiées ou réduites en bouillie, et d'attendre, tout en le surveillant, le travail inflammatoire qui doit détacher les extrémités de lambeaux contusionnés.

M. Vast, après avoir reséqué largement les extrémités contuses dans la crainte d'une large mortification et de l'infection putride, et dans le but d'éviter au malade une perte de sang, plaça de larges et fortes ligatures, et il détacha avec le bistouri toute la partie qui dépasse.

Je ne vois pas très-bien l'utilité de ces ligatures, car elles ont eu pour résultat de détruire une plus grande quantité de tissus, puisqu'elles ont dû être placées sur des tissus sains; en outre, elles ne mettaient pas beaucoup le malade à l'abri de l'infection putride, car il n'en a pas moins fallu une suppuration abondante pour les détacher; mais, de plus, elles ont certainement retardé la guérison. En effet, à la fin d'octobre, la cicatrisation est presque complète, il reste deux des gros fils embrassant les masses musculaires, dont la présence entretient une certaine suppuration, et, au mois de novembre, la traction très-douloureuse opérée sur le dernier fil amène le développement d'un érysipèle qui met la vie du malade en danger; enfin le fil tombe le 30 décembre, et quelques jours après la guérison est complète.

Cette légère divergence d'opinions n'enlève aucun mérite du beau succès obtenu par notre confrère, dont vous connaissez déjà le talent et le zèle, car M. Vast, placé à la tête d'un service important de chirurgie, vous a déjà envoyé plusieurs travaux, et surtout il a répondu un des premiers à l'appel de la Société de chirurgie en lui adressant une statistique bien faite des résultats des opérations pratiquées à l'Asyle français; aussi M. Vast serait-il une excellente recrue parmi les membres correspondants, et, en conséquence, votre rapporteur a l'honneur de vous proposer les conclusions suivantes:

1° De remercier M. Vast;

2° De renvoyer son observation au comité de publication;

3° D'inscrire M. Vast dans un bon rang sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

La Société adopte les conclusions du rapport, à savoir: 1° d'adresser des remercîments à l'auteur; 2° son inscription en rang honorable au nombre des candidats à la place de correspondant.

Elle décide en outre la publication du rapport.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

VARIÉTÉS

Le Médecin et l'Amour.

Au banquet de la première séance de l'Association des médecins de Meurthe-et-Moselle, M. le docteur Simonin a lu une pièce de vers trouvée dans les papiers de son grand oncle, l'homme de lettres François Charles Simonin. Nos lecteurs liront avec plaisir cette petite bluette.

I

Le médecin, le dieu d'amour,
Sont de service nuit et jour,
Voilà la ressemblance.
L'un est fameux dans ses vieux ans,
L'autre règne dans son printemps,
Voilà la différence.

II

Ils sont aveugles tous les deux,
Malgré cela fort curieux,
Voilà la ressemblance.
L'un est grave et de noir vêtu,
L'autre est sémillant et tout nu,
Voilà la différence.

III

On a recours à tous les deux,
Quoique tous deux soient dangereux,
Voilà la ressemblance.
L'un nous blesse en nous guérissant,
L'autre caresse en nous blessant,
Voilà la différence.

IV

Tous deux nous donnent de l'essor,
Et même la vie et la mort,
Voilà la ressemblance.
Il faut payer un grand docteur,
L'amour payé perd sa valeur,
Voilà la différence.

V

Tous deux regardent dans les yeux,
Si ça va mal, si ça va mieux,
Voilà la ressemblance.
C'est le pouls que tâte un docteur,
Mais l'amour vous touche le cœur,
Voilà la différence.

VI

Tous deux s'en vont, courant, trottant,
Ils sont tant soit peu charlatans,
Voilà la ressemblance.
L'un s'en va quand nous allons bien,
L'autre, quand nous ne valons rien.
Voilà la différence.

CORRESPONDANCE

A M. le docteur Le Sourd, directeur de la GAZETTE DES HOPITAUX.

Vincennes, le 12 octobre 1874.

Monsieur le directeur,

Voudriez-vous, comme supplément à la discussion qui a eu lieu il y a quelques jours à la Société de médecine sur le tænia, rapporter le fait suivant :

P... (Armand), du 12e d'artillerie, entre à l'hôpital de Vincennes, le 30 septembre 1874. D'une constitution médiocre et d'un teint un peu blême, il déclare n'avoir jamais été malade. Pressé de questions, il finit par reconnaître que sa nourriture était devenue insuffisante depuis trois semaines et que ses forces étaient diminuées principalement dans les jambes, depuis ce temps. Il ajoute que, depuis ces trois semaines, il a rendu assez souvent de petits vers, qui étaient animés de mouvements assez vifs. Ayant présenté quelques-uns de ces vers au médecin du régiment, il a été aussitôt envoyé à l'hôpital.

Nous voulons nous assurer de la nature de ces petits vers, et P... nous présente, le lendemain 1er octobre, quelques cucurbitins qui ne peuvent laisser aucun doute dans notre esprit.

Le traitement par l'écorce de racine de grenadier et l'huile de ricin ayant été prescrit, le malade a rendu, le 2 octobre, et après une seule évacuation, un énorme écheveau de rubans de tænias, assez difficile à dévider, mesurant 68 mètres de longueur et appartenant à quinze têtes, ornées de crochets de la plus belle venue.

Nous pensons que ce fait n'a pas besoin de commentaires, mais nous ajouterons que le ver solitaire, qui n'est pas toujours digne de son nom, doit être combattu par les moyens préconisés et usités en thérapeutique.

Veuillez agréer, etc.

Dr MASSE,
de l'hôpital de Vincennes.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

331. Sudour. Essai sur les dyspepsies.
332. Bourhis. Du relâchement pathologique des symphises du bassin.
333. Freulet. Quelques réflexions à propos d'un cas de castration compliquée de hernie inguinale.
334. Fleury. Essai sur les corps étrangers de la surface de l'œil.
335. Fayolle. Des kystes synoviaux tendineux à grains riziformes.
336. Daudirac. Le phimosis congénital, accidents qu'il provoque, ses divers traitements.
337. Darnay. Contribution à l'étude de la goutte.
338. Caillette. De la propagation des affections de la plèvre au péritoine par le système lymphatique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les cours de la faculté de médecine recommenceront le 3 novembre. — Le registre des inscriptions sera ouvert du 3 au 20 novembre.

MM. les élèves pourront consigner pour les examens à partir du 19 octobre.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Bouisson, professeur d'opérations et appareils, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1874-1875, par M. Garimond, agrégé près ladite faculté.

— M. le docteur Rathery, ancien interne des hôpitaux, médecin adjoint de la bibliothèque nationale, est nommé médecin de cet établissement, en remplacement de M. le docteur Langrès, décédé.

— *Enseignement libre.* — M. le docteur Verrier recommencera ses cours permanents d'opérations obstétricales le lundi 26 octobre, à quatre heures, à son amphithéâtre, 29, rue Monsieur-le-Prince. Il les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

La durée de chaque cours est de deux mois. Un nouveau cours recommencera le 6 janvier 1875. MM. les élèves seront spécialement exercés aux manœuvres.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histologie des éléments anatomiques des tissus et des organes du corps humain, d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger. 2e édition entièrement refondue, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 551 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'ignipuncture, par le docteur JULLIARD, chirurgien en chef de l'hôpital de Genève. — In-8°, et 1 planche. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Lettres médicales sur l'Angleterre, par le docteur C. DELVAILLE. — 1 brochure in-8° de 48 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Germer-Baillière.

Quelques mots sur la taille périnéale par dilatation et sur la lithrotritie périnéale, par le docteur Aug. MERCIER. — In-8°. — Prix : 50 centimes. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13° —	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude	1.480	5 800	5.940	6.040	6.280
— de potasse....	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0 900	0.672
— fer et mang.	0.016	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs;— PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0. 44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

PHTHISIE — CHLOROSE — ANÉMIE

HYPOPHOSPHITES

du docteur CHURCHILL

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE SOUDE
SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX
PILULES D'HYPOPHOSPHITE DE QUININE
SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE FER
PILULES D'HYPOPHOSPHITE DE MANGANÈSE
TABLETTES DU Dr CHURCHILL

Prix : **Sirops** et **Pilules : 4** fr. le flacon. **Tablettes pectorales : 2** fr. la boîte.

Les hypophosphites du docteur Churchill, auteur de la découverte de leurs propriétés curatives dans les affections tuberculeuses, offrent des garanties de pureté et d'efficacité qui sont une des premières conditions du succès de cette importante médication.

Exiger sur toutes les préparations la *signature du Dr CHURCHILL*, et l'étiquette marque de fabrique de la *Ph. SWANN*, 12, *r. Castiglione, Paris.*

Granules arsenicaux de Challonneau
Chevalier de la Légion d'honneur.
Pharm., 143, *ancien* 229, *rue St-Denis, à Paris.*

Exactement dosés à 1 milligr. et préparés avec les arséniates de **soude**, de **potasse**, de **fer**, d'**ammoniaque**, d'**antimoine**, et avec l'**acide arsénieux**. — *Exiger mon cachet et ma signature.*

TAMAR INDIEN

Fruit laxatif rafraîchissant

Contre LA CONSTIPATION

Et les affections qui l'accompagnent, telles que la **Congestion cérébrale**, les **Hémorrhoïdes**, la **Migraine**, etc. — Prix de la boîte : 2 fr. 50. GRILLON, pharm., 25, rue de Grammont, Paris.

DRAGÉES COCHEUX

Ferro-basiques à l'huile de foie de Morue

Pour la prendre *agréablement* et sans aucun renvoi. Le flacon : 3 fr. Pharm., 45, r. Taitbout, à Paris.

GOUDRON FREYSSINGE

préparé par distillation de l'eau de goudron dans le vide et réunion des principes fixes et volatils. — *Toutes les autres liqueurs ne sont que des solutions de* **tout** *le goudron à l'aide de substances* **étrangères.**

2 francs le flacon dans toutes les pharmacies.

VIN TONIQUE RECONSTITUANT

DU DOCTEUR FORESTIER

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
à l'écorce d'oranges amères

Tous les organes de la presse médicale : *Gazette des Hôpitaux, Courrier médical, France médicale, etc.*, ont depuis dix ans, signalé l'excellence de cette préparation qui contient, dissous dans d'excellent vin de Malaga, les deux éléments formateurs des *os* et du *sang*, le *quinquina* et le *pyrophosphate de fer*.

La facilité avec laquelle l'économie s'assimile le vin de quinquina au pyrophosphate de fer, l'absence de toute saveur styptique, la double influence qu'en raison de ses deux éléments formateurs il semble devoir exercer, tant sur la composition du système osseux, que sur la reconstitution du sang, telles sont les qualités qui recommandent à priori *cette nouvelle préparation ferrugineuse* (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*).

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 41.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

AVIS AUX ÉTUDIANTS

Dans la maison où demeure M. Rhumkorff, constructeur d'instruments de sciences, rue Champollion, 15, près la Sorbonne, le CONCIERGE a un très-grand choix de chambres meublées très-confortables, à louer à des prix modérés.

Le véritable sirop dépuratif anti-scorbutique du docteur PORTAL se prépare spécialement et exclusivement à la pharmacie Sage-Danzel, rue de Buci, n° 7, à Paris.

« Cher monsieur James,

« Ayez la bonté de m'envoyer, pour l'usage de mes enfants, un litre de votre excellent sirop anti-scorbutique, dont j'ai pu bien souvent constater la bonne préparation.

« Dr Fodéré. »

Dans la même pharmacie se trouve tout préparé le Quinquina jaune Royal, pour faire le vin soi-même et instantanément; préparation également très-appréciée. — 1 fr. 15 la dose pour un litre.

PILULES DE LOUVARD

AU FER *PUR* INALTÉRABLE ET A L'ABSINTHE

A la dose de neuf par jour, en trois fois, une heure avant le repas, c'est la préparation ferrugineuse la plus efficace et celle dont l'action est la plus rapide dans la chlorose et l'anémie. Quels que soient les désordres de l'estomac, elle est toujours bien tolérée, et, sous son influence, les fonctions digestives sont rétablies en quelques jours.

Pharmacie **LOUVARD**, rue Royale, 60, à **Versailles.** — Vente au détail, pharm. Guinhabert, 108, r. de Grenelle-Saint-Germain, Paris, et dans les principales pharmacies.






PEPSINE BOUDAULT

SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, successeur de BOUDAULT, 24, rue des Lombards, a Paris.

DIGITALINE CRISTALLISÉE

PRINCIPE PUR, DÉFINI DE LA DIGITALE

Découvert par A. NATIVELLE, Pharmacien

Prix Orfila de 6,000 francs

Décerné par l'ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 19 mars 1872

Se prescrit en **Granules** et en **Sirop**. Un granule agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe. Chaque flacon de Sirop porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. — Dans toutes les pharmacies. — Détail : rue Coquillière, 25. — Gros : rue de la Perle, 11.

CAPSULES ET SACCHARURE A L'EXTRAIT ALCOOL. ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE

LES CAPSULES s'emploient avec succès contre : **Angines diphthéritiques, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical**; le SACCHARURE contre le **Croup.**

La Pharm. DELPECH, rue du Bac, 23, Paris, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Fidèle à son programme, le bureau de l'Académie a mis hier à son ordre du jour la discussion sur la question du scorbut, soulevée par le mémoire dont M. Villemin a donné lecture dans le mois d'août dernier. C'est M. Le Roy de Méricourt qui a ouvert le feu. Personne, assurément, n'avait plus de compétence pour discuter une pareille question. A son expérience personnelle du sujet, M. Le Roy de Méricourt était en mesure d'ajouter les témoignages écrits ou verbaux de tous ses collègues de la médecine navale, dont il est le représentant naturel à l'Académie. Ainsi solidement armé en guerre, il a lancé toutes ses bordées de tribord et de babord contre les travaux de défense derrière lesquels son collègue du Val-de-Grâce avait cherché à abriter sa théorie.

On se rappelle en effet que, dans sa communication des 11 et 18 août, M. Villemin avait commencé par démolir pierre à pierre l'ancien édifice étiologique du scorbut, édifice passablement bigarré comme on le sait, sorte de mosaïque faite de pièces et morceaux pris de ci, de là, un peu partout; puis il avait édifié sur ces ruines un système étiologique qui, à défaut du mérite de la nouveauté — telle n'avait pas été d'ailleurs sa prétention — avait, du moins, celui de constituer un certain ensemble qui, au premier abord, flatterait peut-être davantage l'esprit. Mais est-il vrai? Là est toute la question.

Il est bon, pour mettre à même d'apprécier la valeur des critiques dont cette théorie vient d'être l'objet, d'en rappeler les principales dispositions.

Pour M. Villemin, le scorbut est toujours épidémique ou endémique, il n'existe à peu près jamais à l'état sporadique. Semblable au typhus, il atteint toujours les populations groupées, comme celle des casernes, des hôpitaux, des asiles, des prisons, des camps, etc. Il se borne le plus habituellement à la production de petites épidémies localisées; mais en de certaines années il se propage à la façon des grandes épidémies, envahissant des contrées entières et frappant des individus dans les conditions hygiéniques les plus diverses. L'histoire des principales épidémies de scorbut dément, suivant M. Villemin, toutes les théories, déjoue toutes les prévisions et montre qu'au-delà du froid, du chaud, de l'humide, du sec, de tel ou tel genre d'alimentation, il y a un élément essentiel, analogue à celui qui distingue les maladies épidémiques et transmissibles des maladies ordinaires, c'est le miasme scorbutique. En un mot, pour M. Villemin, le scorbut est une maladie miasmatique et contagieuse ou infecto-contagieuse, et il doit, à ce titre, prendre place au cadre nosologique dans la famille des maladies miasmatiques infecto-contagieuses, à côté du typhus avec lequel il présente d'assez grandes ressemblances, mais aussi des dissemblances qui ne permettent pas de les confondre.

Telle est, en gros, la théorie du scorbut édifiée ou plutôt réédifiée dans des proportions et avec un style modernes par M. Villemin.

M. Le Roy de Méricourt a pris le contre-pied de cette théorie, dont il a montré la filiation avec les doctrines du moyen âge; et prenant faits par faits, citations par citations, arguments par arguments, il a replacé la question sur ce que nous croyons être son véritable terrain, celui de l'hygiène et plus particulièrement de l'hygiène alimentaire, groupant autour du facteur étiologique principal la privation d'aliments végétaux frais, toute la série des causes accessoires, prédisposantes ou aggravantes qui lui donnent l'appoint nécessaire pour amener le résultat définitif, expression ultime de la misère physiologique.

Nous suivrons avec intérêt la suite des développements que M. Le Roy de Méricourt, empêché par les exigences de l'ordre du jour, n'a pu donner hier à l'ensemble de son argumentation et qu'il a dû ajourner à la séance prochaine.

Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU. — M. BÉHIER.

Leçon sur un cas de pérityphlite (1)

(Recueillie par le docteur A. BROCHIN).

L'autopsie, vous le voyez, messieurs, n'a fait découvrir aucun corps étranger. Il faut donc chercher la cause de la pérityphlite dans une inflammation développée en dehors d'une circonstance de cette nature. Mais rappelez-vous qu'en pareil cas on peut rencontrer des corps étrangers dans l'appendice iléocæcal, tels que des arêtes de poisson, des grains de plomb de chasse, etc.

Malgré les recherches les plus attentives, on n'a constaté non plus aucune trace de tuberculisation. A l'auscultation, vous

(1) Fin. — Voir le numéro du 15 octobre.

vous en souvenez, on n'avait rien trouvé dans les poumons.

En vous exposant les symptômes que le malade a présentés pendant la vie, je vous avais mentionné un certain degré de délire. A l'autopsie, on a constaté une lésion des méninges, lésion *ébauchée* seulement, suffisante cependant pour rendre compte du délire observé pendant la vie. Aujourd'hui, en effet, on ne doit plus se contenter d'admettre, en pareille occurrence, le délire sympathique ou réflexe; on doit trouver la lésion correspondante, car il n'y a pas de troubles fonctionnels sans lésion anatomique.

Cette autopsie, du reste, nous a donné d'autres enseignements. En effet, immédiatement au-dessus de la lésion intestinale et péri-intestinale dans l'hypochondre droit, le lobe droit du foie présentait à sa face inférieure et postérieure, une sorte de tumeur proéminente, fluctuante, sans adhérences avec la collection péricœcale que nous venons d'étudier.

Au-dessus du diaphragme, sur la face convexe du foie, et principalement sur le lobe droit, se retrouve le péritoine suppuré; et l'adhérence est telle entre les deux feuillets de la séreuse malade qu'on ne peut les détacher. La masse est assez considérable sous le diaphragme, mais on ne perçoit, en explorant la face supérieure au milieu et à gauche, aucune sensation particulière; au contraire, à la partie supérieure de la portion antérieure du lobe droit, on perçoit une fluctuation très-manifeste, mais pas d'inégalités. C'est à la partie tout à fait inférieure de ce lobe qu'il existe des inégalités constituées par la pointe que forme la collection hépatique.

Le lobe gauche est intact dans son intérieur; mais il présente à la périphérie une vascularisation très-intense et des fausses membranes qui recouvrent toute la face péritonéale, et dans lesquelles on distingue des petites granulations grises, très-nombreuses, isolées et ressemblant, au premier abord, aux granulations tuberculeuses du péritoine.

Le rein droit est fortement adhérent à la face inférieure du foie et au tissu cellulaire qui enveloppe son hile. A ce niveau, le péritoine qui enveloppe la veine cave inférieure est fortement injecté, ainsi qu'au niveau de la veine rénale, très-dilatée. La capsule surrénale est tout à fait réduite en une bouillie puriforme, et la moitié du rein dans sa partie inférieure présente, en arrière, l'apparence d'une coque, comme si cette portion était convertie en une poche anormale. Une adhérence considérable existe pour cette portion inférieure avec le tissu cellulaire périphérique. Mais dans aucun point cette poche ne communique avec la tumeur du foie ou avec la collection purulente constatée autour du cœcum, car on isole parfaitement le rein et cette poche de ces autres régions.

Une ponction capillaire faite dans la tumeur hépatique donne issue à un liquide clair, transparent, analogue à de l'eau de roche, comme on l'a dit; c'est déjà là un signe diagnostique qui conduit à établir que nous avons affaire à une poche hydatique. Autre caractère confirmatif de cette opinion; en ouvrant largement la poche, on voit sortir une quantité considérable de vésicules transparentes qui, lorsqu'on vous les montrera au laboratoire à l'aide du microscope, vous présenteront les caractères du rostre de tænia, que vous avez déjà constatés lorsque nous avons étudié ce parasite chez les malades qui en étaient atteints. Vous retrouverez les quatre ventouses et la couronne de crochets, de même que, dans ce liquide si transparent, vous retrouverez probablement encore, à l'aide de l'examen microscopique, quelques-uns des crochets détachés et nageant dans la sérosité. Enfin on vous démontrera aussi, au laboratoire, la constitution histologique de la membrane mère du kyste principal, et vous verrez qu'elle est composée de couches superposées qui, sur un point incisé, représentent assez bien les feuillets d'un livre, comparaison exacte et qui est habituellement faite. Nous avons donc affaire là à un kyste hydatique du foie.

Quant à la tumeur rénale, l'ouverture vous montre la présence d'un liquide moins clair, grenu, jaunâtre, contenant de la graisse, des cristaux de cholestérine et quelques cristaux sanguins.

La membrane de la poche offre aussi une superposition de feuillets qui, avec la présence de crochets, établit nettement la nature hydatique de cette seconde tumeur.

Rien, vous l'avez vu, ne pouvait pendant la vie faire reconnaître l'existence de ces deux dernières lésions. La tumeur du foie à première vue, au moment de l'autopsie, m'a rappelé tout à fait l'apparence d'un abcès du foie, que j'ai pu observer et qui même avait été complétement méconnue pendant la vie, en vertu de circonstances que j'ai développées dans la leçon que je vous ai faite sur cette erreur de diagnostic et sur les causes qui faisaient qu'on ne pouvait l'éviter. Mais, à part la première impression, il était absolument impossible de voir là un abcès du foie, car le liquide contenu dans la poche ne renfermait pas de pus, de plus et surtout, on ne relevait dans les antécédents du malade aucun signe de dysentérie. Or c'est là, vous le savez, la cause la plus fréquente des abcès du foie. Ici donc, point de diarrhée, point de ténesme, rien qui indique une lésion intestinale. Je n'indique pas, vous le voyez, parmi les symptômes qui ne se sont pas manifestés, l'ictère, qui semblerait devoir figurer au nombre des signes de l'existence d'une collection hépatique. C'est que, je suis charmé de revenir sur ce point, il s'en faut de beaucoup que l'ictère soit un phénomène fréquent dans ces cas.

M. Rouis, dans son excellent ouvrage sur les suppurations endémiques du foie, a montré que, sur 253 cas d'abcès circonscrits de cet organe, l'ictère n'a été observé que 26 fois. Ce symptôme, loin d'être la règle en pareille circonstance, est donc, au contraire, l'exception. Sachez-le bien, messieurs, les faits réunis par M. Rouis ont été nombre de fois confirmés, et je pourrais en fournir, pour ma part, qui viendraient entièrement à l'appui de ce qui précède.

Maintenant est-il possible d'établir un lien entre les deux ordres de lésions constatées chez notre malade? Non, assurément, messieurs; il y a une seule coïncidence et nullement un rapport de cause à effet. Il n'en est pas certainement des hydatides du foie comme des abcès de cet organe et la lésion du cœcum et de l'appendice n'a eu aucune influence sur le développement de ces kystes.

Il n'en était pas moins intéressant et moins utile pour vous de connaître de ces lésions accidentelles et de celles, plus importantes, qui ont confirmé le diagnostic de l'affection que j'ai voulu vous faire étudier aujourd'hui.

DE LA MORTALITÉ DES ENFANTS DU PREMIER AGE A AMIENS

Par M. le docteur A. Faucon, d'Amiens.

Voici les douloureuses conclusions par lesquelles notre distingué confrère termine un travail consacré à la mortalité des enfants du premier âge.

« Mes conclusions seront brèves :

« 1° La mortalité des enfants du premier âge (de un jour à un an) atteint, à Amiens, des proportions énormes, attristantes.

« 2° Les maladies qui occasionnent une semblable léthalité sont, pour la plupart, engendrées par un système vicieux d'alimentation,

c'est-à-dire par l'allaitement artificiel et l'alimentation prématurée, conséquences de l'abandon de l'allaitement maternel.

« 3° Les autres causes de mortalité sont la faiblesse congénitale et les maladies diathésiques et constitutionnelles, l'action du froid et des maladies contagieuses, les affections du système nerveux, les blessures imputables au défaut de surveillance.

« 4° Parmi toutes ces causes de mort, il en est un certain nombre qui pourraient être complétement annihilées : elles constituent l'appoint de ce que j'ai appelé la *mortalité évitable* et relèvent de l'inobservance des préceptes de l'hygiène, et comme la mortalité normale ne doit être, au maximum, que de 10 décès pour 100 naissances, il s'ensuit que, parmi les nouveaux-nés qui meurent à Amiens, les deux tiers sont sacrifiés à l'ignorance et à l'incurie.

« Telle est la situation : elle est des plus graves ; il faut donc aviser. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 octobre 1874. — Présidence de M. Devergie.

PRÉSENTATIONS

M. Piorry dépose sur le bureau une note de M. le docteur Tamin-Despalles, intitulée : *Usage hygiénique et thérapeutique du fluor, des fluorures, de la silice, des silicates et des fluosilicates.*

M. Larrey présente deux brochures : 1° *Abulcasis, son œuvre pour la première fois reconstituée*, par M. le docteur L. Leclerc ; — 2° *Mémoire sur l'extraction linéaire externe, simple et combinée de la cataracte*, par le docteur Raphaël Castorani.

M. Gubler, au nom de M. le docteur Desnos, présente une brochure intitulée : *Du traitement des maladies des femmes par les eaux minérales.*

L'ordre du jour appelle la discussion sur le scorbut.

DISCUSSION SUR LE SCORBUT

M. Le Roy de Méricourt. Le travail dont M. Villemin a donné lecture dans les séances des 11 et 18 août dernier a pour but de démontrer que, contrairement à l'opinion très-généralement admise, le scorbut ne relève ni de l'alimentation, ni des conditions atmosphériques, et que, loin d'être une maladie de nutrition, ce serait une maladie endémo-épidémique contagieuse, analogue au typhus, à la peste, etc., résultant d'un miasme particulier.

C'est avec un profond étonnement, dit M. Le Roy de Méricourt, que nous avons entendu l'argumentation de M. Villemin et les conclusions qu'il a cru devoir formuler. Elles sont absolument différentes des convictions que nous nous sommes formées durant notre carrière, non-seulement par nos lectures, mais encore et surtout par l'observation des faits, toutes les fois qu'il nous a été donné de voir des cas de scorbut.

Pour répondre aux nombreux arguments de notre collègue, au lieu de nous borner à présenter à l'Académie une série de faits authentiques recueillis avec soin à notre époque, susceptibles de ruiner la théorie de M. Villemin, nous avons préféré adopter une méthode, sans doute plus longue et beaucoup plus laborieuse, qui consiste à suivre notre collègue pour ainsi dire pas à pas, dans son argumentation, à soumettre ses citations à une critique scientifique.

La thèse de notre collègue nous ramène en plein seizième siècle. L'Académie de médecine, en 1874, se trouve en présence de la même question que trancha la faculté de médecine de Copenhague en 1645, et qui déclara que le scorbut devait être considéré comme héréditaire et contagieux. Se rangera-t-elle à l'opinion d'Hoffmann, Boërrhave, Falconnet, Fodéré, etc., ou bien restera-t-elle fidèle aux conclusions de Lind, qui a combattu d'une manière si énergique la contagiosité du scorbut et son origine miasmatique ? Tous nos efforts vont tendre à ce que, une fois encore, la doctrine de Lind triomphe.

Ici M. Le Roy de Méricourt rappelle le plan de campagne de M. Villemin :

Si l'on fait la part des excentricités que l'on trouve partout, en médecine comme ailleurs, dit M. Le Roy de Méricourt ; si l'on rapproche par analogie les différentes causes invoquées, on arrive, en somme, à former deux groupes très-distincts. Dans l'un se rangent les partisans d'un miasme producteur, inconnu dans son essence ; dans l'autre se placent tous ceux qui pensent que le scorbut, sorte d'étiolement humain, survient lorsque l'économie, débilitée par des influences dépressives variables et diversement associées, ne trouve pas, dans une alimentation suffisamment réparatrice, et surtout variée, les moyens de maintenir la nutrition dans des conditions normales. Si bon nombre d'auteurs ont mis en relief une cause déprimante, comme principal facteur du scorbut, c'est qu'ils ont été surtout impressionnés par l'action dominante de cette cause, dans les circonstances où ils se sont trouvés, mais souvent on trouve simultanément comme constante pathogénésie la défectuosité de la ration alimentaire et surtout l'absence de végétaux frais. Telle est la doctrine que nous professons.

Cette doctrine, pour nous, n'est pas systématiquement éclectique, elle est naturelle parce qu'elle est basée sur l'observation des faits.

Pour prouver que l'étiologie actuellement admise du scorbut ne repose que sur des allégations incohérentes, M. Villemin prend à partie isolément chacun des facteurs dont l'association détermine, selon nous, le scorbut, et démontre qu'isolément il n'a pas cette puissance, puisque, dans telle ou telle épidémie, ce facteur étiologique a pu manquer. En cela nous sommes d'accord ; mais nous espérons voir que, dans tous les cas où l'on a exagéré la portée d'un de ces facteurs, il en existait plusieurs autres qui concourent au même résultat coïncidemment, et que le régime alimentaire n'était plus constitué de manière à contre-balancer l'influence de l'ensemble des causes débilitantes.

M. Le Roy de Méricourt examine successivement à ce point de vue les diverses causes successivement invoquées, la tristesse, la nostalgie, le tabac, les fatigues, l'oisiveté, le froid, l'humidité, les salaisons, les vivres altérés, etc. ; et arrivé ensuite à la question des végétaux frais, il donne un grand développement à l'étude de ce point particulier d'étiologie.

De la longue discussion à laquelle il se livre sur ce sujet et du rappel d'un grand nombre de faits, en particulier de la relation faite par M. Drouet, de la compagne de *la Virginie* en 1854, il déduit cette conséquence que c'est à la misère physique, aux privations alimentaires et surtout à l'absence de végétaux frais, qu'ont été dus la plupart des scorbuts de mer et plus particulièrement celui de la *Virginie* en 1854 ; que, dans ce dernier cas, notamment, les approvisionnements de vivres frais, ont été évidemment insuffisants pour compenser l'influence débilitante de l'alimentation monotone des viandes salées et des légumes secs, du froid humide, des maladies antérieures et des fatigues d'une croisière. Pour que le scorbut n'éclatât pas, il eût fallu que, dans les conditions où était l'équipage de cette frégate, les rafraîchissements eussent été beaucoup plus abondants.

M. Le Roy de Méricourt continuera cette dissertation dans la prochaine séance.

RAPPORT

Prix de l'Académie. — M. Giraldès donne lecture du rapport sur le concours pour le prix de l'Académie. Ce rapport présente l'analyse du mémoire unique envoyé au concours. Les conclusions en seront votées en comité secret.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour la discussion des conclusions de ce rapport et pour entendre la lecture d'un rapport de M. Legouest sur les candidats au titre de correspondant.

L'Académie doit s'occuper, en outre, dans ce comité secret, d'une affaire intérieure qui touche à ses intérêts.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 août 1874. — Présidence de M. Peter.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend la lettre suivante :

A Monsieur le président de la Société de médecine de Paris.

Monsieur le président,

Empêché par des occupations inattendues de me rendre à la Société de médecine, permettez-moi de vous adresser ces quelques lignes, afin de rectifier une assertion de notre honoré collègue M. Forget, émise dans la séance du 10 janvier 1874, et publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 30 juin dernier.

Voici ce que disait notre collègue, au sujet d'une communication de M. Gallard sur un cas de polype du larynx dont il présentait, en même temps, la pièce anatomo-pathologique.

« M. Forget. Il serait bon de rechercher quelle a été l'étude clinique que le médecin spécialiste a faite à propos du malade, et de se convaincre s'il n'a pas méconnu l'affection.

M. Gallard tend à penser que le diagnostic a été bien établi par le médecin, car il voit sur le polype, principalement à la partie postérieure, certaines traces qui semblent indiquer qu'on a dû employer la cautérisation ou peut-être même faire des tentatives de section.

M. Forget ne partage pas cette opinion : il ne trouve pas de trace agressive faite par le chirurgien sur la tumeur qui est légèrement bilobée par un sillon médian. Il y a eu erreur de diagnostic de la part du spécialiste. Ce dernier, ne voyant rien dans l'arrière-gorge, aura pensé à une affection syphilitique et traitait en conséquence cet homme qui, ainsi que vient de le dire M. Mercier, a refusé de dire la vérité. »

Or je puis affirmer que le spécialiste, qui n'est autre que notre confrère le docteur Ch. Fauvel, loin d'avoir méconnu le polype du larynx, l'a au contraire fait dessiner et ensuite l'a arraché par morcellement, *en ma présence,* dans la journée du 23 février 1873. J'emportai une portion de la tumeur, que j'examinai au microscope, et dont je remis les préparations au docteur Fauvel, en constatant que la tumeur était un sarcome, ce que constatait, en même temps M. Cornil, qui remettait à M. Fauvel une note signalant la tendance qu'aurait cette tumeur à récidiver.

Cette prévision n'était que trop juste ; le malade qui s'était cru guéri et avait complétement recouvré la voix, revenait le 20 août 1873, chez le docteur Fauvel, qui détruisait une seconde fois le polype par arrachement et par section. Avant l'opération, le malade était non-seulement aphone, mais encore très-oppressé. L'opération fit cesser la dyspnée, mais ne ramena pas la voix.

Le docteur Bonnichon (de Saint-Amand), médecin du malade, très-versé dans la laryngoscopie, fit, d'accord avec le docteur Fauvel, subir au malade des cautérisations énergiques avec l'acide chromique.

Il fut convenu qu'aussitôt que le développement de la tumeur intra-laryngienne menacerait la fonction respiratoire, le malade reviendrait à Paris subir la cautérisation galvanique de sa tumeur ou la trachéotomie.

On sait le reste.....

M. Fauvel m'ayant prié de faire cette rectification en ma qualité de membre de la Société de médecine, je m'empresse de vous la transmettre dans un intérêt de justice et de vérité.

Veuillez agréer, etc. Chéron.

DISCUSSION SUR LES PRÉPARATIONS DE DIGITALE

M. Duroziez. Je voudrais, à propos du procès-verbal, communiquer à la société quelques faits où la poudre de digitale a été donnée à la dose de 15 centigrammes en tisane, et au bout de fort peu de temps la malade a succombé. Doit-on attribuer cette terminaison rapide de la maladie au médicament ou à l'état graisseux du cœur révélé par l'autopsie. Je serais tenté de croire que c'est le médicament qui a précipité l'issue fatale. Il y eut pendant les derniers temps de la vie des signes de l'action toxique de la digitale.

M. Peter. Je demande à M. Duroziez à quels signes il reconnaît l'état graisseux du cœur. Pour moi, je trouve ce diagnostic très-difficile. L'état graisseux du cœur, en effet, n'a pas de signes suffisamment évidents pour permettre à l'observateur d'asseoir un diagnostic certain, de telle sorte que l'on n'arrive à reconnaître la dégénérescence graisseuse que par un ensemble de probabilités : faiblesse du pouls, altération graisseuse des artères, cercle sénile de la cornée, alcoolisme chronique avéré.....

C'est là que gît le danger de la digitale, aussi la donné-je très-peu et presque à contre cœur; je m'en défie, je la redoute. Je ne l'emploie que comme régulateur des mouvements du cœur, quand ces derniers sont très-irréguliers ou tumultueux.

Il est une tendance, dans la médecine de notre époque, tendance que l'on doit déplorer, c'est d'établir des équations toutes faites et surtout systématiquement faites entre la maladie et le médicament : syphilis, mercure; maladie du cœur, digitale. Ce n'est plus de la science alors, c'est une convention toute faite, systématique, stéréotypée, c'est le triomphe de la routine.

On ne doit pas donner longtemps de la digitale, sous n'importe quelle forme qu'on l'administre. On peut et l'on doit en suspendre l'usage, car il faut qu'on le sache, et l'on ne saurait trop le dire, la digitale est un médicament redoutable, dangereux.

Maintenant M. Duroziez a fait là un travail très-intéressant, très-utile, et je lui demanderai de bien l'ordonner, de diviser ses nombreuses observations sous différents chefs, c'est-à-dire de rassembler dans un même chapitre tous les cas où, la digitale étant donnée, les fonctions digestives ont été altérées; dans un autre il rassemblera tous les cas de délire, d'hallucination, de troubles encéphaliques, en un mot; et ainsi de suite, car il ne faut pas que ce consciencieux et très-intéressant travail soit perdu en étant publié à de longs intervalles, ou passe pour ainsi dire inaperçu pour les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*.

Il est de la plus haute importance thérapeutique que les praticiens de province sachent bien les dangers de ce médicament, et que, pour les maladies de cœur, le commencement de la sagesse est la crainte de la digitale.

Je partage entièrement les idées de M. Duroziez à ce sujet.

M. Duroziez. Je ne demande pas mieux; au reste j'ai commencé ce travail sans aucun parti pris, de bonne foi, sans savoir quelles en seraient les conclusions, et, chemin faisant, j'ai été effrayé en relevant mes observations, des effets toxiques de la digitale.

M. Delasiauve. Je partage les opinions de MM. Duroziez et Peter, mais j'en dirais autant du chloral et du bromure de potassium que l'on emploie à tort et à travers, sans discernement; dès qu'un malade souffre : chloral; dès qu'un malade présente des symptômes d'un état nerveux quelconque : bromure de potassium, et je ne suis pas du tout convaincu de l'innocuité de ces substances, je crois même que leur influence se fait longtemps sentir et n'est pas sans danger.

M. Forget. Quand on fait de la médecine du symptôme, on fait de la mauvaise médecine, on ne s'occupe que du moment présent, et l'on néglige l'effet éloigné du médicament.

Qu'est-ce que je fais, quand je donne le chloral et le bromure de potassium ? Comment agissent-ils sur l'économie ? A la manière des agents toxiques, c'est un véritable empoisonnement; et je ne sais pas encore si ce n'est pas dangereux; en tout cas, il y a deux sortes d'action : une action primitive, une action secondaire.

J'ai vu le chloral dangereux pour les femmes nerveuses, je les ai vues souvent plus malades après l'administration de ce médicament.

On ne se donne pas le temps d'expérimenter; on ordonne le médicament à la mode, c'est la vogue que l'on suit, et non pas l'étude rationnelle du médicament. Ce n'est plus de l'expérimentation scientifique, c'est de l'innovation thérapeutique, et rien de plus.

Il faut y mettre plus de prudence, plus de raison, plus de patience, et le travail de M. Duroziez aura cette bonne fortune de faire connaître à tous les dangers de l'emploi de la digitale.

LECTURE

M. Camuset lit un travail intitulé : *De l'ophthalmologie en Espagne.* (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 24 septembre 1874.)

La séance est levée à cinq heures et demie.

Pour le secrétaire annuel empêché,

Le secrétaire général : A. Charrier.

MEDECINE LÉGALE

De l'hymen et de son importance en médecine légale (1)

Par M. le docteur E. Garimond,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

L'hymen n'a qu'une existence transitoire. Il disparaît d'habitude au moment où les organes de la génération accomplissent le but définitif pour lequel ils ont été formés. Cette membrane est alors habituellement divisée, déchirée ou détruite en entier. Mais si, par quelques circonstances exceptionnelles, elle persiste dans son intégrité, elle devient alors un obstacle à l'accomplissement régulier des fonctions; elle est donc d'une utilité plus que contestable et quelquefois même un véritable embarras. Aussi les physiologistes ont-ils attaché à sa présence une très-minime importance, ignorant le rôle qu'elle est appelée à jouer pendant l'enfance et la puberté.

Il n'en est plus ainsi lorsqu'on l'envisage au point de vue de la médecine légale. Sa présence, son absence, sa rupture ou son intégrité peuvent, suivant l'occasion, devenir des signes d'une certaine valeur. Quelques auteurs lui attribuent même une signification absolue. Ils semblent regarder l'hymen comme une barrière naturelle et constante placée entre les organes génitaux externes et ceux de la sphère moyenne, de sorte qu'il établirait entre eux une différence de nature et de fonction. Un attentat commis avec violence, mais arrêté par ce tissu, n'aurait plus la même signification, ne devrait plus être désigné par le même mot, n'entraînerait plus la même pénalité que celui qui, exerçant quelques millimètres plus loin, deviendrait un crime d'une tout autre portée, et celui-ci aurait toujours pour caractère essentiel la violence et la rupture de la membrane obturatrice. Pour tout dire, suivant l'École française la plus moderne et la plus autorisée, le viol ne serait autre chose que la violence exercée sur les organes génitaux de la femme, suivie nécessairement de la défloration complète ou incomplète. La déchirure de la membrane est tout; en dehors d'elle, le crime n'a plus le même caractère, il n'y a qu'un attentat à la pudeur.

On est actuellement mal venu de s'arrêter à de simples discussions théoriques. Les faits sont plus recherchés que les aperçus les plus ingénieux. Cependant l'attention doit nécessairement se reporter à l'origine des questions. Les théories, pour ne faire qu'une mince apparition, n'en existent pas moins, et les auteurs les plus sobres à cet égard ne sauraient se soustraire à cette nécessité. Ils formulent leurs opinions en quelques mots, ils ne les discutent pas, mais ils les présentent comme des axiomes, point de départ obligé de toute leur œuvre que nul n'est admis à repousser. Ce sont les tendances de l'École moderne de médecine légale. Dans chaque sujet, elle recherche autant que possible un signe très-apparent, saisissable, dont elle fait non-seulement un moyen de diagnostic, mais qu'elle établit comme l'élément essentiel de sa définition. Ce procédé offre un véritable avantage : il donne aux questions une netteté et une précision incomparables. Le légiste, avec ce mode d'appréciation, est rarement embarrassé. Il résout ainsi les difficultés qui peuvent se rencontrer et qui, pour tout autre, seraient au moins douteuses. Mais, si l'on discute à fond ces théories à peine ébauchées et si hardiment formulées, elles ne soutiennent pas toujours l'examen, et l'on s'aperçoit bientôt, quelles que soient l'habileté de l'œuvre entière, l'abondance des détails, la hardiesse des conclusions, que l'ensemble n'est point assis sur une base inébranlable.

L'expert n'a pas, il est vrai, à discuter la loi ou à l'interpréter; seulement, lorsqu'un délit, un crime, sont désignés par un simple mot, il faut bien qu'il se rende compte de sa valeur au point de vue de l'expertise médicale, et qu'il sache si la définition proposée est la seule vraie. On ne sera donc pas étonné que je recherche quelle est la signification à donner aux crimes prévus par l'article 332 du Code pénal, et caractérisés, suivant plusieurs auteurs modernes, par la rupture de l'hymen. La plupart des écrivains antérieurs à notre époque n'ont pas envisagé cette question au même point de vue. Ils sont, au contraire, unanimes à reconnaître que le viol n'est autre chose que l'union sexuelle illicite accomplie avec violence, quels que soient d'ailleurs les désordres anatomiques qui en résultent, et qui ne peuvent que, dans un nombre de cas très-limité, avoir une importance absolue. Cette définition, ou son idée principale, a été acceptée par le plus grand nombre d'entre eux : Fodéré, Marc, Orfila, Devergie, Casper; c'est celle que Briand et Chaudé (1) reproduisent dans des termes à peu près identiques. Il faut le reconnaître, elle est bien un peu vague : le signe essentiel, l'élément matériel du crime, n'est point désigné; c'est pour cela que quelques auteurs ont voulu lui donner un sens plus pratique. Toulmouche (2) déclare que « pour le médecin légiste, le caractère de la virginité et l'existence de la membrane hymen, et il n'y a de défloration ou viol que si l'on y remarque des déchirures. » M. A. Tardieu (3), s'emparant de cette idée, la formule encore avec plus de précision. « Le viol peut être défini, au point de vue de la médecine légale : toute violence exercée sur les organes sexuels de la femme, et caractérisée par la défloration, c'est-à-dire par la déchirure complète de la membrane hymen. » On arrive ainsi à un signe invariable, caractéristique du viol, en même temps qu'on détourne le mot du sens primitif. Les rapports sexuels ne sont plus nécessaires; mais toute violence, de quelque nature qu'elle soit, peut être classée dans la même catégorie, pourvu qu'il y ait rupture de l'hymen. C'est donc une véritable révolution accomplie dans l'idée que l'on s'est faite jusqu'à présent de ce crime.

Avec cette doctrine, le viol est restreint à un petit nombre de faits, et tout ce qui ne reconnaît pas la défloration à son origine est rejeté dans le cadre élargi des attentats à la pudeur. Mais l'on se demande si l'on peut ainsi arbitrairement séparer des actes qui, ayant les mêmes conséquences et poursuivant un but identique, sont de même nature, et cela parce qu'un tissu de peu d'importance a été respecté dans un cas, déchiré dans un autre, alors surtout que la membrane peut ne pas exister, soit par une destruction accidentelle antérieure, soit par suite d'une organisation anormale. Cette question a déjà été en partie tranchée par les interprétations données au sens de la loi par la cour de cassation. Pour nous, c'est exclusivement par des faits d'ordre médical que nous devons la juger, et puisque l'hymen

(1) Extrait du *Montpellier médical*, août 1874, t. XXXIII, p. 148.

(1) Briand et Chaudé, *Manuel complet de médecine légale*, 9e édition. Paris, 1874.

(2) Toulmouche, *Mémoire sur les attentats à la pudeur et le viol* (*Ann. d'hyg.*, 2e série, t. VI, p. 100, 1856, et t. XXII. p. 333, 1864).

(3) Tardieu, *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, 6e édit. Paris, 1873.

joue un si grand rôle, c'est par son étude, par son anatomie et par ses anomalies, par les modifications que les circonstances accidentelles lui font subir, et par les conséquences qui en découlent, que nous arriverons à nous faire une idée nette de ce que l'on doit classer sous le nom d'attentat à la pudeur, ou sous celui de viol.

Pendant longtemps, des anatomistes ordinairement exacts n'avaient qu'une notion tellement confuse de l'existence de l'hymen, que leurs opinions à cet égard étaient tout à fait contradictoires. « Fallope, Vésale, Diemerbroëk, Riolan, Bartholin, Heister, Ruysch et quelques autres prétendent, écrit Buffon (1), que la membrane hymen est une partie réellement existante qui doit être mise au nombre des organes de la génération des femmes. Ils disent que cette membrane est charnue, qu'elle est fort mince dans les enfants, plus épaisse dans les filles adultes; qu'elle est située au-dessous de l'urèthre, etc., etc. L'hymen, selon M. Vinslow, est un repli membraneux plus ou moins circulaire, plus ou moins large, plus ou moins égal, quelquefois semi-lunaire, qui laisse une ouverture très-petite dans les unes, plus grandes dans les autres, etc. Ambroise Paré, Dulaurens, Graaf, Pinœus, Dionis, Mauriceau, Palfyn, soutiennent, au contraire, que la membrane hymen n'est qu'une chimère, etc. Ils rapportent les observations qu'ils ont faites sur un grand nombre de filles, de différents âges, qu'ils ont disséquées, et dans lesquelles ils n'ont pu trouver cette membrane. Ils avouent seulement qu'ils ont vu quelquefois, mais bien rarement, une membrane qui unissait les protubérances charnues, qu'ils ont appelées caroncules myrtiformes. Mais ils soutiennent que cette membrane était contre l'état naturel. »

Nous savons ce qu'il faut penser actuellement de ces divergences d'opinion. Cette membrane, dont l'existence est niée par les uns, admise par les autres, est tellement constante que son absence congénitale est une exception rare et même contestée.

L'hymen est transversalement placé à la partie inférieure du vagin, qu'il obture complétement en arrière, échancré en avant au niveau du méat urinaire. Il a la forme d'un croissant; son bord convexe est soudé avec les parois inférieure et latérale du vagin. Son bord antérieur est concave; il regarde l'ouverture de l'urèthre, et laisse une ouverture libre à la partie inférieure de l'orifice vaginal. C'est surtout aux aspects multiples qu'offre cet orifice que se rapportent ses formes diverses, depuis le cloisonnement entier jusqu'à la disparition complète de la membrane obturatrice.

Ces variétés infinies ont été signalées par beaucoup d'auteurs (2), et l'on en retrouve tous les spécimens dans le Musée anatomique de Heidelberg. Je les classerai dans les divisions suivantes :

1° Hymen avec ouverture centrale. Celle-ci peut être simplement circulaire, et l'ouverture située tout à fait au milieu ou sur les côtés de la ligne médiane. Souvent elle est de forme allongée. Il en est même qui représentent parfaitement un carré dont les bords, légèrement convexes en dedans, ressemblent à de petites valvules. Dans un cas de ce genre, chez une jeune fille de deux ans, la membrane sur laquelle s'inséraient ces quatre replis était réduite à un simple lobe étroit bordant le vagin; pendant les mouvements d'expiration ou d'effort auxquels se livrait l'enfant, l'anneau vulvaire se resserrait, de sorte que l'hymen se rapprochait par les bords libres et obturait complétement le vagin; puis, pendant l'inspiration, la dilatation s'opérait, et alors la communication avec l'intérieur devenait assez large pour qu'on pût comprendre qu'à l'âge adulte nulle fonction n'en serait gênée.

2° L'hymen est en forme de croissant, avec ouverture antérieure. C'est celui qui est généralement décrit, et dont les dimensions dans l'orifice peuvent varier depuis le volume d'une simple plume d'oie jusqu'à permettre le passage d'un corps volumineux. L'échancrure en croissant est placée tout à fait à la partie antérieure et quelquefois subdivisée en deux fentes secondaires par une membrane perpendiculaire dont l'extrémité va s'insérer au-dessus du méat urinaire.

3° Je signalerai encore l'hymen imperforé ou criblé de petits pertuis, ce qui, au point de vue fonctionnel, revient tout à fait au même. Il existe enfin des hymens divisés dans toute leur longueur d'avant en arrière par une fente irrégulière, d'autres à ouvertures doubles ou circulaires, soit que celles-ci dépendent d'un vagin doublé ou qu'elles correspondent à un seul vagin.

L'étude du développement permet de comprendre facilement les nombreuses variétés que présente cette membrane. D'après Coste, du trente-troisième au quarantième jour après la fécondation, on voit se former près de l'extrémité caudale du fœtus, sur le tégument externe, une accumulation de blastème. Il en résulte une éminence médiane, d'où partiront des bourgeons secondaires destinés à former une série d'appendices. Au centre de cette éminence se creuse bientôt une dépression longitudinale qui ne tarde pas à devenir, par la corrosion du feuillet tégumentaire, une ouverture linéaire de plus en plus profonde, finissant, lorsque l'évolution marche régulièrement, par communiquer avec le cloaque formé par les cavités rectale, vésicale, vaginale, dont le cloisonnement se fait en même temps et s'unit ainsi aux parties externes.

L'hymen n'est donc, en réalité, qu'un débris de membrane persistant dans une proportion variable, percé d'une ou de plusieurs ouvertures ou n'ayant subi qu'un travail de dépression ou de perforation. C'est en effet par la disparition du tissu placé entre le cul-de-sac rectal, le vagin et la vessie d'une part, et le tégument externe de l'autre, que les trois cavités intestinale, génitale et urinaire s'ouvrent à l'extérieur. Que ce travail ne s'accomplisse point régulièrement au niveau du cul-de-sac vaginal, il en résulte une oblitération de la partie du vagin aboutissant à l'anneau vulvaire, oblitération complète ou incomplète, suivant les cas. L'organisation est considérée comme régulière toutes les fois que la membrane oblitérante est percée d'une ouverture suffisante pour l'exercice des fonctions qui doivent s'établir à la puberté; mais on comprend déjà combien il doit se présenter de variétés. Il semble qu'au développement parfait devrait correspondre la disparition entière de la membrane obturatrice, qui n'est jamais qu'un obstacle incommode. Cependant elle persiste habituellement et ne peut nuire à la régularité des fonctions qu'à une époque éloignée de la naissance. Il n'en est point ainsi pour l'urèthre et l'anus, dont les orifices, se formant par le même mécanisme, ont besoin d'être complets dès la naissance. Les parties extérieures ont donc un développement distinct de celui du vagin. Il en est de même pour l'utérus et les ovaires. « L'observation directe, dit le professeur Courty (1), démontre que l'appareil génital est divisible en trois zones qu'il faut considérer comme trois champs distincts d'évolution organique, se développant indépendamment les uns des autres et tendant à produire un appareil unique destiné à l'accomplissement d'une seule fonc-

(1) Buffon, *Œuvres complètes : De l'homme*, t. VI, p. 44.
(2) Rose; *De l'hymen*, thèse de Strasbourg, n° 872, 2e série. 1865.

(1) Courty, *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes*, p. 35.

tion. De ces trois zones, les deux extrêmes sont les principales; la moyenne ou intermédiaire est secondaire. Les premières sont les organes génitaux internes et externes, la seconde est le moyen d'union des uns et des autres. »

Ces données anatomiques et physiologiques me permettent d'aborder les diverses questions qu'entraîne avec lui le rôle accordé à l'hymen. (*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Guide de l'Étudiant en médecine et en pharmacie, Agenda-annuaire, 3e année, 1874-1875, par le docteur Fort, professeur libre d'anatomie à l'école pratique (1).

Ce livre de poche est indispensable à tout élève qui désire avoir un renseignement quelconque : 1° sur la législation des facultés de médecine et des écoles secondaires ; 2° sur le personnel, les cours et les cliniques de la faculté de Paris ; 3° sur l'Ecole pratique et sur les dissections. L'élève trouvera encore dans ce petit volume des conseils sur l'emploi de son temps et sur tout ce qui peut l'intéresser dans le cours de ses études : examens ; concours de l'externat, de l'internat, de l'agrégation, etc. ; prix divers de l'Académie, de la Société de chirurgie, de la Faculté et de l'enseignement libre. Des chapitres particuliers sont réservés à l'Ecole de pharmacie et aux concours de l'internat en pharmacie, aux médecins étrangers, aux officiers de santé, aux médecins de la marine et aux sages-femmes.

M. Fort fait remarquer, à la première page du *Guide de l'Étudiant*, que ce livre est un *Journal annuel* dans lequel on admettra toutes les observations des élèves, signées, et à condition qu'elles paraissent justes. Chaque élève pourra signaler les abus dont il aura connaissance et indiquer les nouveaux chapitres qui lui paraîtront devoir être ajoutés à l'ouvrage.

Manuel d'anatomie, deuxième édition du *Résumé d'anatomie* par le docteur J. A. Fort, professeur libre d'anatomie à l'école pratique. — 1 vol. in-18 avec 151 fig. dans le texte (2).

Ce joli petit volume n'est qu'un résumé utile aux élèves qui ont besoin de revoir rapidement l'anatomie pour les examens ou les concours. Ce livre est un extrait, fait par l'auteur, de son *Anatomie descriptive et dissection* en trois volumes, ouvrage plus considérable et apprécié surtout par ceux qui étudient l'anatomie à l'amphithéâtre.

Le Manuel d'anatomie a été augmenté d'un grand nombre de figures et de la dissection des principales régions.

Le succès de cet ouvrage nous dispense d'en parler plus longuement : c'est toujours la même méthode employée par l'auteur, dans le Manuel comme dans le Traité d'anatomie, dans celui-ci comme dans la *Pathologie et Clinique chirurgicales*, ouvrage en 4 vol. in-8° dans lequel la méthode d'exposition et la clarté ne laissent rien à désirer.

(1) 1 petit vol. de 365 pages, chez A. Delahaye et tous les libraires. — *Franco*, 1 fr. 50.

(2) 1 vol. in-18 avec 151 fig. dans le texte. — Chez A. Delahaye. — 7 fr. 50.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'externat. — Voici les questions d'anatomie qui ont été données après les épreuves du volontariat.

Mercredi 14 octobre. Articulation tibio-tarsienne.
Vendredi 16 octobre. Articulation temporo-maxillaire.
Lundi 19 octobre. Diaphragme.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Mazet, ancien interne des hôpitaux. Cet honorable confrère exerçait, depuis 1840, la médecine dans le quartier Saint-Antoine, avec autant de dévouement que de modestie, lorsque sa santé peu robuste le contraignit, il y a quelques années, à renoncer aux fatigues de sa profession. Atteint depuis assez longtemps d'une maladie, dont il envisageait courageusement l'issue, M. le docteur Mazet est allé mourir dans son pays natal, au sein de sa famille, laissant près de ses confrères et de ses clients le souvenir d'un homme de bien.

— Le Japon possède aujourd'hui son journal de médecine, sous le nom de *Kin-Si-I-Setzu* (journal de médecine moderne), M. le docteur Stuart Eldridge en est le rédacteur en chef ; ce journal, publié à Yedo, a obtenu du gouvernement japonais, une garantie d'un tirage de mille exemplaires.

Le premier numéro contient entre autres les travaux suivants : Etude sur les rétrécissements de l'urèthre. — La méthode d'Esmarch. — De la nécessité de l'éducation des sages-femmes au Japon. — De l'administration de l'arsenic, etc.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 24 octobre 1874, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° lecture du procès-verbal de la précédente séance ; — 2° recherches sur l'action physiologique des injections hypodermiques de morphine, par M. Aimé Martin ; — 3° observation de M. Blondeau ; — 4° cas de chorée mortelle par M. de Beauvais.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau compendium médical à l'usage des médecins praticiens, divisé en trois parties : 1° pathologie générale ; 2° dictionnaire de pathologie interne, etc. ; 3° dictionnaire de thérapeutique, par le docteur A. Bossu. — Cinquième édition. — 1 vol. in-12 de 860 pages. — Paris, Germer-Baillière, n° 17, rue de l'École-de-Médecine. — Prix : 8 francs.

Étude sur le traitement de certaines adénites inguinales par la méthode de l'aspiration, par le docteur Le Pileur. — In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Guide de l'étudiant en médecine et en pharmacie (agenda-annuaire), par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 3e année 1874-1875. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Les cinq examens de médecine, en vente chez Adrien Delahaye place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

SAINT-RAPHAËL

VIN TANNIQUE DE BAGNOLS, prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. Pasteur, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin de *quinquina naturel*, fort agréable à boire.

Dose : Un petit verre après les deux principaux repas.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

PASTILLES DE DETHAN

AU SEL DE BERTHOLLET (CHLORATE DE POTASSE)

Contre les maladies de la gorge, de la voix et de la bouche

PHARMACIE **DETHAN**, Faubourg Saint-Denis, 90, à Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

GRANULES ANTIMONIAUX

Du Docteur PAPILLAUD.

Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris dans les séances des 8, 15, 22 nov. et 6 déc. 1870. Nouvelle médication à base d'arséniate d'antimoine.

Les granules antimoniaux sont le médicament qui donne le plus de guérisons ou d'améliorations persistantes dans les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Ph. E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure) et dans toutes les ph. en France et à l'étranger. A Paris, aux ph. : 141, r. Montmartre; 86, r. du Bac; 1, r. des Tournelles; 1, r. Bourdaloue; 39, r. de Clichy.

VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE

de Ad. CARPENTIER, pharmacien, à Paris

Ce vin ne produit jamais de constipation par un long usage. Agréable au goût, il convient dans tous les cas où le fer est indiqué. Le flacon, 3 francs. 61, Boulevard Malesherbes et dans toutes les pharmacies. — Dépôt a Saint-Quentin, *pharmacie Lebon.*

CACHETS MÉDICAMENTEUX LIMOUSIN

(PROCÉDÉ BREVETÉ POUR 15 ANNÉES S. G. D. G.)

PARIS, 2 *bis*, rue BLANCHE (place de la Trinité)

Exposition universelle de Vienne 1873. — Médaille de mérite.

Ces Cachets sont constitués par deux petites rondelles de pain azyme soudées ensemble et renfermant dans leur centre des poudres médicamenteuses. (Voir *Compte rendu de l'Académie de médecine*, séance du 20 mai 1873.) — Ce procédé supprime la manipulation délicate et ennuyeuse qui consiste à disposer le médicament sur le pain azyme ordinaire et à l'enrober de manière à le soustraire au contact direct de la muqueuse de la bouche.

Mode d'emploi. — Il suffit de mettre le Cachet dans une cuiller avec un peu d'eau, pour l'avaler dès qu'il est suffisamment humecté. On peut aussi l'ingurgiter après l'avoir ramolli en le plongeant dans un verre qui contient du vin, de l'eau ou un liquide quelconque.

On trouve, tout préparés sous cette forme, à la pharmacie Limousin, ainsi que dans les principales Pharmacies, les médicaments qui suivent :

Rhubarbe . .	30 c.	bte de 12 cac.	0f 75	Soufre lavé. .	50 c.	bte de 20 cac.	1f 25	Brom. de pot.	50 c.	bte de 20 cac.	2f »
— . . .	30	— 20	1 25	Magnésie cal.	25	— 20	1 25	Tannin. . . .	25	— 20	1 50
— . . .	60	— 10	1 25	Carb. chaux.	50	— 20	1 25	Aloès.	10	— 20	1 25
— . . .	60	— 20	2 »	Semen-contra	50	— 20	1 25	Kousso. . . .	50	— 20	5 »
Sulf. quinine.	10	— 10	1 50	Bic. de soude.	50	— 20	1 25	—	50	— 40	10 »
—	10	— 20	3 »	Quinquina . .	50	— 20	1 50	Pepsine. . . .	50	— 20	3 »
—	20	— 10	3 »	Ipécacuanha .	50	— 10	2 »	Ph. de chaux.	50	— 20	1 25
Charbon vég.	50	— 20	1 25	Poivre cubèb.	50	— 20	1 50	Carb. Lithine	15	— 50	2 »
S.-n. bismuth	50	— 20	2 »	Val. de quini.	10	— 10	5 »	Carb. fer. . .	50	— 20	1 25
Fer réduit . .	10	— 50	2 »	Podophyllin .	2	— 40	2 »	Valériane . .	50	— 20	1 25

Exp. par la Poste contre l'envoi du prix ci-contre et un sup. de 30 c.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

ANTISEPTIQUE PUISSANT ET NULLEMENT IRRITANT, CICATRISANT LES PLAIES

Adopté par les Hôpitaux de Paris et par les Hôpitaux de la Marine.

S'emploie en compresses, lotions, injections, gargarismes (*anthrax, gangrènes, ulcères scrofuleux, plaies en général, ozène, otorrhées, angines couenneuses, leucorrhées, gengivites chroniques, etc.*). — Dépôt : Paris, 25, rue Réaumur, et dans toutes les pharmacies.

AVIS AUX ÉTUDIANTS

Dans la maison où demeure M. Rhumkorff, constructeur d'instruments de sciences, rue Champollion, 15, près la Sorbonne, le CONCIERGE a un très-grand choix de chambres meublées très-confortables, à louer à des prix modérés.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO. PHTHISIES, *Anémie*, **Rachitisme**, DIABÈTE, *Diarrhée*, **Cachexies**, *Albuminurie, la* **Convalescence**, *l'épuisement.* (Gros), 8, r. *Neuve-Saint-Augustin, Paris.*

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

CONSTIPATION

Guérie sans purger par les pilules de **PODOPHYLLE COIRRE.** 3 fr. — 24, rue du Regard, Paris, et principales pharmacies.

ERGOTINE

DRAGÉES D'ERGOTINE DE BONJEAN

(Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.)

D'après les plus illustres médecins, les Dragées d'Ergotine sont employées avec le plus grand succès pour faciliter le travail de l'accouchement, contre les hémorrhagies utérines, les engorgements de l'utérus, les métrorrhagies, l'épistaxis, les dysenteries et diarrhées chroniques, etc., et la solution d'ergotine au 10e (Ergotine, 10 grammes; eau, 100 grammes) est un des précieux hémostatiques que possède la médecine.

Dépôt général : à la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Hypersécrétions, pertes, hémorrhagies de causes internes.

L'EAU DE LÉCHELLE

Pectorale, la seule **Eau hémostatique** assimilable à haute dose, *sans fatiguer l'estomac.* Ordonnée contre les pertes, hypersécrétions, hémorrhagies. **Se trouve partout.** Paris, 12, rue des Petites-Écuries; 35, rue Lamartine.

VIN ET SIROP DE CHENNEVIÈRE

au chlorhydro-phosphate de chaux

PHTHISIE, NÉVROSE, GASTRALGIE, av. Wagram, 50.

VIN DE G. SEGUIN

TONIQUE & FÉBRIFUGE

« Ce Vin remplace avec avantage toutes les préparations de Quinquina. » (Rapport de l'Académie de Médecine).

Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, rue Saint-Honoré.

Aménorrhée, Dysménorrhée. — L'observation médicale confirme chaque jour les propriétés véritablement spécifiques de l'Apiol des docteurs Joret et Homolle comme emménagogues, et sa supériorité bien marquée sur les agents thérapeutiques de la même classe. Le succès est assuré quand l'aménorrhée ou la dysménorrhée est indépendante d'un état anatomique ou d'une lésion organique, mais se rattache à un trouble de l'innervation vaso-motrice de l'utérus et des ovaires. *Il provoque les règles, prévient les coliques, dissipe les douleurs des reins et les tranchées* qui accompagnent souvent les *Epoques*, sans qu'on ait jamais à redouter aucun accident de son emploi, même dans le cas de grossesse.

Le seul moment opportun pour administrer l'Apiol est celui qui correspond à l'époque présumée des règles ou la précède immédiatement. — Dose, une capsule matin et soir pendant six jours.

Dépôt général, pharm. Briant, 150, r. de Rivoli.

N° 124. — SAMEDI 24 OCTOBRE 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 24 OCTOBRE 1874. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'anurie ou oligurie hystérique.

Dans notre dernière Revue, à l'occasion du fait d'anurie communiqué par M. le docteur Tournadre (de Saint Germain-Lembron), nous avons rappelé deux faits d'anurie ou d'oligurie hystérique; — non que nous ayons voulu faire un rapprochement entre ces faits au point de vue étiologique, la cause étant très-probablement dissemblable dans les deux cas; nous avons voulu seulement, par ce rapprochement, faire ressortir de ces deux cas différents la circonstance commune qui les rapproche, c'est-à-dire l'absence de phénomènes bien accusés d'intoxication urémique, malgré une suppression prolongée d'urine.

Nous avons cherché depuis s'il n'existait pas, dans les annales de la science, des faits ayant une analogie plus directe et plus complète avec celui de notre confrère. Nous n'avons pas eu loin à aller. Dans la leçon citée de M. Charcot elle-même, que nous n'avions pas en ce moment sous les yeux, on trouve la mention de plusieurs faits d'anurie dépendante de l'oblitération plus ou moins complète des uretères par des calculs, ce qui paraîtrait, selon les plus grandes probabilités, être le cas du fait observé par M. Tournadre.

Ainsi on trouve, entre autres exemples, un cas rapporté par le docteur Laing, et dans lequel une anurie par oblitération calculeuse des uretères fut suivie de guérison, après dix jours de durée.

Chez un malade dont l'histoire a été rapportée par W. Roberts (de Manchester), l'anurie par la même cause avait duré douze jours. Ce ne fut que le huitième jour que les accidents comateux commencèrent à se manifester; la mort survint le douzième jour.

Le cas le plus récent et en même temps l'exemple le plus remarquable de durée de l'anurie, toujours d'après l'historique de M. Charcot, est celui qu'a rapporté M. Paget dans les *Bulletins de la Société clinique de Londres de* 1869, d'un homme qui eut une anurie absolue de quatorze jours de durée. Ce ne fut que le quatorzième jour seulement que les symptômes comateux se montrèrent. Le quinzième, le malade évacua une certaine quantité d'urine. Mais les accidents s'étant aggravés, la terminaison fatale eut lieu le vingt-troisième jour.

Ces cas sont cités, il est vrai, comme des exceptions, car si l'on s'en rapporte aux auteurs qui se sont plus particulièrement occupés de l'étude de ces accidents, l'anurie, en général, ne persisterait pas plus de quatre à cinq jours sans qu'il survienne, avec ou sans convulsions, des symptômes comateux promptement suivis de mort.

D'un autre côté, les expériences de néphrotomie ou de ligature permanente des uretères chez les animaux, sont généralement suivies de la mort de ces animaux dans un court délai. C'est donc dans la catégorie des cas exceptionnels que rentrerait le fait de M. Tournadre.

Cherchant à établir un parallèle entre ces trois ordres de faits, les faits les plus ordinaires d'anurie promptement mortelle, ceux où l'anurie par oblitération des uretères a pu se prolonger sans accidents et les cas d'anurie hystérique, M. Charcot a été conduit à se poser cette question, savoir s'il n'y aurait pas, entre ces trois catégories de faits et pour en expliquer les différences, un fait de dose.

Chez les hystériques, dit-il, et en particulier dans le fait qu'il a si bien étudié, il y a une diminution réelle dans la quantité d'urée évacuée dans les vingt-quatre heures. Cette quantité est de beaucoup inférieure à la moyenne normale, même en tenant compte de celle qui peut entrer dans les évacuations supplémentaires. Cette diminution dans la quantité d'urée excrétée traduit manifestement une diminution absolue des matières extractives ou, en d'autres termes, un ralentissement sensible dans les phénomènes de désassimilation; ce qui expliquerait cette sorte d'immunité chez les hystériques qui peuvent rester ainsi anuriques pendant un temps assez prolongé sans présenter de phénomènes d'intoxication. Ce serait un phénomène analogue, suivant M. Charcot, à celui que l'on constate également chez les hystériques, et nous ajouterons chez certaines femmes enceintes, en proie à des vomissements incoercibles, et qui, malgré l'insuffisance d'alimentation qui en résulte, ne perdent ni leur embonpoint ni les apparences de la santé.

Quant au mécanisme de l'oligurie des hystériques, convaincu par ses observations qu'on ne peut l'attribuer ni à un obstacle provenant de l'urèthre et de la vessie, ni à une lésion du rein dont il n'existait aucun signe dans le fait qu'il a rapporté, M. Charcot s'est demandé si l'on ne pourrait pas invoquer une oblitération spasmodique des uretères, survenue sous l'influence d'une irritation des centres nerveux, comme quelques auteurs en ont rapporté des exemples. Ainsi envisagée, l'oli-

gurie hysthérique se rapprocherait de certains cas d'oblitération des uretères par des calculs. Ou bien faudrait-il en faire remonter la cause plus haut encore, dans une influence du système nerveux central? — C'est là un sujet d'étude à poursuivre.

Traitement de l'infection purulente et des accidents puerpéraux graves par l'alcool.

Dans la Revue du 10 octobre, nous avons rapporté quelques exemples de l'emploi heureux de l'alcool dans le traitement de la fièvre puerpérale. Nous apprenons que cette méthode est depuis quelque temps en usage dans le service de M. le docteur Gallard à l'hôpital de la Pitié, et que les résultats en sont généralement satisfaisants. Témoin de quelques-uns de ces faits, et frappé des améliorations qu'il a été à même de constater, M. le docteur Faugeyron en a fait le sujet de sa dissertation inaugurale.

Voici le résumé de quelques-unes des observations qui y sont rapportées.

Une jeune femme de dix-neuf ans, primipare, après un accouchement normal à terme, fut prise de frissons avec céphalalgie violente, dyspnée et douleur au-dessous du mamelon. Le point de côté avait diminué après une application de vésicatoire, la fièvre persistait avec des frissons intenses, revenant plusieurs fois par jour. Les symptômes de l'infection purulente ne tardèrent pas à se manifester. Les mouvements respiratoires atteignaient 60 par minutes, le pouls de 115 à 120; température oscillant entre 37 et 38 degrés. L'état général paraissait des plus graves. M. Gallard institua le traitement par l'alcool : potion avec 50 grammes d'eau-de-vie et 5 grammes d'alcoolature d'aconit, une cuillerée toutes les deux heures, une pilule d'extrait thébaïque de 5 centigrammes, glace pilée à l'intérieur.

Sous l'influence de ce traitement, il se produit dès les jours suivants une amélioration sensible : les frissons avaient cessé complétement, après trois jours; les mouvements respiratoires n'étaient plus que de 35 par minute, le pouls était descendu à 112; la température avait baissé d'environ 5/10. Enfin l'état général s'améliora peu à peu et, malgré la persistance des lésions du côté des organes thoraciques, la malade, reprenant des forces, put arriver à une guérison complète.

Dans un deuxième fait, une jeune femme de vingt ans, au terme de sa grossesse, déjà souffrante avant son accouchement, est prise, deux jours après l'accouchement d'un fœtus mort, de frissons répétés avec douleurs de ventre, teinte ictérique très-prononcée. On prescrit potion avec 50 grammes d'eau-de-vie et 2 grammes d'alcoolature d'aconit. Les frissons disparaissent. Les jours suivants, les symptômes s'étant notablement amendés, et, la malade reprenant des forces, on crut pouvoir cesser le traitement. Mais dès qu'on eut abandonné l'emploi de l'alcool, l'état devint plus grave : insomnie, inappétence complète, nouveaux frissons violents, douleurs extrêmement vives du ventre, vomissements, température à 40 degrés, pouls à 140. On s'empressa de prescrire de nouveau l'eau-de-vie et, dès le soir même, on ne compta plus que 120 pulsations, et la température était descendue à 38 degrés.

La convalescence était franchement établie vers le vingt-quatre ou vingt-cinquième jour environ.

La troisième observation est relative à une femme de trente et un ans, qui, huit jours après son accouchement, est prise de vomissements, avec douleurs de ventre et ballonnement, pâleur, abattement, fièvre avec sueurs abondantes. Plus tard, frissons; température : 38°5, pouls : 104. On prescrit potion avec 50 grammes d'eau-de-vie et 2 grammes de teinture d'aconit.

Au bout de quelques jours de traitement la température était redescendue à 37 degrés; le pouls, après quelques oscillations entre 104 et 108, redescendit au-dessous de 100. Chez cette malade les signes fournis par l'auscultation avaient fait craindre un moment la présence d'abcès dans le poumon. La guérison était assurée au bout d'un mois, et la malade sortait guérie après deux mois de séjour à l'hôpital.

Épidémie de rougeole.

Notre confrère M. le docteur A. Gassot (de Chevilly) nous transmet les renseignements qui suivent sur une épidémie de rougeole qui a sévi dans la contrée où il exerce, et qui a présenté des particularités dignes d'intérêt dans sa marche, dans le nombre des cas observés et la répartition des cas suivant les âges.

La marche de l'épidémie a été d'une régularité parfaite : après avoir sévi avec intensité à Orléans l'hiver dernier, la rougeole a atteint en février la commune la plus proche, Cercottes; puis, décrivant un cercle autour de Chevilly, elle a successivement visité les communes voisines. Après un temps d'arrêt de deux mois environ, Chevilly pouvait se croire épargné, quand vers la fin de juin la rougeole fut importée par un adulte sortant d'un lieu contaminé.

Sa femme d'abord, puis successivement onze enfants dans la même maison furent atteints, enfin toutes le portes furent visitées.

Le nombre des cas oscille entre 350 et 400, dont la commune de Chevilly (1,500 habitants), peut revendiquer la moitié.

La gravité a été moyenne : si nous n'avons eu que peu de décès à enregistrer, nous avons observé des complications nombreuses et des convalescences pénibles.

Mais ce qui nous semble devoir être particulièrement remarqué, c'est le nombre considérable des enfants du premier âge qui ont été atteints :

Au-dessous d'un an, nous avons observé 25 cas, dont deux se sont montrés à *un mois*.

De 1 an à 2 ans, 19 cas.

Soit 44 cas : 1 sur 8,5 environ.

Les adultes, par contre, ont été généralement épargnés : 9 malades ayant dépassé vingt ans, et un vieillard.

Les récidives, assez fréquentes, ont aussi présenté quelques particularités :

2 à 10 ans. — 240 cas environ	7	récidives.
10 à 20 ans. — 60 cas environ	5	—
9 adultes	7	—
1 vieillard.	1	—

L'une de ces dernières s'est montrée au bout de six mois. Il s'agissait d'une petite fille de six ans et demi, déjà atteinte au mois de janvier dernier (l'intensité avait été moyenne). La récidive en juillet avait été grave, l'éruption très-confluente, les complications sérieuses, la convalescence longue et pénible.

Des complications thoraciques se sont montrées dans 35 cas, ainsi répartis :

Première enfance. — 12 cas	1 sur 3,66.
De 2 à 10 ans. — 20 cas.	1 sur 12.
De 10 à 20 ans. — 3 cas.	1 sur 20.

Des complications du côté de l'appareil digestif se sont présentées dans 27 cas, savoir :

Première enfance. — 8 cas. . . . . . 1 sur 5,5.
De 2 à 10 ans. — 18 cas . . . . 1 sur 13,3.
De 10 à 20 ans. — 1 cas . . . .

5 cas de convulsions : 3 pour des enfants au-dessous de deux ans, 2 pour des enfants de deux à trois ans.

Enfin le nombre des morts s'est élevé à 7, ainsi répartis :

Au-dessous d'un an. 5
De 1 an à 2 ans 2

Dr BROCHIN.

DE LA VALEUR DE QUELQUES PHÉNOMÈNES CONGESTIFS DANS LA DOTHIÉNENTÉRIE (1).

Par M. le docteur CAZALIS, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

En jetant un rapide coup d'œil en arrière sur les observations insérées dans cet excellent travail, on voit que l'on pourrait, d'après leur lecture, formuler un certain nombre de propositions.

A propos des symptômes congestifs cutanés, on a pu voir que ces hyperémies étaient bénignes, qu'elles semblaient limiter la portée, la gravité des congestions internes; l'hémorrhagie de la peau, lorsqu'elle est liée à une dyscrasie générale, doit seule être considérée comme d'un fâcheux pronostic; les épistaxis sont rares dans les cas où la sueur est abondante. Les congestions intestinales ne semblent pas avoir une bien grande gravité; les diarrhée, les hémorrhagies fluxionnaires n'amènent l'adynamie que lorsqu'elles sont très-abondantes, les hémorrhagies dyscrasiques ont un caractère pernicieux qu'elles tirent de leur cause première, l'altération du sang. Les congestions pulmonaires sont fâcheuses; prolongées, elles causent l'asphyxie; intenses, elles amènent rapidement la mort; il semble que les sueurs, les épistaxis, les entérorrhagies aient influence sur elle et diminuent leur intensité. Quant aux phénomènes congestifs cérébraux, ce sont les plus graves de tous; les sueurs, les épistaxis, la diarrhée diminuent ou disparaissent devant eux; cependant on peut encore espérer la guérison lorsque le pouls ne prend pas le caractère de fréquence progressive analogue à celui qu'il présente dans la troisième période de la méningite.

Telles sont les conclusions qu'on pourrait tirer de ce travail; mais il peut suggérer encore d'autres réflexions qui ne seront sans doute pas déplacées ici.

La fièvre typhoïde est une maladie qui atteint tous les organes de l'économie d'une manière ou d'une autre; aussi voyons-nous ceux qui en meurent succomber à des phénomènes très-différents. Les uns ne peuvent résister aux accidents qui résultent de l'affaiblissement du cœur, de la destruction du foie, de l'altération du sang, etc. Les autres sont emportés par des phénomènes congestifs exagérés dans leur force ou dans leurs conséquences. Cependant, dans toute dothiénentérie, chacune des causes de mort existe, mais elle se développe peu; la plupart du temps, elle n'existe qu'à l'état de menace.

Dans ce cas, on voit s'établir un équilibre entre les symptômes ordinaires de la dothiénentérie; ils sont tous modérés, aucun ne prédomine sur l'autre, ne vient gêner l'évolution régulière de la maladie, et lorsque celle-ci est terminée, l'organisme reste modifié, affaibli, mais vivant et en voie de régénération. Ce sont là les cas simples, les cas heureux; mais cette sorte de pondération est en définitive assez rare, et le plus souvent l'équilibre se trouve détruit.

Il peut l'être de deux façons : ou bien par prédominance des phénomènes de destruction, ce qui produit une adynamie ou une intoxication exagérée; de ces faits, nous ne nous occupons pas ici : ou bien par prédominance des phénomènes congestifs, ce que nous avons essayé de traiter dans cette thèse; ou bien encore, l'adynamie apparaît en même temps que des congestions exagérées et leur donne un caractère de torpeur, de passivité du plus funeste augure, sur lequel nous avons insisté en plusieurs endroits.

(1) In-8°. — Prix 2 fr. 50. — Paris, Ad. Delahaye.

Nous nous sommes efforcé de donner aux lésions dont nous avons parlé le caractère d'hyperémies; nous leur avons rattaché bon nombre d'hémorrhagies; nous avons dit que ces lésions pouvaient se changer en inflammations réelles, qui cependant sont rares et conservent toujours un caractère spécial. Ces trois processus, inflammation, hyperémie, hémorrhagie, sont trois symptômes pour ainsi dire d'un même acte qui les produit tous trois, *la fluxion*. Derrière les phénomènes congestifs, hémorrhagiques, inflammatoires, lorsqu'ils sont actifs, bien entendu, se cache un mouvement primitif fluxionnaire.

Dans toute dothiénentérie, avons-nous dit, se développent des faits de congestion, d'inflammation, d'hémorrhagie; dans toute dothiénentérie, par conséquent, réside un mouvement fluxionnaire; c'est un des éléments constituants de la maladie, un des plus importants, à coup sûr le plus intéressant; nous avons eu pour but dans cette thèse d'étudier quelques-unes de ses manifestations. Nous le voyons se présenter sous deux formes bien différentes : tantôt il se fixe, tantôt il est mobile. Lorsqu'il est fixe, sa valeur dépend de l'organe qu'il frappe; s'il s'attache à la peau, nous avons vu que les autres phénomènes fluxionnaires internes étaient restreints dans leur développement, par conséquent que la maladie poursuivait son évolution régulièrement, que le malade guérissait; s'il s'attache aux poumons, il y a bien des chances pour que la lésion qu'il produit, et qui a pour caractère d'être envahissante, empêche l'hématose et cause la mort, si l'on n'institue pas un traitement qui ait pour effet d'appeler à la peau le fluxus dirigé sur le poumon; s'il se porte sur l'intestin, il peut déterminer des hémorrhagies; et s'il ne disparaît pas devant elles, il en produit d'autres qui amènent une anémie fâcheuse; enfin, s'il frappe le cerveau, ses conséquences sont déplorables, et la maladie suit une marche toute spéciale qui aboutit presque fatalement à la mort. Si le mouvement fluxionnaire demeure fixé sur plusieurs organes avec une grande intensité, on comprend aisément que la maladie soit plus grave encore.

Mais, lorsque le mouvement fluxionnaire est mobile, qu'il ne se fixe sur aucun organe, qu'il passe de la peau au poumon, du poumon à la peau, puis à l'intestin, et réciproquement, sa valeur a bien changé. N'ayant pas le temps de blesser profondément le point sur lequel il porte, épuisant sa force sur plusieurs organes, sur lesquels il passe sans appuyer, il ne constitue pas un danger sérieux. Mais il peut se fixer et devenir ainsi une menace vis-à-vis du malade; aussi le médecin doit-il surveiller ses allures avec l'attention la plus soutenue, chercher à le fixer sur la peau, ou l'y appeler toutes les fois qu'il semble avoir une certaine tendance à devenir immobile, à envahir d'une manière menaçante un des organes importants de l'économie.

SYNDACTYLIE.

Par M. le docteur PIROTAIS.

Les opérations de syndactylie sont soumises à diverses conditions, et leurs succès, comme on a pu le voir par les observations de M. Launay, laissent souvent à désirer; de là le grand nombre de procédés employés par les chirurgiens.

Congénitale ou acquise, complète ou incomplète, la section simple échoue dans la majeure partie des cas, soit qu'on détruise (Amussat) les angles de la plaie, soit qu'on interpose des corps étrangers. Il en est ainsi du procédé de Rudtorffer, par implantation, dans la commissure, d'un fil de plomb. Les procédés qui comptent le plus de succès sont ceux, dit-on, de Zeller et de Décès (de Reims).

La section du lambeau triangulaire de Zeller, s'étendant jusqu'à la deuxième phalange, et interposé entre les doigts, constitue un bon procédé; mais, quoi qu'on en puisse dire, le lambeau suppure nécessairement.

Quant à la modification heureuse de Morel-Lavallée, reposant sur la double section de lambeaux et palmaire et dorsal, ceux-ci sont trop épais, et si ingénieuse qu'en soit l'idée, la

réunion par première intention est encore impossible. Le procédé de Décès enlève trop de tissu interdigital, celui de Didot a pu lui réussir ainsi qu'à l'éminent Nélaton; mais il ne peut être, à mon avis, appliqué que dans des syndactylies incomplètes; et il peut devenir mauvais, que dis-je, dangereux par l'ouverture possible des collatérales, en taillant le lambeau quadrilatère à la face palmaire; par la gangrène des lambeaux, ceux-ci, si bien fait que soit l'enroulement réciproque des deux surfaces cruentées, ne remplissent pas toujours le vide créé et consécutivement suppurent. Si brillants qu'étaient été les succès obtenus par leurs auteurs, je préfère, après m'en être assuré en opérant moi-même, la simple modification de Morel-Lavallée.

Je taille donc un lambeau dorsal pouvant s'interposer dans la commissure. Il doit avoir une moyenne de 2 centimètres de longueur, à deux ans; je forme un lambeau palmaire plus petit, mais il faut largement les séparer transversalement. Il est inutile d'essayer une réunion par première intention. Si, en appliquant même les bandelettes séparatives, le lambeau palmaire se relève, c'est heureux : c'est lui, en effet, qui se cicatrisera d'abord, et qui entravera toute tendance à la coaptation des surfaces avivées. Il faut de chaque côté des lambeaux et latéralement, faire une assez bonne incision, pour donner une grande liberté à chaque doigt contingent.

Pour la section complète du pli, il faut faire tous ses efforts pour former deux lambeaux latéraux à chaque doigt. J'ai essayé de les réunir pas deux sutures, mais infructueusement, malgré la laxité du tissu. La cicatrisation ne sera obtenue que dans trente à trente-cinq jours, par l'interposition de sparadrap primitivement, par de la ouate goudronnée et dans la dernière période par des pansements simples et quelques lavages avec une faible solution d'azotate d'argent ou de tanin.

Ainsi avons-nous agi, le 9 septembre, en opérant l'enfant X..., âgé de dix-huit mois. Syndactyle congénitalement de chaque main, réunion osseuse à chaque extrémité digitale, ongles cependant séparés. Nous avons opéré, en suivant les préceptes hardis de Bérard qui veut qu'on intervienne, quelle que soit l'adhérence.

L'enfant a été anesthésié, et nous avons pu librement manœuvrer. La partie osseuse dénudée s'est recouverte en sept jours, la dernière phalange de l'annulaire dont la section osseuse était surtout à nu s'est déviée à la partie interne de la main gauche, et les doigts opérés ont augmenté et de longueur et d'épaisseur, mais dans de faibles limites. L'opération a été faite il y a trente-quatre jours, et le succès en est aussi passable que possible, après avoir comprimé cependant, selon Maisonneuve, la commissure par des bandelettes.

Doit-on opérer chaque main simultanément? Je ne le pense pas, car c'est déterminer un trop violent ictus traumatique chez l'enfant. Peut-on opérer à trois mois, comme le croit M. Verneuil? Je regarde cela comme précoce, l'état palmé se reproduira plus facilement. J'ai opéré à dix-huit mois; et encore peut-on attendre un âge plus avancé. Le résultat, en résumé, dépendra du manuel opératoire et surtout des soins consécutifs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 octobre 1874. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de médecine de la semaine.

M. Letenneur, membre correspondant à Nantes, adresse une brochure intitulée : *A propos de la circoncision*, causerie.

M. Hergott adresse un mémoire imprimé : *De l'extrophie vésicale dans le sexe féminin.*

M. Giraud-Teulon fait hommage d'une brochure imprimée : *Mécanique appliquée à la pathologie.*

M. Magitot fait hommage d'une brochure imprimée : *De l'anomalie de siége ou hitératopie.*

M. Lannelongue, membre correspondant à Bordeaux, adresse une observation intitulée :

Tétanos traumatique. Injections intra-veineuses de chloral. Mort. Autopsie. (Sera publié.)

M. Panas offre un travail imprimé de M. le docteur A. Pauchon : *Des luxations des os du carpe entre eux et en particulier des luxations du grand os.*

M. Le Fort offre, de la part de M. Gripouilleau, médecin de Mont-Louis, le complément d'une observation de grossesse intra-utérine déjà communiquée à la société. M. Gripouilleau met sous les yeux de la société le squelette du fœtus expulsé pièce par pièce après quatorze ans. Notre confrère a eu la patience de reconstruire très-habilement le squelette du fœtus, qui est complet et offre le développement d'un enfant à terme.

M. Giraud-Teulon offre, de la part de M. le docteur Brière, du Havre, un travail manuscrit intitulé : *Note sur quatre cas de pannus granuleux traités par l'inoculation blennorrhéique et suivis de guérison.*

M. Tillaux. J'ai l'honneur d'offrir à la société, de la part de M. Graudesso Sylvestro, la suite de l'observation de gastro-hystérotomie avec suture élastique que j'ai présentée en son nom il y a quelques mois.

Notre confrère a revu la malade six mois après. La malade a recouvré une santé complète, et l'enfant se porte également très-bien.

Une seconde opération de gastro-hystérotomie avec suture élastique de l'utérus, pratiquée à terme sur une femme rachitique, dont l'enfant était mort depuis deux jours, a été suivie de mort quarante-neuf heures après l'opération. L'autopsie a démontré que la réunion à la face interne de l'utérus était déjà obtenue.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. Demarquay communique les faits suivants :

Au début de ma pratique comme chirurgien de la Maison de santé, j'ai eu occasion de voir deux enfants qui avaient avalé chacun une pièce de monnaie. Le premier de ces enfants, tout jeune, avait avalé un sou, celui-ci s'était arrêté à la partie cervicale de l'œsophage; il fut impossible de l'enlever à l'aide d'aucun instrument; l'œsophagotomie permit d'arriver sûrement sur le corps étranger, dont le siége avait été bien constaté avant l'opération; au bout de quelques jours l'enfant succombait, et l'on constatait alors qu'il existait un vaste abcès rétro-œsophagien, qui s'était ouvert dans la cavité pleurale droite. Quelque temps après ce triste résultat, vint un enfant plus âgé, qui avait également avalé un sou. Malgré l'examen le plus attentif, il fut impossible d'en constater la présence. M. Denonvilliers et Nélaton ne furent pas plus heureux que moi. L'enfant fut laissé à lui-même; mais au bout de quelque temps, de graves accidents inflammatoires éclatèrent, une pleurésie survint, et l'enfant succomba. A l'autopsie, nous trouvâmes la surface muqueuse saine, mais il existait en arrière de l'œsophage une vaste collection purulente, qui s'était ouverte dans la plèvre droite, et le corps étranger, ou le sou, avait traversé la paroi œsophagienne et était en train de passer dans la cavité pleurale.

Ces abcès rétro-œsophagiens m'ayant beaucoup intéressé, je fis une série d'expériences pour arriver à comprendre le développement de ces abcès. Sur une série de chiens, après avoir fait l'œsophagotomie, j'introduisis des morceaux d'os, que je fixais à l'aide d'un fil dans un point de l'œsophage; ces corps étrangers, au bout de quelques jours,

amenaient un phlegmon terminé par suppuration en arrière de l'œsophage, bien que la surface muqueuse de cet organe fût parfaitement saine. Ainsi il résulte de ces expériences : 1° que les abcès rétro-œsophagiens ont une grande tendance à s'ouvrir dans la plèvre droite, et 2° que les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage amènent rapidement une suppuration en arrière du tube digestif. Et comme conséquence, nous dirons qu'il faut se hâter d'enlever ces corps étrangers pour prévenir les accidents que je viens de signaler. Ces faits ont d'ailleurs été publiés par M. Cregny, il y a dix ou douze ans, dans le *Journal hebdomadaire*.

RAPPORT

M. DUBRUEIL lit le rapport suivant :

Messieurs, je viens, comme rapporteur d'une commission composée de MM. Duplay et Desprès, vous rendre compte d'un travail lu par M. Pravaz dans la séance du 18 février 1874.

Le mémoire de l'honorable directeur de l'institut orthopédique de Lyon a pour but principal de faire connaître et apprécier deux systèmes de lits à pression latérale destinés au traitement de la scoliose, et dont il est l'inventeur.

Mais, avant d'en venir à la description de ses appareils, l'auteur, dans un exposé critique fort intéressant, passe en revue les principales méthodes thérapeutiques dirigées contre la scoliose.

M. Pravaz commence par chercher la cause efficiente des déviations latérales idiopathiques du rachis, et adopte la théorie d'après laquelle cette cause réside dans un développement inégal des moitiés latérales des corps vertébraux. Nous ne pouvons que nous associer à cette manière de voir, qui a été soutenue de nos jours par un de nos orthopédistes les plus éminents, Bouvier, après avoir été émise pour la première fois au dix-septième siècle par Glisson, et qui nous paraît prévaloir sur celles qui placent l'origine des déformations scoliotiques dans des états divers de l'appareil musculaire ou de l'appareil ligamenteux du rachis. C'est ainsi que l'on a vu successivement Mazow invoquer un accroissement des muscles inférieurs à celui de la colonne vertébrale qui se trouverait inclinée et déviée par les tractions exercées par les muscles trop courts, idée que Pravaz père avait fini par adopter; Méry mettre en cause la paralysie des muscles d'un côté du rachis, théorie dont la pensée originelle se retrouve chez Lachaise, qui accuse leur faiblesse relative, et chez les orthopédistes suédois, qui, aux expressions de paralysie et de faiblesse substituent celle de relaxation, et enfin Morgagni incrimina une contraction prédominante des muscles d'un des côtés de la colonne, précédant ainsi de près d'un siècle J. Guérin, qui devait attribuer les déviations à la rétraction musculaire.

Parmi ceux qui veulent voir dans l'appareil ligamenteux l'origine des déviations scoliotiques, je citerai Delpech, qui en cherchait le point de départ dans une inflammation chronique primitive des cartilages intervertébraux, et Malgaigne, qui invoquait la laxité pathologique des ligaments.

Examinant l'action thérapeutique de la gymnastique, l'auteur constate son heureux effet sur la santé générale, puis étudie l'influence, sur le rachis dévié, des différents exercices gymnastiques.

Pour ce faire, il les divise en deux catégories : gymnastique générale, dans laquelle tous les muscles entrent en jeu, et gymnastique locale, suédoise ou allemande, qui prétend ne faire entrer en exercice que les muscles intrinsèques du rachis, c'est-à-dire les muscles des gouttières vertébrales.

La gymnastique générale, qui consiste dans l'emploi des anneaux, des échelles, des cordes verticales, des mâts, des perches, etc., et aux yeux de M. Pravaz, une certaine influence qu'il rapporte à la suppression du poids des parties supérieures du corps et à l'extension exercée par les parties inférieures, et d'autre part, à l'action des muscles trapèze, rhomboïde, grand dorsal, grand dentelé et grand pectoral, action que ces muscles doivent aux pressions qu'ils exercent par leur contraction sur les côtes et qui sont transmises par elles aux apophyses transverses et, partant, à la colonne vertébrale.

Je crois qu'il y a exagération à isoler ainsi l'action des muscles intrinsèques du rachis de celle des muscles susmentionnés ou muscles extrinsèques.

Pour quiconque a fait ou seulement vu faire de la gymnastique, il est évident que, dans la gymnastique générale, l'action des muscles intrinsèques ne s'isole pas de celle des muscles extrinsèques, et que, dans les différents exercices, les muscles propres du rachis doivent, au contraire, se contracter énergiquement pour attirer ou maintenir la colonne vertébrale dans telle ou telle position. Il me paraît donc impossible de ne pas considérer les muscles intrinsèques comme prenant part aux différentes manœuvres que l'on pratique d'ordinaire dans les gymnases. Ici je témoignerai le regret bien vif que l'utilité de ces établissements pour les cures orthopédiques soit le plus souvent singulièrement diminuée, par la façon peu intelligente dont ils sont la plupart aménagés et dirigés, les gymnasiarques semblant plutôt se proposer pour but de former des acrobates que de redresser des enfants faibles et contrefaits. (*A suivre.*)

MÉDECINE LÉGALE

De l'hymen et de son importance en médecine légale (1)

Par M. le docteur E. GARIMOND,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

1° En admettant que cette membrane soit une barrière qui doit être franchie et rompue pour que le viol existe, les légistes méconnaissent la valeur relative des organes génitaux de la zone externe, et vont à l'encontre des idées physiologiques que je viens d'exposer. Non-seulement les organes externes ont une importance réelle, mais la persistance de la membrane hymen ne change rien à la nature de l'acte et à ses conséquences. « Médicalement parlant, écrit le professeur Taylor (2), une certaine intromission peut exister sans destruction inévitable de l'hymen, et, moralement parlant, le crime sera le même, que la membrane hymen soit ou ne soit pas rompue ; car, comment serait-il possible de réprimer ce que la société s'accorde à considérer comme un crime odieux, si l'on admet les experts à discuter les degrés d'intromission pour la constitution du crime? »

Les désordres que l'on constate chez de jeunes enfants, alors que des rapports réitérés ont eu lieu, prouvent en effet que très-souvent la membrane hymen a été respectée, quoique l'acte ait eu les caractères de la conjonction sexuelle. Il faudrait donc rejeter, dans la catégorie des simples attentats, des crimes dont le signe spécifique ne se retrouve point le plus souvent, à cause de l'organisation même de ces jeunes filles.

Devergie a constaté que, chez les enfants, le diamètre du vagin est si petit qu'il peut à peine recevoir le petit doigt. « Si cette observation, dit M. Toulmouche (3), est vraie pour le plus grand nombre, elle est peut-être trop absolue, car j'ai eu l'occasion de rencontrer, dans une certaine proportion, de très-jeunes filles chez lesquelles je pouvais facilement introduire la moitié du petit doigt, sans qu'elles manifestassent de la douleur. » Il en résulte cependant que l'intromission n'est presque jamais complète, et souvent, sous l'influence de rapports répétés, une dilatation infundibuliforme se produit, et l'hymen refoulé finit ainsi par céder, en se déplaçant, sans se déchirer. Tel est le cas si remarquable rapporté par Marc. » Une fille de douze ans, chez laquelle les signes de la puberté s'étaient à peine manifestés, contracta une liaison avec un garçon un peu plus âgé qu'elle. Ces deux enfants

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 octobre.
(2) A. Taylor's, *Medical jurisprudence*, third edit., p. 807.
(3) Toulmouche, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2e série, t. VI, p. 104, 1856.

avaient vécu ensemble plusieurs mois, lorsque le père du garçon partagea les faveurs de la maîtresse de son fils. Ce libertinage dura jusqu'à ce que d'affreuses végétations vénériennes eussent conduit la jeune fille à l'hôpital de la Pitié. Examinée par le docteur Serres et par d'autres médecins, on trouva chez la malade une dilatation extrême du vagin, une flétrissure des parties génitales externes et une absence totale de l'hymen. Après le traitement de la maladie vénérienne, on fut fort étonné de trouver chez elle l'ensemble des caractères qui constituent la virginité, et notamment une membrane virginale semi-lunaire très-prononcée. M. le docteur Fournier-Pescay et moi fûmes nommés commissaires par la Société médicale d'émulation pour constater ce fait. Ici, la membrane hymen s'était évidemment flétrie, affaissée à la suite d'une débauche en quelque sorte graduée, mais n'avait pas été détruite (1). »

Des faits pareils ne sont pas très-communs, mais ils se produisent cependant assez souvent pour permettre d'affirmer que l'hymen peut être momentanément déplacé sans déchirure et sans faire obstacle aux rapports sexuels; et lorsque ceux-ci sont accomplis avec violence, on n'est pas en droit de les placer autre part que dans la catégorie des viols. — En effet, du côté du coupable, l'acte est le même, que l'hymen soit conservé ou non; et la victime, si elle est adulte, est exposée aux conséquences habituelles des rapports sexuels.

Les auteurs d'obstétrique rapportent tous des faits de grossesses survenues dans des conditions analogues. Joulin (2) cite deux observations parfaitement circonstanciées. Cazeaux signale des faits analogues. Le plus récent a été raconté à la Société médicale du IXe arrondissement de Paris par M. Dufour. Ce médecin vit un jour arriver dans son cabinet deux dames. L'une d'elles se plaignait d'un ballonnement de ventre fort désagréable, qu'elle ne savait à quoi attribuer. L'hypothèse d'une grossesse amena une grande exclamation, et le fait fut déclaré impossible. Un examen complet permit cependant de constater le bruit du cœur fœtal, le développement de l'utérus, en même temps que la persistance de l'hymen, dont l'ouverture suffisait à peine à l'introduction de la phalange unguéale. La fécondation avait donc pu se faire malgré cette disposition peu favorable et malgré l'intégrité de la membrane obturatrice. Des renseignements précis obtenus plus tard confirmèrent le diagnostic et permirent de conclure que des rapports complétement externes avaient amené la grossesse (3).

Si donc, d'habitude, l'hymen n'est point conservé pendant les rapports sexuels, exceptionnellement il se prête sans rupture aux actes les plus complets dans leurs conséquences, à ceux auxquels on ne peut refuser le nom de *viol*, lorsqu'ils sont accomplis avec violence.

On peut sans doute objecter que ce sont des faits rares qui ne peuvent se retrouver chez de jeunes enfants, victimes le plus souvent de ces crimes odieux. Le développement de leurs organes n'en permet jamais la consommation complète; il ne peut y avoir chez eux d'intromission et, par conséquent de défloration. Il faut des circonstances particulières qui enlèvent au crime le caractère du viol, pour que des faits semblables à l'observation de Marc viennent à se reproduire; on les classe donc forcément dans la catégorie des attentats à la pudeur. Mais, même en se plaçant à ce point de vue, la statistique prouve que l'acte coupable s'exerce sur une proportion considérable d'adultes, et les conditions constituantes du viol peuvent se retrouver, quoique le signe matériel caractéristique manque quelquefois. « Ce n'est guère, dit M. Toulmouche, que depuis treize et quatorze ans jusqu'à dix-huit ou vingt que le viol est consommé. » Les observations de M. Amb. Tardieu confirment en partie cette manière de voir; seulement, la limite inférieure ne serait pas la même.

Sur 118 observations on retrouve, d'après cet auteur :

Au-dessous de 11 ans	29	déflorations	— Complètes	11	Incomplètes	18
— 11 à 15 —	45	—	—	31	—	14
— 15 à 20 —	39	—	—	35	—	3
Au-dessus de 20 —	3	—	—	3		
Non indiqué —	2	—	—	2		

« Ce tableau, ajoute ce légiste, met en lumière d'une manière très-fréquente l'influence de l'âge sur l'effet de la défloration. On voit, en effet, que si elle est possible chez les petites filles, elle est le plus souvent incomplète, et qu'à mesure qu'on s'élève dans l'âge nubile, elle devient à la fois plus facile et plus fréquente. »

Par conséquent, dès l'âge de onze ans, malgré la conformation des jeunes filles, l'acte peut se consommer, et la proportion d'adultes exposée à des violences de ce genre est même considérable.

Si donc le crime s'accomplit et que les exceptions que je signale se présentent, peut-on modifier ces appréciations par cela seul que la membrane n'a pas été déchirée, mais parce qu'elle n'a pas été refoulée ou parce qu'elle n'a jamais existé?

Dans les relations sexuelles illicites et violentes, la persistance de l'hymen prouve simplement qu'une circonstance particulière n'a pas permis sa rupture, et ce dernier fait n'enlève rien au caractère de l'acte, qui physiologiquement est le même et peut être suivi de toutes ses conséquences.

2° L'absence fréquente et quelquefois congénitale de l'hymen ne permet pas que l'on fasse servir cette membrane à une ligne de démarcation entre les deux zones génitales, et entre les actes qui s'accomplissent régulièrement à des hauteurs diverses, mais indéterminées.

L'hymen peut, en effet, manquer complétement, et dès lors il n'y a plus de ligne de séparation entre les organes sexuels externes et le vagin. Cette absence tient à des causes variées : à une chute, à un mouvement d'adduction forcé, à une introduction volontaire ou accidentelle de corps étrangers. Toutes les fois que l'on examine une jeune fille adulte, on peut invoquer une action de ce genre, lorsque la membrane obturatrice n'existe pas; mais il n'en est plus de même si l'on porte l'attention sur de très-jeunes enfants chez lesquels l'absence congénitale de l'hymen est incontestable.

M. Amb. Tardieu, dans sa grande pratique, n'a point rencontré de semblables exceptions. Cependant Capuron et M. Toulmouche en ont constaté chacun un chez des adultes. En examinant toutes les jeunes filles que j'ai reçues par des accouchements, celles que j'ai eu occasion de soigner, j'ai pu arriver à retrouver deux faits dans lesquels la membrane hymen manquait en entier. La première observation portait sur une petite fille à peine née depuis quelques heures à la suite d'un travail régulier. D'habitude je m'assure si l'enfant est normalement conformé; c'est en faisant cette recherche que je m'aperçus de cette anomalie. Les cuisses fortement écartées et les grandes lèvres repoussées en dehors, je vis l'ouverture du vagin communiquant à l'extérieur, et je fus même surpris de son amplitude tout à fait insolite. En ce moment,

(1) Marc, *Dictionnaire de médecine*. Paris, 1846, t. XXX, p. 807.
(2) Joulin, *Traité des accouchements*. Paris, 1868.
(3) Voyez Guérard, *Sur la valeur de la membrane hymen comme signe de virginité* (*Ann. d'hyg.*, 1872, 2e série, t. XXXVIII, p. 409). — Bergeret, *Des fraudes dans l'accomplissement des fonctions génératrices*, 4e édition. Paris, 1873.

peu au courant de la question, je négligeai de noter l'état des caroncules myrtiformes, leur absence ou leur présence. Dans une seconde exploration, plus avisé, je constatai encore, chez une enfant de cinq mois, l'absence de la membrane en même temps que celle des caroncules myrtiformes.

Ces observations se rapportent à des cas de vagin simple, mais il paraît que, lorsque cet organe est double, l'hymen manque assez souvent; c'est du moins ce qu'affirment certains auteurs d'anatomie. « Lorsqu'il y a duplicité du vagin, dit Joseph Hyrtl, il est important de savoir que l'hymen manque sans exception. » Rien, dans l'étude du développement, ne justifie une assertion aussi absolue; cependant il est probable que cet auteur doit avoir rencontré plusieurs cas confirmant son opinion, mais il a certainement oublié de noter celui si classique d'Eisenman, dont la fréquente reproduction par le dessin permet à chacun de s'assurer qu'il existe au moins une exception à cette règle sur l'absence de l'hymen.

Donc la membrane obturatrice du vagin, non-seulement peut disparaître artificiellement, mais elle n'a pas même une existence nécessaire : elle ne peut servir à établir une ligne de démarcation entre des organes liés au même système, qui ont une importance au moins égale et qui concourent tous au même but. Dès lors, la défloration peut bien être le viol, mais tout viol n'est pas une défloration.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Mercredi, la ville de Troyes, représentée par tout ce qu'elle renferme de plus distingué dans toutes les positions sociales, rendait les derniers devoirs à notre confrère M. le docteur Guichard, assassiné par un nommé Lebeuf. On sait que notre infortuné confrère, avait, avec le docteur Carteron, déposé comme expert dans une accusation de viol portée contre Lebeuf. Au moment où Lebeuf entrait dans le cabinet de notre confrère, celui-ci tenait sur ses genoux son petit enfant. L'assassin tira deux coups de revolver. Une belle frappa le docteur au front, l'autre dans la région du cœur. Malgré les soins empressés des docteurs Forest, Coquerel et Hervé fils, notre regretté confrère expirait au bout de vingt minutes.

Lebeuf avait été arrêté immédiatement.

— On vient d'ouvrir à Londres une école de médecine pour les femmes. Le comité ayant décidé qu'aucun discours ne serait prononcé, l'ouverture de cette nouvelle faculté s'est faite sans bruit et n'a été marqué par aucun incident qui mérite d'être signalé. Les journaux anglais, toutefois, sont généralement d'avis que cet événement pourra avoir dans l'avenir des conséquences d'une grande importance sur l'exercice de l'art médical.

Les professeurs attachés à cette école exclusivement destinée aux femmes sont, pour la plus grande partie, ceux mêmes qui enseignent la médecine dans les hôpitaux de Londres, et comprennent les praticiens les plus distingués ainsi que les hommes scientifiques les plus renommés de la grande métropole anglaise.

Depuis le 15 octobre, l'école est en plein exercice, et un grand nombre de dames se sont fait inscrire pour suivre les cours. L'instruction donnée aux élèves ne se bornera pas à la médecine, et il y aura, comme dans les autres facultés, des cours de botanique, de chimie et d'anatomie comparée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie descriptive et dissection, contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus. 2e édition entièrement refondue, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-12 avec 662 figures intercalées dans le texte. — Prix : 25 francs.— Paris, Adrien Delahaye.

Etude théorique et pratique de l'albuminurie et de quelques néphrites, par le docteur DEROYE. — In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

De la nature des maladies contagieuses. Extinction de la variole et du choléra, par le docteur DÉLY. — Brochure in-8° de 32 pages. — Tarbes, 1874, impr. J. A Lescamela.

De l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — 2e édition. — 1 vol. de 1,100 pages avec photogr. — Prix : 7 fr. — Paris, A. Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 125. — MARDI 27 OCTOBRE 1874. 47e ANNÉE. MARDI 27 OCTOBRE 1874. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. JULES SIMON.

Des paralysies éphémères.

Il m'a été donné d'observer, chez les enfants, des pertes de fonctions du bras et de la jambe qui simulaient à s'y méprendre les paralysies symptomatiques d'une lésion des centres nerveux. La fréquence relative de cette dernière affection dans le jeune âge, l'insuffisance des renseignements précis, l'affirmation abusive, au contraire, de certaines causes invoquées par les parents, de convulsions en particulier, tout contribue quelquefois à donner le change et à faire supposer une véritable paralysie, alors qu'il ne s'agit que d'une fausse paralysie, ou mieux d'un simple engourdissement musculaire, qui se termine par une guérison rapide au bout d'un laps de temps fort limité. L'observation qui va suivre en est un frappant exemple.

En novembre 1872, une petite fille âgée de huit mois me fut présentée à la consultation de l'hôpital comme atteinte depuis deux jours de paralysie du bras gauche.

En effet, le membre tout entier pendait le long du tronc. La sensibilité était bien conservée, les muscles surtout paraissaient plus sensibles qu'à l'état normal (à en juger du moins par les cris du bébé); on ne pouvait les explorer sans provoquer des plaintes et de l'agitation. L'enfant se débattait, soulevait son épaule, déplaçait son tronc, mais ne pouvait retirer le bras de la position qu'il occupait dans une main laissée ouverte à dessein. Il n'existait aucune fracture, aucune luxation. L'enfant était apyrétique, et ni le globe oculaire, ni la face, ni aucun autre organe ou appareil ne présentaient le moindre désordre appréciable. L'enfant conservait sa bonne humeur, dormait bien, tetait comme d'habitude et jouissait de tous les attributs d'une magnifique santé.

Quelle pouvait être la cause de cette paralysie subite ?

Je ne pouvais invoquer aucune affection diathésique. L'enfant était vigoureux, et les parents jeunes et bien portants. Quant aux convulsions, la mère en niait l'existence. En voyant mon incertitude sur ce point d'étiologie, on finit par me demander s'il ne fallait pas attribuer cet accident à un acte de brutalité de la nourrice. La mère me raconte alors que la nourrice, qui est coutumière du fait, a été surprise avant-hier secouant la petite fille par le bras malade. Aux cris de l'enfant, la mère accourut et fut effrayée de la violence déployée par la nourrice.

Celle-ci tenait sur un de ses bras un autre bébé, et de la main libre elle tournait et retournait la petite fille pour lui donner une nouvelle position dans son berceau. Toujours est-il que la mère examina de suite le bras de l'enfant et constata sur-le-champ la paralysie actuelle. Cette explication me parut plausible, et j'en conclus que je n'avais pas affaire à une affection cérébro-médullaire, mais bien à une simple compression des organes du membre supérieur (muscles et nerfs). Ainsi s'expliquait l'hypéresthésie musculaire. L'effort exercé avait aussi tiraillé, sans les luxer, les articulations du coude, de la tête du radius et de l'épaule.

La douleur qui résultait de ces violences augmentait l'inertie musculaire. Je dois cependant ajouter qu'il n'y avait pas de contusion apparente; point d'ecchymoses, point d'épanchement sanguin, impliquant l'idée d'une déchirure des tissus sous-cutanés ou profonds. La compression y avait été forte, il est vrai, mais étendue à une large surface.

Les indications du traitement me parurent découler de ces renseignements. Je prescrivis des fomentations chaudes avec des liniments composés de belladone, de jusquiame et de laudanum. Je fis envelopper le membre avec de la ouate et du taffetas gommé. Au bout de quinze jours, l'enfant me fut ramenée. La guérison ne laissait rien à désirer; la douleur du bras avait disparu, et les fonctions musculaires étaient bien rétablies.

La cause de ces paralysies éphémères n'est pas toujours identique ; on constate parfois un refroidissement prolongé et localisé à une région ou un membre. Dans d'autres cas, c'est une torsion exagérée et continue d'un membre placé dans une position vicieuse.

En voici un exemple intéressant :

L'année dernière, au mois de juillet, je fus mandé en toute hâte, dans mon voisinage, pour examiner un enfant, âgé de cinq ans, qui, disait-on, venait de tomber en paralysie. Il avait passé son après-midi aux Champs-Elysées, et la bonne qui le gardait avec ses autres frères et sœurs, ne peut rien indiquer sur l'origine de cette paralysie. Quand sonna l'heure du départ, elle l'appela. — Il ne put se rendre près d'elle. — Il était assis sur le gazon, fraîchement arrosé, une jambe pliée sous les fesses, l'autre étendue dans la rectitude horizontale. Elle le prit, le plaça debout; elle constata qu'il lui était impossible de marcher. Dès lors elle prit le parti de l'apporter dans ses bras.

La jambe gauche jouissait de toutes ses fonctions ; la droite, au contraire, semblait frappée de paralysie.

Par le pincement et le chatouillement des deux membres, je remarquai une légère diminution de la sensibilité du côté droit. L'enfant se plaignait de mon exploration, mais il se trouvait dans l'impuissance de retirer sa jambe. Il n'existait d'ailleurs aucune réaction fébrile, point d'ecchymoses, pas traces de contusion, de fracture et de luxation.

Ici, comme dans le cas précédent, des frictions chaudes, une sorte de bain de vapeur produit par de la ouate et du taffetas gommé, dissipèrent en trois jours et d'une manière complète toute apparence de paralysie.

Depuis que mon attention est attirée vers cette question, j'ai observé soit à la consultation de l'hôpital, soit dans ma pratique de la ville, huit cas semblables, qui imposaient le change et simulaient une paralysie bien avérée et persistante. Leur prompte guérison me les a bientôt fait ranger dans les paralysies éphémères, et c'est là, je dois l'avouer, tout l'intérêt de cette note.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX

M. LANNELONGUE.

Tétanos traumatique. — Injections intra-veineuses de chloral. — Mort. — Autopsie (1).

Pendant que s'instruit le procès des injections intra-veineuses de chloral, il est du devoir de tout chirurgien de livrer au public médical les diverses pièces relatives à cette affaire. Ces faits ainsi groupés formeront un faisceau condensé sur lequel pourra s'asseoir plus tard le jugement définitif qui sera porté sur cette importante question. A ce titre, l'observation suivante mérite peut-être quelque intérêt.

Veyssade Jean, âgé de treize ans, est admis dans mon service, à l'hôpital Saint-André (salle 1, n° 15), le 16 juillet 1873. Le matin même cet enfant a été saisi par le volant d'une machine qui lui a fait une large et profonde plaie à l'aisselle droite. Les téguments qui recouvrent la corde antérieure de l'aisselle sont enlevés irrégulièrement; le grand pectoral lui-même est légèrement intéressé; le tissu cellulaire qui remplit le creux axillaire est dilacéré, si bien que dans le fond de la plaie on aperçoit les battements de l'artère; les nerfs du plexus brachial ne sont pas mis à nu.

Un premier pansement est fait avec de la charpie, et, dès le lendemain matin, après avoir constaté la blessure, j'effectue un pansement ouaté; le bras, l'aisselle, l'épaule, le thorax sont recouverts d'une très-épaisse couche d'ouate fixée solidement à l'aide de nombreux jets de bandes.

L'avant-bras et la main sont soutenus par une écharpe.

Pendant sept jours l'état est excellent: pas de fièvre, pas de douleurs, bon sommeil, bon appétit; le malade se lève et se promène.

Le huitième jour, 24 juillet, à la visite du matin, je suis fort surpris de trouver cet enfant la tête enfoncée dans son oreiller et fortement renversée en arrière, alors que la veille encore je l'avais vu assis et jouant sur son lit. Les muscles de la face contractés donnent à ses traits l'expression sardonique; les mâchoires sont resserrées avec violence, il est impossible de produire le plus léger écartement entre les arcades dentaires, tant est intense la contracture des masséters et des temporaux.

Le malade peut encore être assis sur son lit, difficilement toutefois, car les muscles de la partie postérieure du tronc commencent à perdre leur souplesse; la peau est couverte de sueur; la température est à 37 3/5; la respiration est facile, régulière; le pouls donne 112 pulsations. Tous ces accidents se sont produits dans l'espace de quinze à seize heures; il s'agit donc d'un tétanos à marche très-rapide.

J'enlève pour la première fois le pansement ouaté afin d'examiner la plaie; elle est très-régulière, recouverte d'une couche uniforme de bourgeons charnus de la plus belle apparence. Je prescris une potion avec 4 grammes de chloral et un bain de vapeur.

A trois heures et demie de l'après-midi je revois le malade: son état s'est aggravé, l'opisthotonos est complet; le corps peut être soulevé tout d'une pièce; les accès convulsifs sont fréquents; les muscles des parois thoraciques commencent à devenir rigides; la respiration est moins ample; la peau est sèche; la température à 37 3/5, le pouls à 124 pulsations. Je me décide à pratiquer une injection veineuse de chloral.

Dans l'intervalle de ces deux visites, j'avais vu M. Oré, qui voulut bien mettre à ma disposition son appareil instrumental et une solution de chloral filtrée et titrée par lui-même. Cette solution était au 1/6; elle contenait 20 grammes de chloral pour 100 grammes d'eau.

Après avoir pratiqué une ligature circulaire à la partie supérieure de l'avant-bras gauche, je pique l'une des veines radiales superficielles; je pénètre facilement dans la veine, et je procède avec beaucoup de lenteur afin de tâter la susceptibilité de mon malade. Cette extrême prudence m'était en quelque sorte imposée par l'âge du sujet, qui n'avait que treize ans.

J'injecte environ 25 centigrammes de chloral par minute en observant avec soin les phénomènes qui se passent:

Après 3 minutes, 1 gramme de chloral est injecté. Le pouls est à 160; cris douloureux du malade qui commence à saliver.

Après 4 minutes, 1 gr. 25. Pouls intermittent; toux quinteuse.

Après 5 minutes, 1 gr. 75. Toux; pouls irrégulier, devient très-petit en se ralentissant; 144 pulsations.

Après 7 minutes, 2 grammes. Le pouls remonte à 165 pulsations; soubresauts musculaires dans les membres inférieurs; plaintes du malade.

Après 8 minutes, 2 gr. 75 Face congestionnée; un peu de sueur se produit; la respiration devient plus calme.

Après 11 minutes, 3 gr. 25. Le malade a cessé de se plaindre, il commence à dormir; le pouls est descendu à 128.

Après 14 minutes, 3 gr. 75. Le malade bave, ronfle, dort profondeur; la respiration est très-régulière; le pouls est à 84 pulsations; encore quelques secousses convulsives dans les membres inférieurs.

Après 17 minutes, 4 gr. 75. Respiration bruyante; la langue tombant en arrière sur l'orifice supérieur du larynx; pupilles contractées; conjonctives injectées; l'orbiculaire ne résiste presque plus au doigt qui soulève la paupière supérieure; on peut écarter les mâchoires et introduire facilement le doigt dans la bouche du malade.

Après 21 minutes, 5 gr. 25. Pouls à 100; face congestionnée; la flexion de la tête est possible; la cambrure lombaire tend à disparaître; encore quelques mouvements réflexes quand on pince le malade; salivation abondante.

Après 25 minutes, 6 gr. 50. La tête peut être inclinée dans tous les sens; la bouche peut être ouverte largement; le malade est facilement assis sur son lit.

Après 27 minutes, 7 gr. 50. Insensibilité absolue de la cornée; le pincement le plus énergique de la peau ne détermine plus le moindre mouvement réflexe; résolution complète; respiration calme; le pouls est à 100; la température à 37 3/5; l'injection est arrêtée, la canule retirée et une bande appliquée autour de l'avant-bras.

Le malade n'est pas perdu de vue par mon interne, qui note avec la plus scrupuleuse exactitude les plus minutieux détails.

Vers 6 heures, c'est-à-dire une heure après l'injection, la respiration et le pouls s'accélèrent; 36 inspirations; 128 pulsations; température 37 4/5; salivation assez abondante.

A 9 heures. Le sommeil est toujours très-profond, mais le malade a changé de position; couché depuis l'opération dans le décubitus dorsal, il est maintenant dans le décubitus latéral droit et en travers de son lit; le contact prolongé du doigt sur la cornée détermine quelques mouvements réflexes dans les membres supérieurs; 40 inspirations; 116 pulsations; température 39 3/5.

A 10 heures 30 je revois le malade. Le sommeil continue; les pupilles contractées sont insensibles à la lumière, mais le plus léger attouchement sur un point quelconque du corps détermine des mouvements réflexes dans les membres; les mâchoires ne se laissent

(1) Les détails de cette observation ont été recueillis avec soin par mon interne M. Lalesque. — Communiqué à la Société de chirurgie; séance du 14 octobre 1874.

plus écarter aussi facilement; je veux remettre le malade dans une bonne position, et à l'instant les muscles de la partie postérieure du tronc entrent en convulsions; l'opistothonos se reproduit, mais pour cesser aussitôt que le malade est laissé en repos.

Dans le courant de la nuit les accès convulsifs se rapprochent, ils se produisent spontanément alors que le sommeil persiste toujours; et le lendemain 25 juillet, lorsque je revois le malade à sept heures du matin, je le trouve avec un resserrement des mâchoires des plus violents, un opistothonos des plus accentués; les muscles pectoraux sont contracturés; la respiration est diaphragmatique; 42 inspirations; 124 pulsations; température 39 1/5. Il y a encore un peu d'assoupissement, d'où il est cependant assez facile de tirer le malade pour obtenir de lui quelques réponses mal articulées. Je me décide à pratiquer une nouvelle injection de chloral; mais auparavant je constate et je fais constater par les assistants que la veine piquée la veille est thrombosée dans une étendue de 15 ou 20 centimètres, et que le caillot ne devient tangible qu'à deux ou trois travers de doigt au-dessus de la piqûre. Ce qui répond victorieusement à l'objection qui me fut adressée séance tenante, à savoir que le caillot était dû, non au chloral, mais à la canule qui avait séjourné trop longtemps dans la veine (27 minutes). Évidemment si la canule seule eût été la cause de la coagulation du sang, c'est au niveau de la piqûre elle-même et non à 4 ou 5 centimètres plus haut qu'on aurait constaté le maximum de cohésion du caillot.

.... Je pique, ou plutôt j'essaye de piquer successivement une radiale superficielle, la céphalique, et enfin la saphène interne gauche; je n'arrive pas, et je ne réussis qu'à pousser maladroitement dans le tissu cellulaire qui environne la saphène 1 ou 2 grammes de la solution de chloral.

Je prie alors M. Oré de vouloir bien se charger du manuel opératoire, ce qu'il fait aussitôt avec la plus obligeante courtoisie, et j'ajoute, ce qui ne peut surprendre personne, avec la plus remarquable dextérité. La saphène interne droite est piquée en avant de la malléole, et, dans l'espace de quatre minutes, 3 grammes 50 de chloral sont injectés; le pouls devient un peu irrégulier, mais l'anesthésie et la résolution musculaire sont complètes; on peut ouvrir largement la bouche du malade, tourner sa tête dans tous les sens, l'asseoir sur son lit avec la plus grande facilité. La respiration est légèrement bruyante; 38 inspirations; 116 pulsations, température 39 3/5.

Il est neuf heures du matin. La résolution absolue persiste jusque vers deux heures de l'après-midi; à ce moment quelques secousses convulsives se produisent dans les membres.

Je revois le malade à trois heures. Le sommeil est encore profond, mais déjà le trismus commence à reparaître, et la pression sur les membres détermine quelques contractions dans les muscles spinaux; la respiration est bruyante, diaphragmatique; 46 inspirations; pouls régulier à 138; la face est couverte de sueur; la peau est brûlante, le thermomètre placé sous l'aisselle s'élève rapidement à 41 degrés. J'examine la veine piquée le matin par M. Oré, et je fais constater par trois internes présents l'existence d'une thrombose au niveau de la piqûre. Une nouvelle injection ne me semble pas encore indiquée; elle le deviendra un peu plus tard. Obligé de m'absenter de Bordeaux pendant la soirée, je prie M. Oré de vouloir bien surveiller le malade.

A 5 heures 20 minutes. Les accès convulsifs, le trismus, l'opistothonos se sont reproduits. M. Oré injecte, dans l'espace de trois minutes, 4 gr. 50 de chloral dans la saphène; l'anesthésie et la résolution musculaire deviennent immédiatement aussi absolues que le matin. Le pouls, qui, trois minutes auparavant, battait 168 fois, descend rapidement à 132, mais il est irrégulier; la température de 41 degrés tombe à 40 2/5.

A 6 heures. La respiration est bruyante, diaphragmatique; pas de salivation; pas de sueurs; pouls à 138; 42 inspirations; température à 41 degrés. Lavement avec 3 grammes de chloral.

A 9 heures du soir. La respiration devient de plus en plus bruyante. Convulsions diaphragmatiques. Gros râles muqueux dans toute la poitrine. Le malade, sans se réveiller, pousse quelques cris plaintifs. Le cœur bat d'une façon désordonnée; aussi le pouls, très-petit et assez lent par intervalles, devient tout à coup très-rapide avec des intermittences fréquentes. Les conjonctives sont pâles, la face est décolorée et couverte d'une sueur visqueuse; partout ailleurs la peau est brûlante et la température s'élève à 41 4/5. L'anesthésie cutanée et cornéenne et la résolution musculaire sont toujours absolues et restent telles jusqu'à la mort, qui arrive à dix heures du soir, par suite de l'embarras progressif de la respiration et de la circulation.

Autopsie. — L'autopsie, pratiquée trente-six heures après la mort, en présence de MM. Oré, Vergely, Gervais et Baudrimont, nous révèle, du côté de l'appareil circulatoire, des lésions très-importantes à noter.

La veine radiale que j'avais piquée la première est remplie par un caillot noir très-consistant, adhérent par places à la paroi veineuse manifestement épaissie et enflammée.

Ce caillot s'étend par les veines médiane-basilique et basilique jusqu'à l'axillaire. Là, le caillot perd sa cohésion, sa densité, qui permettaient de le soulever en bloc dans une étendue de 7 à 8 centimètres.

Autour de la saphène gauche le tissu cellulaire, qui avait reçu une partie de ma deuxième injection, est brunâtre, diffluent, en voie de mortification ; mais cette saphène elle-même, dont la surface interne n'a pas été directement atteinte par le chloral, présente un caillot remontant jusqu'à la partie supérieure de la jambe.

Dans la saphène droite, piquée par M. Oré, il existe aussi un caillot cylindrique, noir et condensé ; mais ce caillot n'est pas adhérent, et la paroi veineuse n'est pas épaissie.

Dans tous les autres points du système veineux, le sang se présente sous la forme de caillots mous; il est manifestement plus poisseux, plus consistant, plus *cailleboté* que dans les circonstances ordinaires.

Mais c'est surtout dans le cœur droit qu'on peut constater un coagulum sanguin bien remarquable. Là, vers la pointe du ventricule, intimement entrelacé avec les colonnes charnues et les cordages tendineux de la valvule tricuspide, a pris naissance un caillot fibrineux de couleur blanc-jaunâtre, de consistance très-ferme, tellement dense et tellement adhérent qu'en le saisissant entre les doigts on peut soulever le cœur.

Ce caillot, du volume de l'index, s'étend de la pointe du ventricule vers sa base, où il s'engage dans l'artère pulmonaire et se divise avec elle en deux branches mesurant de 3 à 4 centimètres de longueur. Dans toute cette étendue, ce caillot a conservé les mêmes caractères de décoloration et de densité.

Les poumons sont fortement congestionnés à la base et vers le bord postérieur.

... En relisant les détails de l'observation précédente, je me demande tout d'abord si le traitement n'a pas contribué à hâter la mort du malade, et j'avoue que je suis disposé à répondre par l'affirmative.

Le tétanos a débuté le 24 juillet, vers trois heures de l'après-midi, et le malade a succombé le lendemain soir à dix heures. En tout *cinquante-cinq heures!*

Je sais bien que, dès le début, le mal a pris des allures extrêmement rapides, puisque, quinze à seize heures après l'invasion, il y avait déjà un trismus considérable et une forte contracture des muscles de la partie postérieure du cou ; mais il ne faut pas perdre de vue que les injections successives ont, chaque fois, amené la résolution musculaire, et que celle-ci a persisté complète jusqu'à la mort, à la suite de la dernière injection.

Le malade n'a donc pas succombé, comme les tétaniques ordinaires, à l'asphyxie résultant de la contracture des muscles pectoraux, mais bien aux troubles profonds et progressifs survenus dans le jeu même des poumons et du cœur, ainsi que le témoignent les battements irréguliers et tumultueux de cet organe et les saccades de la respiration observés pendant la vie, ainsi que le confirme le caillot fibrineux constaté dans le ventricule droit et dans l'artère pulmonaire après la mort.

Voilà donc, à mon avis, une mort imputable non à la maladie, mais au traitement.

Et maintenant faut-il accuser la méthode? Faut-il accuser mon manuel opératoire? Pour le caillot de la veine radiale gauche, je passerais presque condamnation.

Je veux bien croire que la présence de la canule laissée dans la veine pendant vingt-sept minutes a pu favoriser la coagulation du sang. Et pourtant, dans cette hypothèse exclusive, je ne m'explique guère pourquoi ce caillot s'est formé, non au niveau de la piqûre, mais à 4 ou 5 centimètres plus haut ! C'est que, sans doute, ma main, qui fixait la canule, n'est pas seule coupable, et que le chloral a dû être quelque peu son complice. Peut-on, en vérité, se refuser à m'accorder cette circonstance atténuante, lorsqu'on voit un caillot de même nature dans la saphène piquée par M. Oré, qui n'a laissé la canule en place que quatre minutes lorsqu'on voit surtout ce volumineux caillot fibrineux développé dans le ventricule droit ?

Non, non, le chloral ne saurait être absolument innocenté. Je ne voudrais cependant pas, dores et déjà, le voir condamné sans appel ; mais peu disposé, pour ma part, à recommencer l'épreuve, j'attendrai postérieurement que les expériences d'autrui aient décidé de son sort.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 octobre 1874 (1). — Présidence de M. Le Fort.

M. DUBRUEIL termine la lecture de son rapport :

Dans presque tous les gymnases, on trouve des pièces inutiles et dangereuses, telles que le cheval de bois; mais, par contre, je chercherai en vain ces différents appareils figurés dans le *Traité d'orthomorphie* de Delpech, et si propres à rendre de grands services; je veux parler, entre autres, des chars à deux et à une seule corde et des bobines, engins que les dimensions de ce rapport ne me permettent pas de décrire, mais qui à de nombreux avantages joignent celui de faire contracter énergiquement les muscles du rachis. A côté de ces appareils, je signalerai ceux en usage surtout en Angleterre et en Amérique et qu'on voit figurer dans le *Traité des déviations du rachis* d'Adams, appareils composés d'un anneau fixé à l'extrémité d'une corde passant sur une poulie de renvoi et soutenant à l'autre extrémité un poids que le sujet soulève en tirant sur l'anneau, ou bien d'un anneau fixé à une corde élastique, que le malade cherche à allonger.

Je crois donc qu'il y aurait grande utilité à modifier l'arsenal de la plupart des gymnases ; pas besoin ne serait d'inventions nouvelles : on n'aurait qu'à ouvrir l'ouvrage de Delpech.

M. Pravaz passe ensuite à l'examen de la méthode suédoise, méthode de Ling, dans laquelle se trouvent réunis des exercices respiratoires, des manipulations et des attitudes mettant en jeu les muscles des gouttières vertébrales, attitudes dont le nombre est considérable, grâce aux additions faites surtout par Eulenburg et par Behrend. L'idée fondamentale de cette méthode est qu'il faut fortifier par l'exercice les muscles répondant au côté convexe de la courbure, muscles supposés atteints de *relaxation*, idée éminemment fausse.

L'auteur discute avec soin le mode d'action des exercices suédo-allemands, et arrive à cette conclusion qu'ils n'ont qu'une utilité très-limitée, sauf dans les cas de courbure lombaire principale et dans ceux de cyphose.

La méthode de Ling a excité à son début un véritable enthousiasme; mais elle n'a pas tenu, presque tout le monde en convient aujourd'hui, les brillantes espérances qu'elle avait fait concevoir et a fini par être l'objet de vives critiques. Parmi ces dernières, je signalerai surtout celle de M. Dubois-Reymond, qui attaque Ling et son successeur Rothstein, dans un style que ne comporte pas le langage scientifique français. Physiologiquement Dubois-Reymond s'élève contre l'impossibilité de faire contracter isolément et à volonté tel muscle ou telle portion du muscle, contraction isolée sur laquelle repose presque entièrement la thérapeutique de Ling.

Il faut convenir cependant que si la théorie de Ling est fausse, et si sa pratique est loin d'être aussi utile qu'il le prétendait, cette dernière peut cependant rendre des services. La contraction des muscles du côté de la convexité de la courbure n'agit pas en fortifiant ces muscles, mais bien en tendant directement à redresser la déviation.

(1) Fin. — Voir le numéro du 24 octobre.

M. Pravaz étudie enfin le rôle des appareils mécaniques, lesquels se divisent, on le sait, en appareils à pression et appareils à extension, chacune de ces catégories se divisant à son tour en appareils fixes ou horizontaux et appareils portatifs. Les appareils fixes à extension ou lits à extension, paraissent à l'auteur mériter plusieurs reproches dont le plus grave me semble celui de ne pas agir contre la rotation des vertèbres qui joue un rôle si important dans la déformation scoliosique; ils sont en outre quelquefois difficilement supportés, mais leur utilité réelle est cependant incontestable. Quant aux appareils à extension portatifs, corsets ou ceintures, ils ont l'inconvénient majeur de ne soutenir que très-imparfaitement le poids des parties supérieures du corps qu'ils doivent transmettre au bassin.

En fait d'appareils à pression, M. Pravaz repousse les appareils portatifs qu'il trouve sans efficacité, quelle que soit la forme qu'on leur donne, qu'on ait recours à un appareil à plaque ou à une ceinture à levier.

Ce jugement, je ne le cache pas, me paraît empreint d'une sévérité exagérée. De ce que l'on n'a pas un appareil à pression portatif parfait, il ne s'ensuit pas que l'on ne puisse retirer des avantages sérieux de l'usage de ceux que l'on a entre les mains. Il en est un, entre autres, peu connu du reste, le corset de Ducresse, dont j'ai pu nombre de fois constater les heureux effets, et je suis loin de m'associer à cette tendance à repousser les appareils qui semble gagner du terrain tous les jours chez les personnes peu versées dans la pratique de l'orthopédie. De ce qu'un corset mal fait et mal appliqué a conduit à de mauvais résultats, il ne s'ensuit pas que l'on doive proscrire ces appareils qui aident puissamment à améliorer la situation des malades, à maintenir l'amélioration obtenue et qu'enfin, dans les cas extrêmes où l'on ne peut espérer faire rétrocéder la déviation, contribuent à masquer la difformité.

Les appareils horizontaux à pression ont toutes les sympathies de M. Pravaz, et c'est à eux qu'il fait la plus large part dans le traitement de la scoliose. Aussi en présente-t-il deux modèles, l'un qui est un perfectionnement des appareils déjà usités, l'autre qui est nouveau, et sur lequel je vais insister un instant. Ce dernier est formé de trois segments en bois parfaitement rembourrés et suspendus à une tige de fer légèrement inclinée à l'horizon. Ces segments peuvent s'élever et s'abaisser à volonté. La tête repose sur le plus élevé, l'inférieur supporte le bassin et les membres pelviens.

Sur le segment moyen, légèrement excavé, un peu plus élevé que les autres, s'applique la partie déformée du thorax. Le sujet repose sur l'appareil du côté de la convexité et de la déviation rachidienne. M. Pravaz fait observer que cette espèce de lit ne convient que pour les courbures dorsales prédominantes et à grand rayon, et lorsque les côtes qui forment la gibbosité n'offrent pas une courbure trop aiguë au niveau de leur angle. Dans ce dernier cas, il pourrait y avoir exagération de la gibbosité.

L'appareil que je viens de signaler me paraît valoir mieux sous beaucoup de rapports que la plupart de ceux dont on se sert. Je ferai seulement une observation qui, du reste, n'a nullement pour but de déterminer sa valeur, c'est que le thorax étant maintenant plus élevé que la tête et le bassin, il se joint fatalement à la compression une action extensive dont il faut tenir compte.

M. Pravaz termine son intéressant mémoire en examinant le degré de curabilité des déviations suivant les conditions d'étiologie, d'hérédité, de constitution, de siége et de degré, et ces considérations portent l'empreinte des connaissances les plus étendues.

Si, en présence d'un travail aussi magistral, il m'était permis de formuler une critique générale, je dirai que l'auteur ne me paraît peut-être pas assez disposé à prendre en suffisante considération certains moyens de traitement. Lorsqu'on poursuit un but aussi difficile que le redressement des déviations scoliosiques, il n'est pas d'agent thérapeutique de si mince utilité auquel l'on puisse appliquer le précepte *Minimis non curat prætor*.

DISCUSSION

M. DESPRÈS. Quand j'ai assisté à la lecture du travail de M. Pravaz, j'ai été fort surpris de ne pas l'entendre dire que, le plus souvent, le travail de la nature et l'application d'un corset et de la gym-

nastique suffisent pour obtenir le redressement du rachis, et aujourd'hui je regrette que le rapporteur ait à son tour omis de signaler cette terminaison fréquente.

M. DUBRUEIL. Je me bornerai à répondre à M. Desprès que les cas qui font l'objet du mémoire de Pravaz sont relatifs à des scolioses du troisième degré, et qu'arrivée à ce point, la difformité n'est plus curable par les seuls efforts de la nature.

M. TILLAUX. Si j'ai bien compris le sens des paroles de M. Dubrueil, notre collègue avance que la scoliose est le résultat d'un défaut de symétrie dans le développement des vertèbres. Nous voyons presque toujours la scoliose à droite et chez les jeunes filles de treize à quatorze ans. Ce défaut de symétrie est-il congénital ou s'est-il produit tout à coup à cet âge critique? Il me semble qu'on doit plutôt attribuer la difformité à une faiblesse musculaire et à l'exagération d'une courbure normale. Ceci a son importance au point de vue thérapeutique, car s'il est vrai que la scoliose soit due à une pression verticale exagérée, il faut maintenir les sujets couchés et ne point rejeter l'usage des corsets.

M. DUPLAY. Je me range à l'opinion de M. Tillaux pour ce qui a trait à la pathogénie de la scoliose. Il me semble du reste que les conclusions de M. Dubrueil ne sont pas en rapport avec ses principes. Il admet comme étiologie, ainsi que Pravaz, le défaut de symétrie dans le développement des vertèbres, et il conclut néanmoins à l'influence des exercices musculaires sur le traitement des scoliosiques. C'est là ce me semble une inconséquence.

M. GUYON. Je désire rappeler à la société que la doctrine de l'action musculaire a été défendue par Malgaigne, ainsi qu'on peut le voir dans ses leçons sur l'orthopédie, recueillies par M. Panas et par moi.

Je ferai observer que, contrairement à l'opinion émise par M. Tillaux, Malgaigne rejetait la position horizontale et cherchait à contre-balancer la déviation par une action continue.

M. SÉE. Je crois, comme M. Guyon, que la théorie musculaire de la scoliose est en désaccord complet avec l'emploi du décubitus. Il faut, avant toutes choses, fortifier le sujet, insister sur la gymnastique, surtout sur les exercices tendant à développer certains muscles.

M. DUBRUEIL. Je ferai observer que, dans l'espèce, la question d'étiologie est absolument incidente. On m'objecte pourtant que Malgaigne insistait sur l'affaissement musculaire; quand la scoliose est bornée à ce degré, on peut la corriger par les attitudes, ce à quoi l'on n'arrive pas quand il y a inégalité dans les disques vertébraux : il ne faut pas en conclure cependant que la scoliose osseuse ne soit pas apte à être modifiée par les exercices musculaires qui agissent avec la convexité du rachis, en le forçant à se redresser.

M. TILLAUX. Au début le repos suffit pour remédier à la difformité. Aussi suis-je convaincu que la lésion osseuse, quand elle existe, est consécutive, et qu'on ne redresse pas un scoliosique : on se contente d'arrêter les progrès de la scoliose, et la croissance fait le reste.

Je ferai observer à M. Guyon et à M. Sée que je ne condamne pas mes malades à un repos absolu ; je conseille deux ou trois heures de gymnastique intelligemment appliquée, et je laisse les sujets au repos le reste du temps, c'est-à-dire vingt et une ou vingt-deux heures sur vingt-quatre.

M. TRÉLAT. C'est avec une certaine surprise que j'ai entendu un certain nombre de nos collègues émettre sur la nature de la scoliose des idées absolument arrêtées. Il y a, en effet, quelques années j'eus occasion, à propos d'un jeune malade auquel je m'intéressai tout particulièrement, de chercher à me faire une opinion bien nette sur le sujet; à ce propos, je lus ou relus ce qui avait été écrit; je dois le dire, je sortis de cette étude convaincu que nous n'étions rien moins que certains des causes de la scoliose. Bien que l'insuffisance musculaire séduise d'abord, comment peut-on la localiser? Est-ce une paralysie de muscles ou de groupes de muscles? Est-ce une faiblesse localisée dans un sens et alors dans quel sens? Que voyons-nous, en effet? Au début, le scoliosique n'a aucun muscle impuissant. Au réveil, il se tient parfaitement droit; ce n'est qu'au bout de quelque temps qu'il se dévie. Faites le reposer : la rectitude revient pour céder la place à la déviation. La cause réelle, je le répète, demeure inconnue, et bien que le développement irrégulier des vertèbres considéré comme étiologie séduise moins que l'insuffisance musculaire, en ce sens qu'il se concilie mal avec les alternatives de mieux et de pis si fréquentes dans l'affection qui nous occupe, j'estime que, sur ce sujet, on ne saurait être affirmatif en raison de l'extrême rareté des nécropsies de scoliosique récente. De cette difficulté, il ne résulte pas qu'il y ait ou doive y avoir un désaccord complet au point de vue de la thérapeutique.

On varie seulement sur le quantum de chaque moyen à employer. Aussi conclus-je ainsi. L'anatomie pathologique de la scoliose n'est pas faite, et la thérapeutique est flottante. Aussi fera-t-on longtemps encore des corsets, des lits mécaniques et de la gymnastique.

M. DESPRÈS. M. Duchenne (de Boulogne) a donné une bonne explication de la scoliose; suivant lui, la scoliose serait due à un défaut d'équilibre musculaire entre les muscles antagonistes. M. Trélat l'a lu comme moi. Aussi je ne comprends pas la différence du traitement employé selon les degrés. Quand j'ai entendu la lecture des observations de Pravaz, j'ai pensé qu'il avait eu affaire à des cas favorables ; car en cas de scoliose osseuse, comment les orthopédistes arriveraient-ils à redresser des vertèbres déformées. Je le répète, les cas présentés sont des cas favorables; et je le crois d'autant plus, qu'au fond de l'orthopédie gît un côté spécialiste qui doit rendre extrêmement réservé dans l'appréciation des résultats. Nous avons tous plus ou moins la tendance à dire que nous avons guéri des cas très-graves, alors que les cas étaient en réalité plus simples; les orthopédistes ne font pas exception.

M. LE FORT. Je ne pense pas que ce soit contre M. Pravaz que cette appréciation soit dirigée. Nous ne pourrions accepter des personnalités.

M. DESPRÈS. Je me suis tenu purement et simplement dans les généralités, et je n'ai fait allusion à personne en particulier.

M. DEPAUL. J'ai eu occasion de voir un grand nombre de scolioses, et je crois que notre diversité d'opinion tient à ce que l'on confond sous le même nom des lésions qui n'ont entre elles aucun rapport. C'est ainsi que les lésions musculaires, osseuses, nerveuses même, les attitudes vicieuses même sont toutes appelées scolioses. On m'a souvent amené des jeunes filles déviées pour lesquelles avaient été conseillés des corsets et des appareils. Je me suis souvent opposé à leur application, et je m'en suis applaudi, lorsque quelques années plus tard j'ai eu occasion de retrouver les mêmes personnes absolument droites, et cela sans qu'on eût employé ces engins, qui sont toujours une note défavorable pour le sujet qui les porte. Aussi suis-je convaincu que la scoliose récente est apte à guérir par le régime, par la vie au grand air, par les attitudes, etc., mais point par les corsets. Quant à la scoliose osseuse avec déformation réelle du rachis, on ne la guérit pas, quel que soit l'appareil employé.

M. DUBRUEIL. Chacun ayant son opinion faite, je ne chercherai point à l'ébranler. Je dirai seulement à M. Desprès qu'il est sage de tenir un plus grand compte de l'opinion des gens qui s'occupent spécialement d'une question que des affirmations de ceux qui y sont étrangers; à M. Depaul, que les corsets ont du bon, mais qu'ils n'ont jamais eu la prétention de redresser les déviations confirmées depuis longtemps chez les adultes.

La société décide que le rapport de M. Dubrueil sera inséré au *Bulletin*.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

MÉDECINE LÉGALE

De l'hymen et de son importance en médecine légale (1)

Par M. le docteur E. GARIMOND,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

3° Enfin la forme des ouvertures de l'hymen permet quelquefois les rapports sexuels les plus complets; et, quoique la

(1) Fin. — Voir les numéros des 22 et 24 ocobre.

membrane ne soit pas rompue, on peut affirmer cependant que la conjonction sexuelle a eu lieu.

J'ai déjà signalé les variétés de la membrane obturatrice. Il résulte de cette étude que, le plus souvent, la forme et l'étendue des ouvertures ne se prêtent pas aux rapports sexuels avec l'intégrité de l'hymen. Cependant, dans quelques cas exceptionnels, ceux-ci ont pu être complets sans déchirure ni éraillure. Le grand nombre d'exemples déjà cités prouve seulement que la fécondation peut avoir lieu sans contact immédiat, dans des rapprochements simplement externes. Le fait suivant, que j'ai recueilli il y a peu de temps, a une tout autre signification.

Il s'agit d'une jeune femme mariée depuis plus d'un an et arrivée au terme de la grossesse. Appelé auprès d'elle au moment du travail, je voulus me rendre compte de l'état des parties et de la présentation de l'enfant; l'index, une fois introduit avec peine dans le vagin, se trouva retenu par une bride demi-circulaire, et ne put pénétrer jusqu'au col de l'utérus. L'hymen n'avait point été déchiré, et c'était son bord antérieur en forme de croissant qui offrait cette résistance insolite. Au moment de l'accouchement, il fallut débrider à droite et à gauche la membrane tout à fait intacte, et cependant les rapports sexuels avaient été réguliers, réitérés, et le mari, dont les organes avaient un très-petit volume, s'était à peine aperçu de cet obstacle permanent.

La présence de l'hymen non-seulement n'est pas toujours une barrière infranchissable, mais l'accouchement lui-même peut, dit-on, s'accomplir sans que la membrane dont l'ouverture se trouve dilatable subisse de déchirure. C'est ainsi que l'on retrouve dans le musée de Meckel à Halle une pièce anatomique de l'appareil génital d'une femme ayant accouché au septième mois de sa grossesse avec intégrité complète de l'appareil génital.

En résumé, la persistance de l'hymen ne modifie en rien la portée de l'acte et de ses conséquences. Physiologiquement, les organes de la sphère externe constituent avec ceux de la sphère interne et moyenne un appareil unique. Leur importance est supérieure à celle du vagin, qui les sépare de l'utérus. On ne peut donc diviser les rapports sexuels illicites suivant qu'ils se limitent à telle partie des organes. Leurs conséquences chez les adultes sont d'ailleurs les mêmes. La grossesse peut en être le résultat. Si l'on acceptait l'idée contraire, il faudrait admettre que les déflorations incomplètes si nombreuses, 30 sur 116, ne sont pas des viols, puisque la scène s'est passée à l'entrée du vagin. Or, si le crime présente la condition formelle exigée par le législateur, la violence, on ne voit pas de quel droit on le séparerait alors de ceux dans lesquels l'hymen a été un peu plus déchiré.

L'absence congénitale ou acquise de cette membrane, chez de jeunes personnes, ne permet point d'attacher aux lésions de l'hymen une importance exclusive dans l'appréciation du viol.

L'ouverture naturelle de l'hymen, très-variable en étendue, sa laxité, l'exiguïté des organes sexuels de l'homme, peuvent permettre sans déchirure les rapports les plus complets, et dès lors son intégrité ne peut point prouver d'une manière absolue que le viol n'a pas été consommé.

Telles sont les raisons exclusivement médicales qui s'opposent à ce que la *défloration* soit assimilée au *viol*. Ces deux mots ne peuvent point être considérés comme synonymes. Les jurisconsultes ont, du reste, depuis longtemps jugé cette question : un arrêt de la cour de cassation du 14 juin 1811 a, en effet, décidé qu'abuser d'une femme avec violence, c'est commettre le crime de viol, alors même que cette femme aurait eu déjà des enfants. Mais si, à aucun point de vue, le viol ne peut être toujours de la défloration, celle-ci n'en a pas moins une très-grande importance, et seule elle permet dans quelques cas une appréciation exacte et presque absolue. Malheureusement elle est elle-même assez difficile à constater. Les signes de la rupture n'ont qu'une durée éphémère : généralement, après huit ou dix jours les parties se sont cicatrisées, et, si des rapports réguliers ont continué à s'exercer, les caroncules myrtiformes se sont formées, et l'on ne peut rien affirmer de positif relativement à l'époque où la déchirure a eu lieu. Je n'ai point à m'arrêter sur l'exposé des désordres matériels résultant de la défloration. Ces altérations ont été parfaitement étudiées par MM. Amb. Tardieu et Toulmouche, et je me borne aux conclusions pratiques que j'ai déjà présentées.

L'importance de l'hymen au point de vue légal est donc bien restreinte. Sa persistance, comme sa déchirure, ne devient une source de renseignements précis que dans des circonstances assez rares, et le légiste est obligé de recourir à d'autres investigations pour éclairer la justice. Souvent il n'arrivera à aucun résultat, et il ne devra point craindre alors d'avouer les difficultés de l'expertise. C'est une preuve qui manque à l'instruction à laquelle il s'efforce de prêter son concours; mieux vaut déclarer son impuissance que de formuler des affirmations non justifiées que la conscience réprouve et auxquelles on voit souvent les faits donner plus tard un démenti éclatant.

« Pour satisfaire au mandat dont on honore à bon droit le médecin, il y a urgence de savoir ce que la science enseigne; mais quand la science hésite parce qu'elle doute, *je ne sais pas* est le mot qu'il faut prononcer hautement et noblement, à condition toutefois que l'expert puisse prouver que nul autre ne saurait mieux faire à sa place (1). » Il ne faut point chercher à augmenter outre mesure l'importance de l'expertise médicale, et l'aveu simple de son impuissance dans quelques cas donnera plus de valeur aux assertions du médecin dans d'autres. C'est ce qui doit très-souvent arriver, si l'on veut examiner le viol sous ses aspects si divers et les seuls vrais. Il est, en effet, bien difficile de reconnaître toujours s'il y a eu des rapports sexuels dans les conditions déterminées par la loi. Au contraire, si l'on ne s'occupe que de la défloration comme élément essentiel et matériel du crime, il n'y a plus d'hésitation; mais nous avons vu quelle divergence existe entre les auteurs de médecine légale et les raisons qui devaient faire admettre l'interprétation la plus large. Ce manque d'accord, regrettable sans doute, n'est pas dû en entier aux médecins légistes; il résulte bien plutôt de leurs efforts pour conformer leurs définitions aux limites que les législateurs leur ont imposées par la rédaction des articles 331, 332 du code pénal.

331. Tout attentat à la pudeur consommé ou tenté sans violence sur la personne d'un enfant de l'un ou de l'autre sexe âgé de moins de treize ans, sera puni de la réclusion. — Sera puni de la même peine l'attentat à la pudeur commis par tout ascendant sur la personne d'un mineur même âgé de plus de treize ans, mais non émancipé par le mariage.

332. Quiconque aura commis le crime de viol sera puni des travaux forcés à temps. Si le crime a été commis sur la personne d'une enfant au-dessous de l'âge de quinze ans, le coupable subira le maximum des travaux forcés à temps. — Quiconque aura commis un attentat à la pudeur consommé ou tenté avec violence contre des individus de l'un ou de l'autre sexe, sera puni de la réclusion. Si le crime a été commis sur

(1) Penard, *De l'intervention du médecin légiste dans les questions d'attentat aux mœurs* (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, t. XIV, 2e série, p. 131).

la personne d'un enfant au-dessous de l'âge de quinze ans accomplis, le coupable subira la peine des travaux forcés à temps.

Le législateur a classé sous un nom générique, « attentat à la pudeur », des actes très-variés; l'un d'eux reçoit dans quelques circonstances particulières un nom différent, et il est frappé d'une pénalité plus élevée. C'est le viol, ou, comme dit Jousse, la conjonction sexuelle illicite; mais cette conjonction n'a droit à être ainsi désignée qu'à condition d'avoir été exercée avec violence, et par ce mot la loi entend non-seulement l'abus de la force physique, mais encore l'emploi des moyens qui auraient momentanément privé la victime de l'usage de ses facultés, et l'auraient mise dans l'impossibilité de résister. La plupart des crimes commis sur de très-jeunes filles ne doivent point être considérés comme des viols, puisqu'il n'y a pas habituellement de lutte, et qu'aucun moyen n'a été employé pour leur enlever l'usage de leurs facultés. Il en est de même des personnes en démence.

Il y a donc dans la caractéristique de ce crime deux conditions essentielles : l'une appréciable par le médecin, l'autre qui appartient à l'instruction judiciaire, de sorte que ce même acte est tantôt un viol, tantôt un simple attentat à la pudeur. De là une confusion à laquelle l'expert n'échappe point toujours.

Il se trouve, eu égard à l'accusé, dans une position extrêmement délicate, et il ne peut répondre à la question qu'on lui pose sans assumer sur lui une responsabilité qui ne doit point lui incomber. Si on lui demande : Y a-t-il viol? celui-ci ne dépendant pas seulement de l'acte consommé, mais des circonstances dans lesquelles il s'est accompli, il ne peut résoudre cette difficulté sans usurper les fonctions du juge.

C'est ce qu'a très-bien senti M. Amb. Tardieu, et l'habile légiste, ne voulant point sortir du domaine médical, a cherché un moyen d'échapper à cet embarras. Il répond à la question posée : Non pas il y a viol, mais il y a eu défloration complète, incomplète, ou nulle; il y a ou il n'y a pas de traces de violence. Au juge, après cela, de faire de ces appréciations ce qu'il voudra (1).

Cet exemple serait bon à imiter, si le signe invoqué avait toute la valeur que lui attribue l'éminent légiste; je n'ai pas à revenir sur ce point, qui a été longuement discuté. Mais puisqu'on ne peut s'en tenir à ce caractère exclusif, le vrai moyen de faire disparaître le désaccord serait peut-être de modifier la rédaction des articles 331 et 332, et de donner une autre portée aux mots *viol* et *attentats à la pudeur*. Ces derniers pourraient correspondre à tous les actes coupables sur l'un ou l'autre sexe, commis en dehors de la sphère génitale de la femme. Le mot *viol* serait réservé à tous ceux, de quelque nature qu'ils fussent, ayant leur action sur les organes génitaux, et, une fois la culpabilité établie, le nom de *viol* lui serait légitimement appliqué. Dans l'impossibilité de reconnaître, même par le témoignage, si c'est l'organe sexuel de l'homme ou un corps étranger qui a produit les désordres que l'on constate, considérant d'ailleurs qu'une atteinte de cette nature est toujours plus odieuse que pour les autres attentats, je serai porté à désigner ainsi, avec M. Tardieu, toute violence, de quelque nature qu'elle soit, exercée sur les organes sexuels de la femme. Si cette manière de voir était adoptée, la pénalité devrait être graduée suivant les circonstances qui donnent au crime un aspect varié; on éviterait par là une confusion regrettable. Le mot *viol* ne serait point détourné de son acception primitive, puisqu'il y a toujours violence sur les organes sexuels, mais l'*attentat à la pudeur* serait séparé complétement de ce dernier crime, et l'expert pourrait plus facilement répondre à toutes les questions posées, sans crainte de sortir de son rôle et d'usurper les attributions de la magistrature.

(1) M. Penard raconte que, dans une occasion où il avait reçu la mission de décider si deux attentats à la pudeur avaient été commis, il se laissa aller à traiter dans son rapport la question de viol : en cour d'assises, il fut rudement ramené par le président aux attentats à la pudeur, qui étaient en litige.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'externat. — Les candidats ont eu à traiter les questions suivantes d'anatomie : mercredi 21 octobre. Crosse de l'aorte. — Vendredi 23 octobre. Tiers supérieur du fémur. — Lundi 26 octobre.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours pour l'internat, ouvert le 12 octobre, s'est terminé le 15. Ont été nommés :

Internes. — MM. Julliard, Duchamp, Chappet, de Brinon, Valat, Passerat, Quisc, Durand, Garel Ferlay, Garin, Monard, Guyot.

Internes provisoires. — MM. Lasaigne, Sabatier, Roux, Gironde, Pouzet, Chaboux, Bonnet, Lebard, Cartier, Dechoudans, de Laprade et Cusset.

Le prix Bonnet a été décerné à M. Julliard, nommé le premier interne.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse....	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259 (chaux et magnésie)	0.630	0.571	0.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.016	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44 (ensemble)
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

VIN TONIQUE RECONSTITUANT
DU DOCTEUR FORESTIER
VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
à l'écorce d'oranges amères

Tous les organes de la presse médicale : *Gazette des Hôpitaux, Courrier médical, France médicale, etc.,* ont depuis dix ans, signalé l'excellence de cette préparation qui contient, dissous dans d'excellent vin de Malaga, les deux éléments formateurs des *os* et du *sang,* le *quinquina* et le *pyrophosphate de fer.*

La facilité avec laquelle l'économie s'assimile le vin de quinquina au pyrophosphate de fer, l'absence de toute saveur styptique, la double influence qu'en raison de ses deux éléments formateurs il semble devoir exercer, tant sur la composition du système osseux, que sur la reconstitution du sang, telles sont les qualités qui recommandent à priori *cette nouvelle préparation ferrugineuse* (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*).

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 41.

Granules arsenicaux de Challonneau
Chevalier de la Légion d'honneur.
Pharm., 143, ancien 229, rue St-Denis, à Paris.

Exactement dosés à 1 milligr. et préparés avec les arséniates de **soude,** de **potasse,** de **fer, d'ammoniaque,** d'**antimoine,** et avec l'**acide arsénieux.** — *Exiger mon cachet et ma signature.*

TAMAR INDIEN
Fruit laxatif rafraichissant
Contre LA CONSTIPATION

Et les affections qui l'accompagnent, telles que la **Congestion cérébrale,** les **Hémorrhoïdes,** la **Migraine,** etc. — Prix de la boîte : 2 fr. 50. GRILLON, pharm., 25, rue de Grammont, Paris.

PHTHISIE — CHLOROSE — ANÉMIE

HYPOPHOSPHITES
du docteur CHURCHILL

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE SOUDE
SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX
PILULES D'HYPOPHOSPHITE DE QUININE
SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE FER
PILULES D'HYPOPHOSPHITE DE MANGANÈSE
TABLETTES DU Dr CHURCHILL

Prix : **Sirops** et **Pilules : 4** fr. le flacon. **Tablettes pectorales : 2** fr. la boîte.

Les hypophosphites du docteur Churchill, auteur de la découverte de leurs propriétés curatives dans les affections tuberculeuses, offrent des garanties de pureté et d'efficacité qui sont une des premières conditions du succès de cette importante médication.

Exiger sur toutes les préparations la *signature du Dr CHURCHILL,* et l'étiquette marque de fabrique de la *Ph. SWANN,* 12, *r. Castiglione, Paris.*

Dragées Chantrel au bromure de potassium, *chimiquement pur* (*sans trace d'iode*).

Traitement des Névroses en général, Chorée, Hystérie, Épilepsies, Migraines, etc., etc.

Vente en gros chez Desnoix et Ce, rue du Temple, 22, Paris. Au détail dans toutes les pharmacies.

NÉVRALGIES calmées à l'instant même par les pilules antinévralgiques du Dr CRONIER. — Dépôt, M. Levasseur, pharm., rue de la Monnaie, 23, Paris, 3 fr. la boîte.

ÉPILEPSIE
HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

DRAGÉES COCHEUX
Ferro-basiques à l'huile de foie de Morue

Pour la prendre *agréablement* et sans aucun renvoi. Le flacon : 3 fr. Pharm., 45, r. Taitbout, à Paris.

SIROP DE DIGITALE
DE LABÉLONYE

Excellent sédatif et puissant diurétique employé avec un succès constant depuis plus de 30 ans par les médecins de tous les pays contre les maladies organiques ou non organiques du cœur, les diverses hydropisies et la plupart des affections de poitrine et des bronches : pneumonie, catarrhes pulmonaires, asthmes, bronchites nerveuses, coqueluche, etc.

A la pharmacie, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*) à Paris, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

PRIME DE **16,600** FRANCS — MÉDAILLES D'**OR** A LAROCHE

QUINA LAROCHE

Extrait COMPLET **des 3 SORTES de quinquinas**

Triple ÉLIXIR *de* QUINQUINA *reconstituant, tonique* et *fébrifuge.* A base de vin d'Espagne et d'un goût agréable, ce produit participe du *vin* et du *sirop* de quinquina, mais leur est bien supérieur en efficacité.

Le procédé **Laroche** consiste à ÉPUISER, par une série de véhicules variés et un outillage spécial, la *totalité* des nombreux principes contenus dans les trois meilleures sortes de quinquinas (*jaune, rouge et gris*), principes essentiels qui se complètent l'un par l'autre, et qui manquent presque toujours dans les préparations ordinaires de quinquina.

Combiné au fer le *Quina Laroche* **FERRUGINEUX** offre une préparation aussi *complète* que possible, pour tous les cas où le *quinquina* et le **Fer** sont jugés utiles.

PARIS, 22 et 15, rue Drouot, et dans toutes les pharmacies françaises et étrangères du monde.

J. Laroche

PILULES DE LOUVARD
AU FER *PUR* INALTÉRABLE ET A L'ABSINTHE

A la dose de neuf par jour, en trois fois, une heure avant le repas, c'est la préparation ferrugineuse la plus efficace et celle dont l'action est la plus rapide dans la chlorose et l'anémie. Quels que soient les désordres de l'estomac, elle est toujours bien tolérée, et, sous son influence, les fonctions digestives sont rétablies en quelques jours.

Pharmacie **LOUVARD,** rue Royale, 60, à **Versailles.** — Vente au détail, pharm. Guinhabert, 108, r. de Grenelle-Saint-Germain, Paris, et dans les principales pharmacies.






PEPSINE BOUDAULT
SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, successeur de BOUDAULT, 24, rue des Lombards, a Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Le Roy de Méricourt a terminé dans cette séance son examen critique du travail de M. Villemin sur le scorbut. Nous avons déjà caractérisé en quelques mots, d'après son préambule, l'esprit dans lequel était conçu tout le système d'argumentation de M. Le Roy de Méricourt. On trouvera dans le compte rendu d'aujourd'hui les déductions théoriques et pratiques qui ressortent naturellement de ces prémisses. Le tout est lié et enchaîné par une étude analytique minutieuse des faits nombreux que l'honorable académicien a en sa possession, et, ajoutons, par une logique qui nous paraît irréfutable. M. Villemin a demandé la parole pour répondre à cette argumentation. Nous ne doutons pas d'avance du talent que le distingué professeur du Val-de-Grâce va déployer dans la défense de son système ; mais il nous est permis de douter qu'il parvienne à le faire triompher et à déloger son contradicteur de la forte position où il s'est placé.

Parmi les présentations faites à la suite de la correspondance, nous donnerons une mention spéciale au travail de l'un de nos collaborateurs M. le docteur Faget, de la Nouvelle-Orléans, présenté par M. Hérard. Ce travail, dont on trouvera le titre dans le compte rendu, est le résumé des recherches que l'auteur a eu l'occasion de faire pendant la dernière épidémie de fièvre jaune qui a sévi à la Nouvelle-Orléans en 1870. Voici en quels termes M. Hérard a présenté l'analyse de cet intéressant mémoire.

« La fièvre jaune, dit M. Faget, est une espèce fébrile distincte, parfaitement séparée du groupe des fièvres paludéennes, à forme hémorrhagique ; c'est une fièvre continue à un seul paroxysme, d'une durée courte (six à sept jours), dont l'apogée est très-rapide et dont le déclin commence immédiatement, pour ne retrouver le niveau normal que lentement, sans avoir passé par une période d'état.

« L'étude de la température prise à l'aide d'un thermomètre placé dans la bouche démontre que le maximum moyen de température (40°c. et une petite fraction) est atteint très-promptement après le brusque début de la fièvre (quelques heures, un jour, deux jours, trois jours) et que la défervescence commence immédiatement, aussitôt que le maximum de température a été obtenu, s'effectuant avec une remarquable lenteur.

« Les lignes fournies par le pouls accusent immédiatement une diminution dans le nombre des pulsations. Mais ce déclin part de haut (en moyenne 120 pulsations), ce qui prouve qu'il y a eu préalablement ascension du pouls, si rapide et si précoce que le maximum en a été atteint, toujours avant la première visite de l'observateur. Ce déclin est d'ailleurs assez lent, et de plus en plus lent à mesure qu'il avance, jusqu'à ce qu'enfin le chiffre qui le représente soit tombé au chiffre normal et au-dessous. Le pouls remonte s'il survient quelque complication et surtout à la fin de la maladie dans les cas mortels.

La ligne du pouls et la ligne de la température, toutes deux typiques si on les embrasse dans leur ensemble, ne peuvent pas, prises isolément, trancher dès le début la question du diagnostic ; mais il n'en est plus de même si on les examine parallèlement. En effet, tandis qu'en général, dans les autres fièvres, il y a concordance entre la marche de la température et celle du pouls, surtout au début, dans la fièvre jaune, dès les premières heures, la ligne du pouls descend pendant que celle de la température se maintient horizontale ou même monte pendant deux, trois jours et même davantage. *Cette discordance initiale des deux lignes constitue le signe clinique pathognomonique de la fièvre jaune.* »

Nous nous associons pleinement aux éloges mérités dont M. Hérard a fait suivre cette analyse, et à l'appel qu'il a fait à l'Académie, pour les prochaines élections, en faveur de ce laborieux confrère, de ce travailleur consciencieux et infatigable qui représente si dignement, à la Nouvelle-Orléans, les traditions de dévouement et les habitudes d'observation sévère de la médecine française.

A mardi la grande question de la révision du règlement de l'Académie, dont l'intérêt est accru encore par l'attrait qui s'attache toujours à un rapport de M. Chauffard.

Dr BROCHIN.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT DE LA FACULTÉ.

M. GUÉNIOT, suppléant M. le professeur DEPAUL.

Sur les adhérences anormales du placenta.

Messieurs, vous avez vu au n° 2 de nos salles une jeune femme de dix-huit ans, apportée récemment à l'hôpital sans être délivrée, quoique l'expulsion de son enfant datât de plus de dix-sept heures. C'est de cette malade et des adhérences

exagérées du placenta, dont elle a offert un exemple, que je désire aujourd'hui vous entretenir.

Parmi les difficultés et les dangers que présente parfois la délivrance, il n'en est pas de plus redoutables peut-être que ceux qui résultent d'une union trop intime entre le placenta et la matrice. Ces difficultés et ces dangers atteignent même un degré extrême lorsque, comme j'en ai vu de malheureux exemples, l'adhérence est portée jusqu'à la fusion du tissu placentaire avec celui de l'utérus. Il importe donc de bien connaître, en pareil cas, quelles sont les ressources de la nature et quelle doit être, pour le praticien, la meilleure voie à suivre.

I. — La malade dont il s'agit est couturière, d'origine alsacienne et de médiocre constitution. Enceinte pour la première fois, elle était arrivée au terme de sa grossesse lorsque, vers neuf heures du matin, le 25 septembre, commença le travail de l'accouchement. Les contractions s'étant ralenties, la sage-femme qui l'assistait lui administra successivement jusqu'à trois grammes d'ergot de seigle. La matrice se réveilla, et l'expulsion d'une fille vivante eut lieu le même jour, vers onze heures du soir. Mais la délivrance se fit vainement attendre. Un confrère fut appelé et n'obtint par plus de succès que la sage-femme. C'est alors que la patiente nous fut adressée le lendemain, 26 septembre, vers quatre heures du soir.

Presque aussitôt M. de Soyre, chef de clinique, fit en mon absence quelques tentatives d'extraction; mais celles-ci demeurèrent infructueuses. La matrice, violemment contractée sur le délivre, se dessinait sous la forme d'une gourde dont le collet correspondait à l'orifice interne du col; et la main ne pouvait traverser cet anneau sans user d'efforts qui eussent été dangereux. Du reste, il n'existait pas d'hémorrhagie. On attendit, et l'on fit bien.

Quatre heures plus tard, une perte sanguine assez abondante étant survenue, et la matrice en ayant éprouvé une faible détente, Mme de Soyre, la sage-femme en chef, intervint d'urgence. Elle put alors, avec peine il est vrai, faire pénétrer la main jusqu'au placenta, décoller entièrement celui-ci avec les doigts, puis l'entraîner au dehors. La délivrance fut ainsi opérée, vingt-deux heures après la naissance de l'enfant. L'hémorrhagie s'arrêta aussitôt.

Le placenta, dans presque toute son étendue, était rosé et frais comme s'il se fût agi d'un placenta ordinaire. Un seul cotylédon était noirâtre et pénétré de petits caillots sanguins. C'est cette partie qui, séparée spontanément de la paroi utérine, avait provoqué la perte sanguine, tandis que tout le reste avait conservé des adhérences solides avec la matrice. D'ailleurs, rien dans l'aspect du placenta, pas plus que dans les antécédents de la femme, ne permit de se rendre un compte exact de l'anomalie. Le spasme utérin, au contraire, résultait d'une façon trop évidente de l'action de l'ergot sur la matrice.

Dès les premiers jours, cette jeune femme, énervée par les fatigues du travail et de la délivrance, offrit un pouls petit et fréquent; elle eut plusieurs frissons rapprochés; son ventre se météorisa, et une douleur inflammatoire apparut dans la fosse iliaque gauche. Bref! le 1er octobre, nous constations les symptômes les plus alarmants. La langue était sèche, le pouls à 144 par minute, la température axillaire à 39° 5, et la malade éprouvait à un haut degré la sensation illusoire de la faim.

Le 2 octobre, l'état restait le même. La malade demandait avec insistance de la bière pour boisson et désirait se lever pour partir. Le 3, elle garde, au contraire, un mutisme absolu et se montre très-craintive; elle ne veut ni boire, ni manger, serre les mâchoires quand on lui présente un aliment quelconque; elle craint sans doute qu'on l'empoisonne; en un mot, elle est en proie à une *lypémanie puerpérale*. La fièvre persiste ainsi que les autres symptômes de la veille; un gros caillot noir est expulsé du vagin et une perte de sang fluide apparaît à sa suite; mais bientôt celle-ci s'arrête spontanément. Enfin, le 4 octobre, après une journée d'agitation, la malade succombe pendant la nuit, neuf jours après son accouchement.

Est-il besoin de vous rappeler la médication qui fut suivie en cette circonstance? Applications médicamenteuses sur le ventre, lavements au musc, grand vésicatoire volant à la nuque, teinture de digitale à l'intérieur, tout fut inutile.

A l'autopsie, on trouva une péritonite circonscrite, siégeant dans le côté gauche de l'abdomen et comprenant dans son foyer l'ovaire et la trompe gauches. La surface d'insertion placentaire correspondait au fond de la matrice. L'encéphale était congestionné et les méninges légèrement infiltrées de sérosité.

Messieurs, plusieurs détails de cette observation ne se rattachent pas à notre sujet; mais comme vous avez assisté aux diverses phases de la maladie, j'ai cru bon de vous en rappeler l'ensemble. De la sorte, le fait reste plus instructif. Ainsi veuillez noter en passant cette donnée pronostique. Toutes les fois que, dans l'état de couches, vous constaterez comme chez notre malade, — en même temps qu'une fièvre intense et des phénomènes non douteux de toxémie ou de péritonite, — une perversion nerveuse quelconque, soit locale, soit générale, considérez que la mort sera très-prochaine. Ne vous laissez point tromper par une apparente rémission. La malade demande à manger, elle prétend éprouver une sorte de bien-être, elle insiste pour qu'on lui permette de quitter le lit et de retourner chez elle. Ces phénomènes, comparés à ceux de la veille, semblent former un contraste du meilleur augure. Vaine illusion! Dans vingt-quatre heures, dans quelques jours au plus, la malade aura succombé.

II. — En février 1867, je reçus de M. le docteur de Lignerolles, alors interne à l'hôpital de la Pitié, une lettre pressante dans laquelle il me priait de lui venir en aide près d'une femme non délivrée et épuisée par une perte de sang. J'arrivai promptement au lit de la malade. Elle avait la pâleur d'une morte et se trouvait dans un état d'excitation voisin du délire. — Tel est l'effet ordinaire des grandes hémorrhagies, de celles surtout qui succèdent à l'accouchement. — La pauvre moribonde m'accueillit avec effroi, protestant du geste et de la voix que jamais je ne la toucherais, qu'elle préférait mourir plutôt que de subir de nouveaux essais de délivrance. Je m'effaçai d'abord, puis parlementai de mon mieux; et bientôt, moitié par persuasion, moitié par force, je parvins à l'examiner.

Sur les entrefaites, voici ce que m'avait appris M. de Lignerolles. Cette jeune femme, âgée d'environ vingt-trois ans et enceinte pour la première fois, était accouchée spontanément à terme, deux jours auparavant. Des tentatives de délivrance, faites comme à l'ordinaire, n'avaient abouti qu'à l'extraction du cordon et de toutes les membranes de l'œuf.

Le lendemain, on avait pratiqué le toucher en vue de s'assurer si le placenta était encore retenu dans la matrice. Comme le résultat de cette exploration fut complétement négatif, on en conclut que, vraisemblablement, on avait eu affaire à un placenta membraneux, et que les parties de l'œuf extraites la veille constituaient tout le délivre.

Cependant une hémorrhagie de médiocre intensité s'était

produite peu d'instants après la naissance de l'enfant, et depuis lors elle n'avait pas cessé. C'est cette continuité de la perte, plutôt que son abondance, qui avait engendré l'état si grave que nous constations. M. de Lignerolles, en face d'un danger si pressant, avait lui-même exploré la matrice et, trouvant une petite portion du placenta engagée dans le col, il avait exercé des tractions sur ce lambeau dans le but d'entraîner le reste de la masse. Ces tractions faites avec une force mesurée demeurèrent complétement infructueuses. C'est alors que, ne voulant risquer aucune manœuvre imprudente, notre jeune confrère avait sollicicité mon concours.

Comme M. de Lignerolles, je trouvai dans le col utérin une portion de placenta qui me parut être tout exprimée de sang, sèche et filamenteuse, se rattachant aux portions supérieures par un tissu résistant. Le col resserré ne permettait pas l'introduction de la main, ni même celle des doigts, jusque dans la matrice, et celle-ci se trouvait elle-même fortement rétractée. Je voulus tenter à mon tour l'extraction du corps étranger en tirant sur les cotylédons décollés. Mais, malgré la prudente insistance que je mis à terminer heureusement cette opération, je ne parvins qu'à entraîner quelques parcelles de la masse, et force me fut de renoncer à ces tentatives.

Je me retirai en conseillant l'usage de quelques cordiaux, l'application d'un cataplasme sur le ventre et, au besoin, l'introduction d'un tampon dans le vagin.

Le pronostic, dès l'abord, n'avait été que trop certain; mais, après ces derniers efforts de délivance, il était devenu plus évident encore. La malade mourut le lendemain.

A l'autopsie, on trouva une perforation de la matrice. Le tissu de cet organe avait été déchiré obliquement : tandis que, sur la face interne, la perte de substance offrait le diamètre d'une pièce de cinq francs, sur la face péritonéale, elle permettait à peine au doigt de la traverser. Quant au placenta, ses attaches à l'utérus étaient telles que son tissu se confondait avec celui de cet organe et ne pouvait en être séparé que par déchirure.

De cette observation, messieurs, concluez avec moi que parfois, au lieu de tenter une opération dans des circonstances aussi désespérées, il serait beaucoup plus sage de s'abstenir. Je crus à une possibilité de salut, et je ne résistai pas au désir d'en procurer le bénéfice à la moribonde. Dans l'espèce, ce fut une faute. Qui, de M. de Lignerolles ou de moi, produisit la déchirure utérine? Je ne sais; il est juste que nous en prenions chacun une part. Sans doute, la malade n'avait plus rien à perdre d'un nouvel essai de délivrance, et l'on peut croire que nos efforts n'avancèrent en rien sa dernière heure. Néanmoins, si pareil fait se représentait, j'estime qu'à l'exemple de A. Paré, il serait préférable de « laisser la malade au bénéfice de nature et de recommander son âme à Dieu ».

Maintenant, permettez-moi de faire une courte digression; il s'agit d'une remarque utile. Vous avez vu que pendant toute une journée, ne rencontrant sur le col utérin aucune portion de placenta, on supposa que peut-être on avait eu affaire à un *placenta membraneux*, et que probablement tout le délivre avait été extrait. Eh bien, veuillez noter ceci : c'est que les placentas membraneux sont de pure imagination, et que pour une saine pratique il importe beaucoup de ne point croire à leur existence. Comment, je vous le demande, un organe ainsi constitué pourrait-il suffire au développement d'un enfant *à terme?* Sans doute, dans les cas d'insertion vicieuse, on trouve souvent des placentas minces et très-étendus, qui ont regagné en surface ce qu'ils ont perdu en épaisseur. Mais ce serait abuser du sens des mots que de les qualifier de membraneux. Ils renferment, en effet, de la substance placentaire, c'est-à-dire des touffes vasculaires et filamenteuses, de vrais cotylédons; ils sont opaques, offrent une certaine épaisseur et ne consistent pas en une simple toile sillonnée de vaisseaux sanguins.

Dans les grossesses extra-utérines, oui, peut-être rencontrerez-vous parfois des placentas réellement membraneux. L'œuf, sorti de sa voie, se trouve alors greffé sur un sol infécond et, semblable à l'arbre qui croît sur un rocher, il projette au loin ses racines vasculaires sur l'intestin, le mésentère, la paroi abdominale, etc. Mais ici, le cas est tout autre que celui d'une grossesse utérine. Il s'agit, en effet, d'un placenta *normalement* fusionné avec les organes qui lui servent de support; d'un placenta qui doit se résorber sur place, ou s'y détruire par gangrène. L'opération de la délivrance ne saurait donc être en cause; bien plus, afin d'éviter des hémorrhagies incoercibles, il est strictement commandé de la proscrire.

Il y a une dizaine d'années, alors que j'étais chef de clinique dans ce même service, on m'apprit, au moment de la visite du soir, qu'une femme accouchée depuis seize heures venait d'être prise d'une abondante hémorrhagie. J'accourus près d'elle. Le sang avait cessé de couler; la matrice était ferme et bien rétractée. Quelle ne fut pas ma surprise quand je trouvai, remplissant le vagin, un gâteau placentaire absolument complet. Celui-ci était frais comme si l'accouchement eût daté d'un quart d'heure, et toute sa surface fœtale ainsi que ses bords étaient dépouillés de membranes. Cependant, sur la pancarte de la malade, on lisait en lettres fort distinctes : *Délivrance naturelle.*

Que s'était-il passé? L'accouchement s'était terminé pendant la nuit, et la délivrance avait été opérée par une élève sage-femme. Nul doute que celle-ci, dans son inexpérience, n'ait tenu pour complet un délivre composé seulement du cordon et des membranes.

J'ai vu, d'ailleurs, plusieurs faits semblables dans lesquels le placenta, plus adhérent que de coutume, restait en place alors que tout le reste du délivre était entraîné d'une seule pièce. Sachez, messieurs, et c'est par là que je ferme cette longue parenthèse, sachez ne pas confondre ces cas trop peu connus avec de prétendus exemples de placenta membraneux.

III. — Sur la fin de cette même année 1867, M. le docteur Sottas me fit mander dans le quartier du Gros-Caillou, pour l'une de ses clientes qui, accouchée depuis la veille, portait dans la cavité utérine une tumeur récemment reconnue. La malade était une jeune femme de vingt et un ans. Sa troisième grossesse, compliquée d'hydramnios, venait de se terminer à huit mois et demi par la naissance d'un enfant macéré. Le travail avait duré douze heures. La mort du fœtus, qui remontait sûrement à plusieurs jours, ne put être attribuée à aucune cause probable.

Dix minutes après l'expulsion de l'enfant, M. Sottas avait exercé quelques tractions sur le cordon dans le but d'entraîner le délivre; mais celui-ci ne cédant pas, il attendit. Au bout de cinq minutes, nouvelle tentative suivie du même insuccès. Enfin, bientôt une forte contraction ayant eu lieu, la matrice expulsa brusquement le délivre qui parut être complet, mais un peu déchiré. L'examen, du reste, en fut fait assez superficiellement.

Dans la journée, les lochies coulèrent plus abondamment que de coutume et, pendant la nuit, survinrent des tranchées utérines d'une grande violence. M. Sottas, explorant la cavité de la matrice, découvrit alors la présence d'une tumeur qui

évidemment était la cause des accidents. S'agissait-il d'un fibroïde, d'une inversion partielle ou d'un débris placentaire? C'est d'abord ce qu'il importait de déterminer.

J'arrivai près de la malade trente-six heures après son accouchement. Elle se trouvait très-fatiguée de l'insomnie et des souffrances de la nuit précédente. Il n'existait, toutefois, que peu de fièvre. Les tranchées reparaissaient toutes les dix minutes; la matrice, dans l'intervalle, était dure, fortement rétractée et remontait jusqu'à l'ombilic. L'hypogastre était partout très-sensible, et les lochies devenaient fétides. Par le toucher, je constatai que le col utérin n'était pas encore refermé; l'ouverture de la matrice offrait plus d'étendue qu'une pièce de cinq francs, et son bord n'opposait qu'une faible résistance. De la sorte, je pus explorer sans de notables difficultés la cavité de l'utérus. Sur le côté gauche de celle-ci, je rencontrai immédiatement la tumeur observée par mon confrère. Elle avait le volume d'un œuf de poule et s'étendait par sa base vers le fond de l'organe. Elle était demi-molle, indolente, à surface anfractueuse; par la pression, je pus en extraire des caillots noirs qui ressemblaient à de petites sangsues.

Bref! nous conclûmes de notre examen et des renseignements qui nous furent donnés, que la tumeur n'était constituée ni par un polype, ni par un renversement partiel; mais que vraisemblablement nous avions affaire à une portion du placenta qui était restée adhérente, en même temps qu'à un relief formé par les franges du placenta maternel.

Je conseillai l'usage de petits lavements laudanisés et de quelques injections faites profondément dans le vagin; de grands cataplasmes sur le ventre, une extrême propreté, une surveillance active; et, pour régime, des bouillons ou des potages à discrétion.

Douze jours plus tard, le docteur Sottas m'écrivait : « Notre malade est aujourd'hui en bon état. Les douleurs se sont calmées peu à peu après votre visite. *Le 2 janvier* (*cinq jours après l'accouchement*) un fragment placentaire assez volumineux a été expulsé, après quoi l'amélioration s'est nettement accentuée. Le col utérin a recouvré sa longueur; il est fermé, et l'on ne soupçonnerait pas aujourd'hui les accidents passés. A part de l'anémie, l'état général de la malade est aussi des plus satisfaisants. » (*A suivre.*)

FRACTURE DU STERNUM

Par M. le docteur Pirotais.

La fracture du sternum étant très-rare, le fait suivant me paraît digne d'intérêt :

M. M..., d'une faible constitution, porteur d'une double hernie crurale, fatigué et par l'âge et par une suppuration de la vaginale droite, consécutive à un état caséeux de la tête de l'épididyme, fit une chute d'un cerisier, il y a dix ans, sur la partie postérieure de la tête. Le menton, dit-il, porta directement sur la poignée du sternum, et le choc fut si violent qu'il s'ensuivit un enfoncement à 5 centimètres du bord supérieur de l'os.

Transversale fut la fracture, mais non-seulement il se produisit un enfoncement, mais une véritable projection du manche dans une étendue verticale de 4 centimètres.

Cette partie, portée en avant, a un relief de 2 centimètres supérieurement et de millimètres inférieurement. (*Cette portion du manche est donc soulevée dans une étendue verticale de 4 centimètres.*)

La deuxième côte gauche a suivi exactement le mouvement antérieur de projection; la deuxième côte droite, au contraire, s'est séparée du sternum. Cette grave lésion maintint au lit notre malade pendant soixante jours environ.

SUR LE FROTTEMENT SOUS-SCAPULAIRE

ET LE DÉVELOPPEMENT D'UNE BOURSE SÉREUSE ACCIDENTELLE SOUS L'OMOPLATE

Par le docteur Terrillon, prosecteur des hôpitaux.

Conclusions. — I. Le frottement sous-scapulaire se produit pendant les mouvements de l'épaule qui nécessitent le déplacement de l'omoplate sur la surface des côtes. — II. Ce frottement, perçu avec la main appliquée sur l'omoplate, peut s'accompagner d'un bruit de craquement perceptible à l'oreille. — III. Les principales causes de sa production sont: 1° une saillie anormale des côtes ou de l'omoplate ayant amené par une sorte d'usure la perforation des muscles sous-scapulaire et grand dentelé, et ayant facilité le contact des deux os; 2° une atrophie primitive des muscles sous-scapulaires, chez les phthisiques, par exemple; 3° principalement une ankylose complète ou incomplète, fausse ou vraie de l'épaule, laquelle produit une exagération des mouvements de l'omoplate et s'accompagne d'une atrophie musculaire plus ou moins prononcée, ainsi que je l'ai indiqué le premier. — IV. La cause anatomique de ce frottement (contact de deux surfaces osseuses se déplaçant l'une sur l'autre) peut amener le développement d'une bourse séreuse concomitante. — V. Cette bourse séreuse peut devenir le siége d'un hygroma, avec ou sans grains riziformes; et celui-ci peut coïncider avec le frottement ou, au contraire, empêcher sa production en éloignant l'omoplate de la surface des côtes. — VI. Le siége habituel de ces lésions est au niveau de l'angle inférieur et du bord spinal de l'omoplate.

(*Archives de médecine.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 octobre 1874. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Nivet sur l'épidémie de suette miliaire qui a régné dans la commune d'Aubière (Puy-de-Dôme) (comm. des épidémies);

2° Le registre d'inscription des malades qui ont été traités à l'hôpital thermal militaire d'Amélie-les-Bains pendant les saisons de l'année 1873 jusqu'au 31 mars 1874.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre accompagnant l'envoi d'un ouvrage en anglais, intitulé : *Catalogue de librairie du comité général chirurgical de l'armée des États-Unis;*

2° Un rapport de M. le docteur Robert sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à l'hôpital de Châteauroux (commission des épidémies);

3° Un mémoire sur l'insomnie, pour le prix Civrieux.

PRÉSENTATIONS

M. Tardieu présente, au nom de M. Lebret, un volume intitulé : *Manuel médical sur les eaux minérales.*

M. Wurtz, au nom de M. Le Fort, présente un ouvrage intitulé : *Organisation de la médecine en France et à l'étranger.*

M. Hérard offre à l'Académie, de la part de M. le docteur Faget, médecin à la Nouvelle-Orléans, un ouvrage intitulé : *Monographie sur le type et la spécificité de la fièvre jaune établis avec l'aide de la montre et du thermomètre.* (Voir le Premier-Paris.)

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national dans la deuxième section. La liste de présentation portait :

En 1re ligne : M. Simonin (de Nancy).
En 2e ligne : M. Ollier (de Lyon).
En 3e ligne : M. Bourgeois (d'Étampes).
En 4e ligne : MM. Bourguet (d'Aix), Courty (de Montpellier), Duboué (de Pau).
Nombre de votants : 63; majorité : 32.
M. Ollier obtient 32 suffrages, M. Simonin 31,
En conséquence, M. Ollier est proclamé élu.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que, dans la prochaine séance, M. Chauffard donnera lecture du rapport sur la révision du règlement.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le scorbut.

DISCUSSION SUR LE SCORBUT

M. LE ROY DE MÉRICOURT reprend et continue son argumentation sur le travail de M. Villemin relatif au scorbut.

De la longue analyse détaillée des nombreux documents qu'il a pu réunir sur la question et de l'examen critique minutieux des faits invoqués par M. Villemin, M. Le Roy de Méricourt est amené à résumer à peu près en ces termes l'ensemble de son argumentation :

Pour nous, dit-il, le scorbut n'appartient pas à la famille des maladies zymotiques avec lesquelles il n'offre pas d'analogies. Les maladies dues à un miasme, à un ferment, ont une période d'incubation approximativement appréciable. C'est sur ce grand fait qu'est basé le système quarantenaire. Une fois que le ferment est introduit dans l'économie, la modification morbide qu'il lui imprime parcourt fatalement ses périodes, lors même que le sujet contaminé n'a fait que traverser le foyer pour aller, au dehors de son action, subir l'évolution de la maladie. La durée de cette évolution est généralement appréciable; un certain nombre de malades, après avoir échappé aux dangers de l'intoxication miasmatique proprement dite, peut succomber plus tard aux conséquences de l'orage qu'il vient de traverser, mais il succombe alors à ce que les Anglais appellent les *requelæ morborum*. Quant aux convalescents proprement dits, ils peuvent revenir à la santé parfaite, même en restant dans le foyer miasmatique. Dans certaines maladies zymotiques une première atteinte confère, à ceux qui ont eu le bonheur de se rétablir, une immunité absolue pour l'avenir ou plus ou moins durable. Dans toutes les maladies zymotiques, depuis l'invasion jusqu'à la période de déclin, l'alimentation des malades est, pour ainsi dire, nulle, elle ne devient réellement possible et efficace que vers l'entrée en convalescence. C'est par semaine ou, plus tôt, mais surtout par mois, qu'il faut compter le temps nécessaire à la production manifeste des phénomènes scorbutiques. Pour que l'économie arrive à ce degré d'étiolement d'abord insensible, augmentant peu à peu chaque jour, il faut un ensemble d'influences complexes toujours appréciables. L'intensité des phénomènes scorbutiques, abstraction faite des résistances individuelles, est directement en rapport avec la somme des influences de nature à porter atteinte à la nutrition. Les sujets qui sont sous l'imminence du scorbut ou qui en sont atteints ont beau se déplacer, la maladie continue à progresser et les causes restent constantes, et particulièrement si l'alimentation demeure défectueuse. Le scorbut n'a pas de durée qu'on puisse limiter. Elle est en rapport avec la persistance des mauvaises conditions hygiéniques. Le scorbut ne marche pas naturellement vers la guérison. Généralement le retour à de bonnes conditions hygiéniques écarte rapidement, quand l'altération de l'économie n'est pas trop profonde, le danger de mort; mais la constitution reste trop longtemps languissante avant de se remettre de l'atteinte qu'elle a subie, comme cela arrive dans l'anémie tropicale par exemple. A moins de désordres très-sérieux du côté de la bouche ou de l'apparition d'accidents ultimes, l'appétit est conservé et l'alimentation est possible. Enfin une première atteinte de scorbut, loin de devenir un bénéfice pour l'avenir, prédispose au contraire à une rechute rapide, si peu de temps après l'amélioration, les mauvaises conditions hygiéniques se reproduisent.

Mais il est une conséquence grave devant laquelle M. Villemin ne peut reculer. S'il est dans le vrai, il faut désormais inscrire le scorbut au nombre des maladies dont il faut préserver les populations par des mesures quarantenaires. Comment concilier cette difficulté de disséminer les scorbutiques, puisqu'il suffit qu'ils sortent du foyer pour qu'ils guérissent, avec les dangers qu'entraîne la dispersion de malades porteurs de germes infectieux, au milieu de populations indemnes? Comment appliquer cette mesure, si nécessaire aux populations atteintes dans leurs propres habitations? Irez-vous ouvrir les portes des maisons de détention? Allez-vous licencier les régiments; débarquer à la première relâche les déportés passagers ?

Mais si les scorbutiques, devenus foyers miasmatiques ambulants, sont transportés d'un local infecté dans un hôpital, un lazaret, le but est manqué, le foyer est reconstitué, il n'a fait que changer de place.

Voilà donc de malheureux soldats, de pauvres matelots qui, pendant une campagne, ont souffert des fatigues excessives, des privations exténuantes et continuelles, considérés comme des pestiférés. Il leur faudra, au lieu de rentrer en convalescence dans leur famille, attendre tristement dans une salle spéciale d'un hôpital qu'ils ne soient plus une cause de dangers pour leurs semblables.

Il n'y a pas de limites possibles à assigner à ces mesures quarantenaires, puisque cette prétendue maladie infectio-contagieuse est essentiellement chronique de sa nature. Ce qu'il y a de plus triste encore, c'est que ces mesures porteront uniquement sur les catégories les plus nombreuses et aussi les plus défavorisées, sur les pauvres, les simples soldats ou marins. Les gens aisés, les officiers, n'auront rien à redouter, le miasme facteur vénéneux et essentiel de cette maladie ne les atteint pas. Ils peuvent aller en liberté, ils peuvent rentrer dans la vie privée, le miasme les respecte.

Après avoir cherché à démontrer que le scorbut ne peut être une maladie zymotique, M. Le Roy de Méricourt se croit obligé de combattre encore M. Villemin sur le terrain de la contagiosité. Il reprend à ce point de vue plusieurs des faits maritimes invoqués par M. Vilmin en faveur de sa doctrine, et il s'attache à montrer qu'ils ne prouvent pas ce qu'on a voulu leur faire prouver.

Dans toute notre carrière, ajoute M. Le Roy de Méricourt, nous n'avons ni vu ni entendu citer un seul fait susceptible d'être interprêté en faveur de l'infecto-contagion. Il ne croit pas avoir à s'arrêter longtemps à discuter l'existence de prétendus foyers scorbutiques primitifs, que M. Villemin localiserait dans les parages septentrionaux. C'est une pure hypothèse...

M. Le Roy de Méricourt discute ensuite les analogies que M. Villemin cherche à établir entre le typhus et le scorbut, et il s'explique difficilement comment son collègue a pu parvenir à marier ensemble le miasme humain d'où dérive le typhus et le miasme pélagique, etc.

Arrivant aux conséquences pratiques qui découlent de cette longue discussion, M. Le Roy de Méricourt les formule en ces termes :

Ces conséquences pratiques, dit-il, sont notablement différentes suivant que l'on donnera gain de cause à l'une ou à l'autre des deux doctrines mises en présence.

Le scorbut est-il une maladie zymotique et infectio-contagieuse? Dans l'affirmative, M. Villemin nous l'avoue lui-même, il n'y a pas même à recommander une nourriture substantielle, variée, une habitation hygiénique et tous les moyens qui s'opposent à la détérioration de l'économie. Nous n'avons pas mieux contre le typhus, le choléra, la fièvre jaune. Ce sont là les prescriptions banales de l'hygiène !

Il n'est pas nécessaire alors que les gouvernements s'imposent de lourdes dépenses pour assurer des vivres frais à leurs troupes de terre et de mer; le *lime juice* (jus de citron) est inutile, c'est une illusion; la ration dite de campagne, les salaisons, les conserves de viande, les légumes pressés, desséchés, pourvus qu'ils soient de bonne qualité et en quantité suffisante répondent à tous les besoins de la nutrition. L'eau de végétation ne signifie rien; les scorbutiques n'ont pas besoin de rechercher avec tant d'avidité les fruits et les légumes verts; qu'ils recueillent des salades, du cresson ou de petits cailloux, c'est absolument la même chose pour M. Villemin.

Nous croyons que notre savant collègue M. Fauvel serait fort embarrassé s'il avait à rédiger un règlement quarantenaire, qui permît à la fois de disséminer, le plus tôt possible, les scorbutiques et de se prémunir contre les chances possibles de la formation de nouveaux foyers.

Que dirait la presse médicale anglaise en apprenant ces nouvelles dispositions, elle qui a si rudement traité l'administration de la marine française quand elle a su que, plusieurs fois, le scorbut avait sévi à bord de nos transports, accomplissant de pénibles missions qui imposent de dures exigences, dont il faut savoir tenir compte.

Pour nous qui, avec la généralité pour ne pas dire l'unanimité des médecins de notre époque, ne partageons pas la doctrine fataliste de M. Villemin, le scorbut est une *maladie de nutrition;* elle se range naturellement à côté de la chlorose et de l'anémie, par conséquent elle n'est ni miasmatique, ni transmissible; elle ne relève d'aucune inconnue. La prophylaxie consiste à maintenir les populations, les corps d'armée, les équipages dans les meilleures conditions possibles, compatibles avec les nécessités sociales et les exigences du service.

Il est surtout nécessaire d'assurer l'approvisionnement de denrées fraîches aussi *vivantes* que possible. Les administrations doivent s'imposer des sacrifices onéreux ponr garantir une ration suffisante de légumes cuits à l'ordinaire de troupes, une ration quotidienne de *lime juice* aux équipages pendant les campagnes de long cours.

Si, malgré toute la vigilance possible, si au dépit des prévisions les plus sages, la maladie se manifeste, il faut disséminer les malades, non pas uniquement dans le but de les faire sortir d'un foyer imaginaire, mais bien pour pouvoir les placer dans les conditions d'un bien-être indispensable à leur rétablissement.

Il n'y a pas de lazaret à ouvrir, pas de service d'hôpital spécial à constituer; le scorbutique pour nous n'est pas un pestiféré, c'est *un étiolé.* Donnez-lui un bon gîte, du repos, une bonne table, il revient à la santé comme une plante flétrie renaît quand on lui rend la lumière et la rosée.

Telles sont nos convictions; nous serons heureux si elles sont partagées par l'Académie. Nous serions encore plus heureux si nous avions pu réussir à modifier celles de notre honoré et cher collègue M. Villemin, qui, comme nous, n'a poursuivi qu'un seul but, la vérité dans la science. (Applaudissements.)

M. VILLEMIN s'inscrit pour répondre à l'argumentation de M. Le Roy de Méricourt. Mais comme il est présumable que d'autres membres s'inscriront pour prendre part à cette discussion, il réserve son tour de parole.

LECTURE

M. PERSONNE donne lecture d'un travail intitulé: *Essai du titrage de l'iodure de potassium à l'aide de liqueurs titrées.*

La séance est levée à cinq heures un quart.

CORRESPONDANCE

A M. le docteur Le Sourd, directeur de la GAZETTE DES HOPITAUX.

Lamotte, 21 octobre 1874.

Monsieur le Directeur,

La lettre de M. le docteur Masse sur le tænia me rappelle une observation semblable que je me fais un devoir de vous communiquer.

Il y a environ deux ans et demi J.-B. G..., de Homel, près Corbie, me consulte en me demandant simplement une ordonnance pour faire jeter, disait-il, des vers qu'il rendait souvent par l'anus d'une façon très-inquiétante, vu leur forme et leur longueur. Après l'avoir questionné je reconnus la présence d'un tænia chez cet homme qui, cependant, n'a ressenti aucun effet fâcheux pour sa santé. Je lui conseillai donc l'écorce de racine de grenadier et l'huile de ricin, en le priant de ne point tarder à prendre ce médicament. Ce malade fit bien revenir l'ordonnance chez lui, mais comme il ne se trouvait pas malade, que sa santé se maintenait en bon état, et qu'en un mot il ne souffrait pas, il différait toujours à prendre le ténifuge, malgré mes instances. Lorsque le 10 avril dernier il me fit appeler en me prévenant qu'il avait rendu, après avoir pris le médicament, un paquet de vers de près de 80 mètres de longueur.

Je n'y croyais point, mais je me rendis cependant près du malade, qui était très-effrayé à la vue de ce qu'il avait rendu. Il est évident que ce paquet de tænias entrelacés et remplissant un grand vase était effrayant à voir. Je me mis à dévider cette masse, et, après bien de la peine, et après avoir cassé plusieurs fois le ver pour pouvoir le mesurer et le conserver, j'eus une longueur de 51 mètres 75 centimètres, et je reconnus quatre extrémités céphaliques.

Je rassurai mon malade et lui enjoignis de reprendre le lendemain une seconde dose d'écorce de racine de grenadier, suivie d'un purgatif à l'huile de ricin; mais il ne rendit plus rien depuis ce jour, et sa santé est toujours dans le même état, son embonpoint n'a pas augmenté.

C'est à la première évacuation qu'il rendit le paquet de vers, malgré le peu de *fraîcheur* de l'écorce de racine de grenadier, qu'il avait chez lui depuis deux ans.

J'ai pensé qu'il était bon de rapporter ce fait, et je conserve ces tænias dans l'alcool pour les envoyer à l'école de médecine d'Amiens.

Veuillez agréer, etc.

A. DECOIN,
médecin de la Motte en Santerre.

Vezeley (Yonne), 25 octobre 1874.

Monsieur le rédacteur,

Désirant quitter la localité que j'habite et où je laisserai une fort belle clientèle, je vous serai obligé de vouloir bien en faire, dans votre estimable feuille, l'annonce que vous faites d'habitude en pareille occurrence. Je ne veux pas céder ma clientèle moyennant rétribution, mais purement et simplement l'abandonner à un jeune confrère, dans le double but d'obliger un confrère et une clientèle très-étendue.

Pour les renseignements, on pourra s'adresser à moi.

Vezelay est chef-lieu de canton, et la clientèle des environs est très-importante. Un médecin y fera la première année au moins, au minimum, 6,000 francs.

Agréez, etc. Dr HIRTZ.

P. S. — La clientèle est à prendre immédiatement; des raisons de convenances personnelles me déterminent à quitter prochainement.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

339. Chossat. Des conditions pathogéniques des œdèmes.
340. Desmons. Etude sur l'établissement thermo-minéral de Saint-Amand-les-Eaux (Nord).
341. Fabre. Quelques considérations sur la simulation en général dans l'armée et sur celle de l'incontinence d'urine en particulier.
342. Perrin. De l'aptitude militaire.
343. Paul. Quelques considérations sur la rupture du canal de l'urèthre dans la blennorrhagie.
344. Bacchi. Contribution à l'étude de l'étiologie de la scléro-choroïdite postérieur.
345. Philbert. Du traitement de l'obésité et de la polysarcie.
346. Pignerol. De l'ablation des tumeurs érectiles par l'anse galvanocaustique.
347. Tissier. De la latence en médecine.
348. Bonnefoy. Des troubles de la vision dans l'hystérie.
349. Delfosse. Etude sur les lésions concomitantes du spina-bifida.
350. Vincendon. Quelques considérations sur le traitement du mal vertébral de Pott.
351. Mougeot. Pseudo-étranglement causé par des adhérences de l'intestin hernié.

352. Nicomède. De l'influence de la déclivité sur les causes et le traitement des maladies internes.
353. Grand. De l'hygiène de la vue dans les travaux appliqués.
354. Lansac. Quelques considérations sur les hernies graisseuses.
355. Castanié. De l'érosion ou des altérations des dents permanentes à la suite des maladies de l'enfance.
356. Labat. Les lipômes buccaux.
357. Bermond. Etude sur la lithotritie périnéale.
358. Thirault. Du phlegmon et abcès des fosses iliaques (suites de couches).
359. Lestage. Recherches expérimentales et cliniques sur quelques préparations de phosphate de chaux.
360. Veyret. Hygiène à bord d'un navire d'émigrants.
361. Yancoloff. De l'érythème noueux.
362. Bachet. Contributions à l'étude de la polydipsie.
363. Gazin. De l'alcool dans les pneumonies adynamiques.
364. Calmels. Du cancer de l'utérus dans ses rapports avec la conception, la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.
365. Sourroulle. Trois ans en Cochinchine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine d'Alger. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira le 18 janvier 1875. Ce concours aura lieu suivant les prescriptions réglementaires du décret du 4 février dernier.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole de médecine, à Alger, du 1er novembre 1874 au 1er janvier 1875, délai de rigueur, et déposer entre les mains du secrétaire, leur acte de naissance, leurs diplômes, l'indication de leurs titres universitaires, et, s'il y a lieu, un exemplaire au moins des publications scientifiques dont ils sont auteurs.

Ils devront justifier en même temps de leur qualité de Français et du grade de docteur en médecine obtenu en France.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours pour les places de premier interne à l'hôpital Saint-André, vient de se terminer après de très-brillantes épreuves, par la nomination de M. L. Testut, interne de troisième année.

— *Hospices de Marseille.* — Le mardi, 15 décembre 1874, à trois heures du soir, il sera ouvert, à l'hôtel-Dieu, un concours public pour cinq places d'élèves externes. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à Marseille, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Les élèves nommés entreront en exercice au 1er janvier 1875. — La fin de leur exercice est fixée au 31 décembre 1877. — Le traitement des élèves externes est fixé à 300 francs par an. — Les jours où ils sont de garde, les élèves sont nourris dans l'établissement.

Les candidats prendront connaissance, au secrétariat de la commission administrative, du règlement sur le service de santé; ils seront tenus, en cas de nomination, de se conformer à toutes ses dispositions, en ce qui les concerne, et aux modifications qni pourraient y être apportées.

— *Hôpital des Enfants malades.* — M. le docteur Bouchut reprendra son cours de clinique des maladies de l'enfance, le mardi 3 novembre, à huit heures et demie (semestre d'hiver).

— *Hôpital de la Charité* (clinique chirurgicale). — M. le professeur Gosselin reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité, le mardi 3 novembre 1874, à huit heures du matin, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveaux Éléments de pathologie générale et de séméiologie, comprenant la nature de l'homme, l'histoire générale de la maladie, les différentes classes de maladies, l'anatomie pathologique générale et l'histologie pathologique, le pronostic, la thérapeutique générale, les éléments du diagnostic par l'étude des symptômes et l'emploi des moyens physiques. Auscultation, percussion, cérébroscopie, laryngoscopie, microscopie, chimie pathologique, spirométrie, etc., par E. Bouchut, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants malades, etc. — Troisième édition, revue, corrigée et augmentée. — 1 beau vol. gr. in-8° de x-1312 pages, avec avec 300 figures. Cartonné. — Prix : 20 francs. — Paris, 1874, J. B. Baillière et fils.

Pathologie et clinique chirurgicales, contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire de bandages et d'embaumement, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, A. Delahaye.

Des aliénés et des asiles d'aliénés, par le docteur Jules Dagron, directeur médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine (Ville-Évrard). — 1 vol. in-8°, avec plan de l'asile de Ville-Evrard. — Prix : 4 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Choléra et cimetières, par le docteur Davreux. — In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Étude sur la lithotritie périnéale, par le docteur A. Bermend. — In-8°. — Prix : 1 fr. 75. — Paris, Adrien Delahaye.

Études d'hématologie pathologique basées sur l'extraction des gaz du sang (variations de capacité pour l'oxygène par le globule sanguin), par le docteur Ligerot. — In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

L'Anasarque, suite de rétention d'urine, par le docteur Davreux. — In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Les Cinq Examens de médecine, envente chez Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Pemphigus aigu simple des nouveau-nés.

L'histoire du pemphigus des nouveau-nés, bien qu'elle remonte à la plus haute antiquité, comme celle de tant d'autres maladies, est encore loin d'être complète et éclairée dans tous ses points. Dans un mémoire sur ce sujet couronné par l'Académie de médecine en 1863, et qui peut passer encore pour l'expression assez exacte de la science sur ce point, MM. A. Ollivier et L. Ranvier résumaient ainsi les opinions professées jusqu'à cette époque sur la nature du pemphigus des nouveau-nés, en les répartissant dans les trois groupes suivants :

1° Le pemphigus est toujours une manifestation de la syphilis ;

2° Le pemphigus est seulement l'expression d'une cachexie ;

3° Le pemphigus est tantôt un signe de syphilis héréditaire, tantôt le résultat d'une cachexie.

Étudiant ensuite eux-mêmes les diverses espèces et variétés de pemphigus, ils concluaient à leur tour en ces termes :

Il existe deux espèces de pemphigus : la première simple, non spécifique, comprenant deux variétés, l'une fébrile, l'autre non fébrile ; la seconde ayant surtout pour siége les extrémités et étant toujours syphilitique.

Le diagnostic différentiel des deux espèces de pemphigus s'établit par des signes relatifs au siége, à la confluence des bulles, à la rougeur de l'auréole et à la nature du contenu, etc.

Le pronostic du pemphigus simple est toujours favorable, celui du pemphigus spécifique très-grave, etc.

L'année dernière, dix ans plus tard, M. J. Simon communiquait à la Société médicale des hôpitaux une observation sur un cas de pemphigus aigu simple, bénin, chez un nouveau-né, empreint de caractères non équivoques qui permettaient de le distinguer parfaitement du pemphigus syphilitique et du pemphigus cachectique. M. Simon ne donnait pas d'ailleurs ce fait comme inconnu, mais simplement comme rare. Quelques-uns des membres présents, entre autres M. Moissennet et M. Lailler, rappelaient, en effet, à cette occasion avoir observé chacun un exemple semblable.

Ajoutons que, dans quelques traités classiques, notamment dans le *Cours de pathologie interne* de M. E. Gintrac, dans la *Clinique des maladies des enfants* de Valleix, et pour remonter plus haut, dans la thèse inaugurale de Dugès, sur les maladies des enfants nouveau-nés, il est fait mention de faits dans lesquels on a vu se développer des bulles de pemphigus chez des nouveau-nés, qui étaient manifestement étrangères à toute influence syphilitique et qui ne portaient aucune atteinte sérieuse à la vie et à la santé des enfants.

Enfin, bien que généralement sporadique, le pemphigus des nouveau-nés est indiqué dans le travail de MM. Ollivier et Ranvier comme susceptible de se montrer épidémiquement.

On voit, en résumé, prédominer d'abord l'opinion que le pemphigus des enfants nouveau-nés est toujours d'origine syphilitique ou cachectique ; puis des faits nouveaux et mieux observés se produisant, on est conduit à admettre une variété de pemphigus aigu simple et bénin. Voici venir maintenant un nouveau fait, dont M. Besnier a donné communication à la Société médicale des hôpitaux dans son dernier rapport sur les maladies régnantes, et qui va montrer que cette maladie n'est pas toujours bénigne et qu'elle peut se terminer par la mort, qu'elle peut non-seulement régner épidémiquement, mais qu'elle doit être considérée désormais comme contagieuse, — ce qui avait été avancé déjà par quelques auteurs, mais d'une manière dubitative. — Nous allons voir enfin M. Besnier, à l'occasion de ce fait, se demander s'il s'agit dans ces cas, qui sont d'ailleurs parfaitement identiques à l'état épidémique ou à l'état sporadique, véritablement d'un pemphigus, d'une affection nouvelle à déterminer ou d'une forme de varicelle empruntant son intensité ou sa gravité, soit à l'état de puerpéralité de l'enfance, soit à la qualité de nouveau-né.

Avant de nous engager, avec le savant rapporteur de la commission des maladies régnantes, dans l'étude de cette délicate et difficile question de nosologie, nous allons rapporter d'abord l'histoire de la petite épidémie qui en a été le sujet.

Epidémie de pemphigus simple des nouveau-nés observée à l'hôpital de la Charité.

Pendant les mois de juillet, août et septembre dernier, il a régné dans les salles d'accouchement de la Charité une petite épidémie qui a sévi sur les enfants nouveau-nés et qui a été étudiée avec un grand soin par M. Homolle, interne de ce service. Voici en quels termes cet élève distingué des hôpitaux

a décrit cette épidémie dans une relation qu'il a adressée à M. Besnier pour son rapport trimestriel :

L'épidémie en question a débuté au commencement de juillet; elle a atteint son maximum d'intensité au mois d'août et s'est terminée vers le milieu de septembre.

Du troisième au sixième jour après la naissance, il apparaissait sur le corps des petits enfants une poussée de bulles, quelquefois unique ; dans d'autres cas, suivie d'autres poussées successives, qui duraient deux semaines et même davantage.

A son degré le plus simple, l'éruption ne consistait qu'en une seule bulle hémisphérique, du volume d'un demi-pois, remplie d'un liquide citrin, limpide et entourée d'un limbe inflammatoire. Lorsque cette bulle venait à se rompre, elle se recouvrait d'une croûte brunâtre, mince.

Chez quelques enfants les bulles multiples, petites, avaient presque l'apparence d'une varicelloïde. On voyait quelquefois sur divers points du corps de larges surfaces exulcérées, ayant l'aspect d'un vésicatoire.

L'état général chez le plus grand nombre des enfants ne paraissait avoir subi aucune atteinte. Il n'y avait ni vomissement, ni diarrhée, ni changement appréciable dans les urines.

Chez cinq ou six petits malades l'éruption était compliquée d'une ophthalmie catarrhale.

Un seul de ces enfants a succombé. En moins de vingt-quatre heures l'épiderme s'était soulevé en larges phlyctènes tout autour des lèvres, sur la plus grande partie du tronc et des extrémités inférieures. Au moment de la mort, vingt-quatre heures environ après le début de l'éruption, le derme était dénudé sur presque toute la surface du corps. La mort eût lieu sans avoir été précédée de convulsions, ni de diarrhée.

L'autopsie a donné des résultats à peu près négatifs. Le derme avait conservé une rougeur assez vive dans toute son épaisseur. Le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire était infiltré. Telles sont les seules particularités constatées.

M. Homolle est très-sobre sur la question du mode de propagation du pemphigus dans cette épidémie. Les inoculations ne lui ont rien donné de positif. Un fait cependant lui a paru indiquer que la contagion avait pu avoir une part dans la transmission : deux mères dont les enfants étaient atteints de l'éruption ont présenté chacune un petit nombre de bulles à la face.

Voici quelques renseignements complémentaires importants et qui sont de nature à donner à cette épidémie son véritable caractère.

Pendant toute la durée de cette épidémie il n'y a pas eu de cas de varicelle dans la salle. Dans les cas mêmes où les bulles de pemphigus ont été les plus petites, varicelloïdes, leur contenu a toujours été citrin un peu foncé (sans ictère) et bien distinct de la sérosité limpide de la varicelle.

L'éruption s'est montrée sur presque tous les points du corps, sauf la paume des mains et la plante des pieds. Le plus fréquemment les bulles occupaient le cou, le tronc, les fesses; c'est au cou et sur le tronc qu'elles atteignaient les plus grandes dimensions.

Elles se sont montrées aussi au visage (jamais aux bords palpébraux, même chez les enfants atteints d'ophthalmie catarrhale). Aux doigts et aux orteils les bulles affectaient parfois le caractère des tournioles.

Les jours d'apparition des premières bulles ont été le troisième, quatrième et surtout le cinquième après la naissance.

Sur l'une des femmes qui ont eu des pemphigus autour des lèvres, la première bulle a paru huit jours pleins après le début de l'éruption chez son enfant.

La plus longue durée de la période éruptive a été de seize jours. A partir de ce jour il faut encore compter une huitaine pour la dessiccation des dernières bulles.

Un certain nombre d'enfants sont partis ayant encore des poussées récentes de pemphigus, de sorte que la durée totale de l'éruption n'a pu le plus souvent être déterminée.

M. Besnier, à l'occasion de cette relation, a rappelé plusieurs épidémies analogues, entre autres celle qui a été observée par Robert Barnes, à Londres, en 1850 et 1851, et qui avait consisté également en une éruption bulleuse, développée chez des nouveau-nés, sans état cachectique, et dont la terminaison avait été constamment heureuse. Il croit pouvoir rapporter aussi à une affection du même genre l'épidémie de varicelle à grosses bulles observée, en 1842, à l'hôpital Necker, par Trousseau, et celle que ce professeur a décrite, quelques années plus tard, sous le nom de varicelle pemphigoïde.

M. Besnier, tout en reconnaissant que la question est encore très-obscure et très-litigieuse, n'en donne pas moins son opinion comme à peu près faite sur ce point. Pour lui, le pemphigus aigu des nouveau-nés serait ainsi caractérisé cliniquement par le développement, avec ou sans fièvre, et peu de jours après la naissance, sur des enfants bien portants et vigoureux aussi bien que sur des petits malades, de bulles qui peuvent être solitaires ou très-nombreuses, isolées les unes des autres, précédées, entourées, ou s'entourant secondairement de rougeur érythémateuse, pouvant avoir leur siége sur tous les points du tégument cutané, à l'exception de la paume des mains et de la plante des pieds ; bulles qui évolueraient par poussées comme le pemphigus vulgaire, ou les varicelles à poussées multiples.

L'évolution, la rupture et la dessiccation des bulles seraient tout à fait comparables à celle des varicelles intenses ou du *pemphigus levissimum*.

La durée totale de la maladie a varié d'un septénaire à trois ou quatre et peut-être plus.

Exceptionnellement l'éruption s'est montrée assez considérable, en elle-même, pour devenir une cause de mort.

Ce qui ressort bien manifestement de la discussion à laquelle s'est livré M. Besnier à ce sujet, c'est la distinction nettement établie par ce nouvel exemple entre le pemphigus aigu simple des nouveau-nés et le pemphigus syphilitique. Il ressort, en outre, de la relation de l'épidémie de la Charité, que le pronostic de cette affection, considéré par les auteurs qui l'ont reconnue et admise, comme généralement bénin, n'est pas absolument aussi bénin qu'on l'a cru.

Reste à élucider la question des rapports du pemphigus aigu simple, fébrile, avec certaines formes de varicelle, que dans de certaines limites et à certains points de contact il paraît difficile de différencier catégoriquement l'une de l'autre comme espèces morbides distinctes.

Dr Brochin.

DE L'ABUS DE LA DIGITALE

Par le docteur Duroziez.

La digitale est si fréquemment employée sous toutes les formes, dans tous les pays, par tous les médecins, dans toutes les maladies, qu'on trouve à chaque instant l'occasion d'apprécier les quelques bons services qu'elle peut rendre et le mal qu'elle fait trop souvent.

C'est un poison énergique qui tue rapidement ou lentement.

Jamais la moindre quantité de digitale ne doit être prescrite si l'on ne doit, jour par jour, se rendre compte de l'effet produit. Ja-

mais aucune préparation de digitale ne doit être ordonnée sans être parfaitement connue et dosée. Il n'en est pas toujours ainsi. On fait prendre de la tisane de digitale sans fixer la quantité de feuilles ou de poudre; on compte sur des formulaires qui indiquent les doses les plus variées et en général beaucoup trop fortes.

Un agenda que beaucoup de nous ont entre les mains donne la dose de 5 grammes pour 1,000.

Dorvault indique la même dose. Je propose 0,20, et même 0,10, et même 0,05 si la poudre est bonne; car c'est cette inégalité d'action des feuilles qui rend en partie la digitale si trompeuse; les Anglais l'ont bien nommée *fox glove*.

Pour la teinture alcoolique, tantôt on la prescrit par gouttes, tantôt par grammes sans savoir le nombre de gouttes contenues dans un gramme; un gramme peut contenir 35, 40, 47 gouttes. Le Codex indique 60 gouttes au gramme.

Et les vins diurétiques, la source de tous les maux! On emploie indifféremment le vin de la Charité et le vin de l'Hôtel-Dieu, ou vin de Trousseau, présent le plus funeste : le premier est innocent, le second tue.

Sans doute, il est peu important de confondre les macérations et les infusions, mais souvent on ne peut démêler dans les observations si l'on a filtré le liquide; il n'est pas indifférent que la poudre reste ou sorte.

La digitale est dangereuse, qu'elle soit prise à hautes doses, à moyennes ou à faibles doses.

Le bruit a couru que Quévenne avait fini par compromettre sa santé et s'était intoxiqué jusqu'à la mort en faisant ses expériences et ses essais de digitale. Ce serait un illustre exemple de la forme chronique qui en compte beaucoup de plus vulgaires. Ce bruit m'a été rapporté par un de nos éminents collègues, et une religieuse de la Charité en a eu connaissance.

Je citerai un cas, selon moi, d'empoisonnement aigu, selon l'auteur, de rhumatisme cérébral. Qu'il me soit permis, une fois pour toutes, de ne pas dire les noms: cela me donnera peut-être la facilité de me cacher moi-même. La science est ici seule en jeu, l'attaque serait ridicule.

Je puise les faits dans une thèse sur la digitale. Dans une première observation, affaissement qui va en augmentant, lenteur dans les réponses, céphalalgie très-intense, insomnie. Dans une deuxième, abattement, somnolence, insomnie. Dans une troisième, céphalalgie, trouble de la vue. Dans une quatrième, intermittences, céphalalgie, vertiges, obscurcissement de la vue, diplopie, malaise général; on cesse la digitale. Trois jours après, délire dans la journée, le malade ne retrouve plus son lit, perte de mémoire, agitation, puis délire la nuit; le malade court dans la salle sans motif. Dans une cinquième, pouls irrégulier, soubresauts de tendons. Dans une sixième et une septième, pouls très-irrégulier. Dans une huitième, un peu de subdelirium, hallucinations. Tous ces malades ont guéri, mais la digitale se reconnaît bien. N'en est-il pas de même dans cette observation à laquelle nous voulions venir ?

Après la première dose de 1 gramme de poudre, nuit très-agitée, insomnie, délire; après la seconde dose, les accidents cérébraux augmentent, agitation continuelle, délire; le malade ne répond pas; pâleur du visage : on continue la digitale. État comateux; délire calme, phrases incohérentes : on continue. Vomissements; encore du délire : on supprime la digitale; encore des vomissements. Le lendemain, oppression, un peu de stupeur; le surlendemain, délire, soubresauts de tendons. Le quatrième jour, mort.

Ne retrouve-t-on pas ici, aggravés, les accidents notés dans les observations précédentes? La digitale s'est ajoutée à la prédisposition.

Souvent nous méconnaissons la présence de la digitale dans les états qui sont sous nos yeux.

Je me rappelle un malade qui présentait un rhythme singulier des bruits normaux et anormaux du cœur, qui avait des vomissements; on avait dû l'attacher, il ne cessait de parler et de délirer; il avait donné, disait-il, des bains à toute l'Europe (il était à ce moment dans un bain de sueur); la figure était pâle. Je ne m'expliquais pas bien alors ce qu'avait cet individu; je suis sûr aujourd'hui qu'il prenait de la digitale, et je n'ai pas tardé à voir son autopsie.

Un individu pâle a un étouffement subit avec sueurs froides plusieurs jours de suite, à la même heure; il a le pouls géminé, de la névralgie intercosto-brachiale; la digitale passe par là.

Une femme à teinte jaunâtre, dans la prostration, avec le pouls faible à 32, 36, se sent pousser pendant la nuit par des bœufs noirs; voit sur son lit marcher des araignées, ramper des serpents, n'est-il pas certain qu'elle est intoxiquée par la digitale?

On note chez un individu de la diarrhée, de la dyspnée, du subdélirium nocturne qui vont chaque jour se prononçant davantage, l'appétit disparaît, la température subit un abaissement remarquable, le pouls très-petit est à 100; viennent les vomissements. Bientôt la température descend jusqu'à 36°, le pouls prend une lenteur excessive; les vomissements sont remplacés par un hoquet persistant; le pouls devient irrégulier, inégal, dépressible; coma, mort. Or cet individu prend pendant longtemps de hautes doses de teinture. Quelle que soit la maladie, je puis dire que la digitale a sa part, et peut-être la mauvaise.

On ne se méfie pas des doses que l'on emploie; dans aucun des cas précédents on ne pensait à la digitale. Il est absolument nécessaire dans les observations de donner trop de détails sur les préparations et les quantités employées. Il faut aussi prendre bien garde quand on traduit des œuvres étrangères.

Dans les *Archives générales de médecine* pour 1857, je lis un mémoire *traduit* : *De l'action de la digitale sur l'utérus*, par le docteur W. Hawship Dickinson. Dans une première observation, il est dit qu'on donne une demi-once (16 grammes) de digitale en infusion, trois fois dans la journée et trois jours de suite. Comment admettre qu'une malade épuisée pourra supporter une once et demie de digitale par jour? Mais, dans une deuxième observation, il n'est plus question que d'une once d'infusion de digitale dans une once d'eau, trois fois par jour. Il ne s'agit plus que de savoir quelle est la composition anglaise de l'infusion de digitale. Dickinson n'a jamais donné 45 grammes de feuilles en infusion par jour. Eh bien, un médecin éminent, abusé par une traduction et trop confiant, fait prendre 15 grammes en infusion. On nous dit que la femme fut prise de vomissements et de syncope, qui ne laissèrent pas tout d'abord que d'inquiéter. Notre collègue, qui a assisté à l'administration du remède, conseille, 15 centigrammes en trois fois; il a raison. Heureusement pour la femme et le médecin les vomissements habituels en pareil cas ont empêché l'intoxication. C'est sur cette traduction erronée que tous les traités de thérapeutique se sont appuyés pour dire que les médecins anglais recommandaient la poudre de digitale à la dose de 15 grammes dans la métrorrhagie.

Je lis dans un article de dictionnaire, où pourtant on recommande bien de n'employer la digitale qu'à faible dose, qu'on peut prescrire le vin diurétique de l'Hôtel-Dieu ou vin de Trousseau à la dose de 50 ou 150 grammes par jour. C'est là une dose toxique. On a confondu le vin de la Charité avec celui de l'Hôtel-Dieu, méprise extrêmement dangereuse commise tous les jours. Le vin de Trousseau, qui contient beaucoup de digitale, ne doit être employé qu'à la dose de 10 ou 20 grammes.

La teinture de digitale à hautes doses a été employée avec succès dans le *delirium tremens*. Le docteur Jones, de Jersey, n'a perdu qu'un malade sur soixante-sept. Pourtant le docteur Loughnan m'a dit avoir vu à Londres, entre autres résultats malheureux, un individu atteint de *delirium tremens* prendre 15 grammes de teinture, s'affaisser et ne pas se relever. Dans un certain nombre de cas heureux, la digitale provoque des vomissements abondants qui empêchent l'intoxication de se produire, et probablement il y a dans le *delirium tremens* des conditions particulières qui permettent la tolérance de ces énormes doses. Notre collègue le docteur Voisin a assisté à l'administration de la teinture à haute dose prescrite par M. Chauffard dans le service de M. Bouillaud. Les réflexions qu'il fait dans le *Bulletin de thérapeutique* ne dénotent pas une confiance absolue dans la bonté du procédé. Je n'en dirai pas davantage, n'ayant vu que ce dernier cas qui ne m'avait pas laissé une impression très-favorable.

Ce ne sont pas seulement les résultats immédiats qui sont à redouter, ce sont aussi les états chroniques. La digitale ne peut-elle pas provoquer du côté des reins des lésions qui laisseront de moins en moins les urines couler? La puissance diurétique de la digitale,

comme beaucoup d'autres, s'épuise vite lorsqu'elle est abusive; il est important d'arriver le premier.

La digitale produit souvent l'anorexie, et du côté des intestins il nous a paru parfois se développer pendant ou après l'attaque du poison, puisqu'il faut l'appeler par son nom, des accidents qui ressemblaient singulièrement à la fièvre typhoïde.

Les palpitations, les irrégularités du pouls, les oppressions, les névralgies de toutes sortes lancées derrière elle, comme le trait du Parthe, par la digitale, ne sont pas rares.

J'ai vu plus d'une fois de mauvais états du poumon et des plèvres qu'il était tout aussi raisonnable d'attribuer à la digitale qu'à la constitution même de la maladie. Homolle a eu des crachats pneumoniques à la suite d'une intoxication aiguë.

Y a-t-il des folies chroniques du ressort de la digitale? C'est à étudier. Mais il y aurait peut-être pour les oculistes un sujet d'études dans les amauroses indélébiles laissées par notre ennemi.

Les accidents digitaliques sont extrêmement variés et offrent à l'observateur curieux une mine inépuisable de réflexions et d'études.

Pour la digitale, comme pour le plomb, on n'a jamais fini.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 octobre 1874. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine de la semaine.

M. Larrey offre : 1° de la part du docteur Chenu : *Aperçu historique, statistique et clinique sur le service des ambulances et des hôpitaux de la Société française de secours aux blessés ;*

2° De la part du docteur L. Leclerc : *Albucasis, son œuvre pour la première fois reconstituée ;*

3° De la part du docteur Constant Infernet : *Quelques réflexions sur quatre cas d'éléphantiasis du scrotum ;*

4° De la part du docteur Dumont (de Porto-Rico), deux travaux manuscrits : *Observation d'un cas d'oschiotomie chez la femme. — Lettre sur les calculs prostatiques et sur la piqûre anatomique.* (Rapporteur : M. Horteloup);

5° De la part du docteur Castorani : *Mémoire sur l'extraction linéaire externe simple et combinée de la cataracte :*

6° De la part du docteur O. Lecomte : *Essai de physiologie mécanique du mouvement de la main.*

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

M. de Saint-Germain. J'ai demandé la parole à propos du procès-verbal, bien moins pour critiquer le rapport de M. Dubrueil, dont je partage en tout point les appréciations et les conclusions, que pour discuter quelques affirmations émises dans la dernière séance, et qui m'ont paru en complète opposition avec ce que j'ai pu voir à l'hôpital des Enfants-Malades.

Depuis bientôt deux ans chargé de ce service, et considérant l'orthopédie comme une des branches les plus importantes d'un service de chirurgie d'enfants, j'ai cherché, en établissant une consultation hebdomadaire spéciale, à réunir le plus de faits possible, afin de pouvoir en tirer quelques conséquences pratiques.

J'ai pu, de la sorte, soigner un nombre assez considérable de scolioses pour qu'il dépasse le chiffre de 100, et voici les quelques points sur lesquels je veux insister.

Je ne reviendrai point sur l'étiologie. Les opinions les plus diverses se sont fait jour à ce sujet, et je me rangerais volontiers du côté de M. Trélat, lorsqu'il affirmait qu'après une étude approfondie du sujet, il était arrivé à cette conclusion que, ce que l'on savait le mieux, c'est que l'on savait peu de chose. Comment, en effet, affirmer quelque chose de positif au milieu d'opinions telles que le développement incomplet des vertèbres, le relâchement des ligaments, l'exagération des courbures normales, les contractures ou l'atrophie de tel ou tel groupe musculaire? Toutes opinions défendues ou attaquées par tels ou tels auteurs avec plus ou moins de bonnes raisons pour ou contre, j'abandonne donc l'étiologie et j'arrive au côté pratique.

J'avoue que, vu le nombre relativement considérable de scoliosiques observés par moi, je n'ai jamais vu ceux que M. Trélat nous a dépeints dans la dernière séance, scoliosiques intermittents se présentant d'abord droits à leur lever, s'incurvant à la moindre fatigue, puis se corrigeant par le repos. Tous les sujets, sans exception, m'ont présenté une déviation constante appréciable à la vue, au toucher, et susceptible de mensuration et variant comme flèche d'un quart de centimètre à 5 centimètres. Les parents, interrogés avec soin sur les antécédents, n'ont jamais invoqué les atteintes plus ou moins vicieuses que l'on accusait naguère de produire les déviations latérales du rachis; dans aucun cas, je n'ai pu retrouver cette cause, aussi suis-je parfaitement convaincu de la vérité de l'assertion émise par Malgaigne, à savoir que jamais une attitude vicieuse ne peut produire une scoliose. Le rachitisme, la mauvaise constitution, le terrain défavorable, en un mot, sont les véritables causes de la déviation.

Tous les sujets observés et soignés par moi ont été invariablement soumis, d'une part, à des exercices quotidiens de courte durée, sur le compte desquels je reviendrai quand il s'agira du procédé qu'un de nos confrères de Marseille a développé devant vous ; d'autre part, à l'habitude d'un corset connu sous le nom de corset de Ducresson ou du corset de Taylor, et je dois le dire, sans que je puisse attribuer ce succès à la croissance ou au corset, ou à la gymnastique. J'ai vu constamment, dans les cas légers, et je considère comme tels ceux de 1 centimètre, une amélioration notable et facile à mesurer se manifester au bout de trois mois environ.

Dans les cas plus graves de 2, 3, 3 centimètres et demi, l'amélioration était plus lente à obtenir, mais se produisait cependant dans certaine mesure. Je ne parle que pour mémoire des cas si malheureusement choisis par M. Dubreuil (de Marseille), cas de ditorsion extrême du rachis, où toute méthode de traitement devait échouer.

Je n'ai jamais employé, pour ces différents cas, le repos au lit, convaincu par l'exemple que nous donnaient tous les jours le mal de Pott, les coxalgies, etc., qu'un pareil traitement serait bientôt suivi d'un déplorable résultat, caractérisé par l'émaciation rapide de l'enfant et l'espèce de cachexie qui en résulte.

Je conclurai donc, en regrettant de m'appuyer sur une aussi courte expérience, de la façon suivante :

Étant donnée une scoliose caractérisée comme celles que j'ai observées par une flèche de 1 centimètre et demi au moins, je conseillerais d'abord l'emploi d'un corset bien fait, et je me garderais bien, dans la crainte, ainsi qu'on l'a dit, d'infliger pour l'avenir une mauvaise note au sujet, de me confier à la bonne nature qui, à elle seule, me semble, dans l'espèce, très-sujette à caution ; je pratiquerais en même temps, soit une gymnastique appropriée à la circonstance, soit les méthodes de suspension préconisées par Pravaz, et je m'aiderais surtout d'une hygiène bien entendue et d'une nourriture substantielle et réparatrice.

M. Desprès. A l'occasion des observations que vient de faire notre collègue M. de Saint-Germain, je ne puis m'empêcher de faire remarquer que la discussion actuelle tend à confondre de nouveau des maladies qui ont été très-bien distinguées. Nous avons été élevés dans cette idée que la scoliose, qui se montre à l'âge de la puberté chez les jeunes filles et quelquefois chez les jeunes garçons, était tout à fait différente des déformations rachitiques de la colonne vertébrale, qui existent avec d'autres déformations rachitiques chez de jeunes enfants.

Pour faire cesser la confusion et pour répondre à cette opinion qu'il est difficile de se prononcer sur la cause de la scoliose, il suffit de rendre au rachitisme ce qui appartient au rachitisme, c'est-à-dire de n'admettre une lésion osseuse que dans le cas de rachitisme, et de réserver le nom de scoliose légitime à celle qui apparaît à l'âge de la puberté ou dans l'enfance même, et pour laquelle l'étiologie proposée par M. Duchenne (de Boulogne) me paraît des plus satisfaisantes. Dans cette scoliose il y a un défaut de puissance entre les muscles antagonistes, qu'il y ait lésion primitive du muscle ou troubles nerveux des centres, et c'est cette scoliose que nous avons tous

guéri par une bonne hygiène, la gymnastique, un bon corset, et l'électricité quelquefois, que l'enfant soit jeune ou qu'il s'agisse d'un adolescent.

RAPPORT

M. HORTELOUP lit le rapport suivant sur un travail de M. Chassaniol :

Combustion humaine spontanée. — Vous avez reçu de M. Chassaniol (de Brest) un mémoire, intitulé : *Quelques considérations sur la combustion humaine spontanée*, dont vous avez chargé de vous rendre compte une commission composée de MM. Forget, Paulet et Horteloup.

La première observation de combustion spontanée ne remonte pas à deux cents ans, 1692; depuis cette époque, une cinquantaine de faits se trouvent répartis dans les ouvrages scientifiques, et, en 1870, un ancien interne des hôpitaux de Paris, M. Berthalle, en a rapporté un soi-disant cas.

La combustion spontanée du corps humain, c'est-à-dire la combustion produite sans cause connue ou par l'approche plus ou moins immédiate d'un corps en ignition, a trouvé, en France, un certain nombre de partisans. En Allemagne, il n'en a pas été de même; à la suite du meurtre de la comtesse de Garlitz, en 1847, dont on avait voulu expliquer la mort par une combustion spontanée, de nombreuses expériences, auxquelles prirent part les plus grands savants de l'Allemagne, furent exécutées, et la théorie de la combustion spontanée fut repoussée comme une fable. Aussi Casper, dans son *Traité de médecine légale*, crut pouvoir écrire qu'il était affligeant d'être obligé, en 1870, dans une œuvre scientifique et sérieuse, de parler encore de la fable appelée combustion spontanée. Depuis deux siècles, ajoute-t-il, l'Allemagne possède une organisation médicale qui contrôle les cas de cette espèce, tandis qu'en France et dans d'autres pays, il n'existe pas de semblable organisation. — Remarquant que ces faits ont été surtout rapportés par des prêtres, des moines, des paysans, Casper dit qu'en France il y a bien plus de superstition qu'en Allemagne, aussi n'est-il pas étonnant que la France soit la patrie de la combustion spontanée, qui n'aura plus, espère-t-il, à paraître devant la science médicale.

Ce sont ces lignes qui ont engagé notre confrère M. Chassaniol à rechercher de quel côté se trouve la vérité, et surtout à défendre les médecins français des péchés d'ignorance et de superstition que nous a donnés Casper avec tant de facilité.

Le mémoire de M. Chassaniol aurait peut-être été plus en situation à la Société de médecine légale, mais c'est à votre barre que notre savant confrère a voulu faire juger en dernier ressort l'histoire de la combustion, et, comme je ne crois pas que vous vouliez vous déclarer incompétents, je vous demande la permission de vous exposer brièvement toutes les questions qui se trouvent dans cet intéressant travail, auquel on peut faire le reproche d'être un peu confus.

Pour élucider une question aussi délicate que la combustion spontanée, il n'y a que deux méthodes.

Ou prouver que les faits sont authentiques, ou donner une théorie appuyée sur des expériences concluantes.

La première méthode ne peut rien donner, car personne digne de foi n'a assisté à une combustion spontanée. Un médecin allemand, Ebert, a voulu réfuter l'opinion de ses compatriotes en s'appuyant sur un fait qu'il avait, disait-il, observé lorsqu'il avait dix-sept ans; mais son observation n'a pas plus d'authenticité que les autres, car on a objecté avec raison qu'à cet âge il ne savait même pas ce que pouvait être une combustion spontanée.

M. Devergie, qui a été un zélé défenseur de ce phénomène, a publié un cas qu'il avait été, disait-il, à même d'observer, mais M. Tardieu a fait remarquer que ce ne fut qu'après avoir été frappé de la combustion avancée qu'offrait un cadavre qu'on lui avait apporté à la Morgue, que M. Devergie crut devoir se rendre sur les lieux pour mieux juger de l'état de la chambre où la combustion s'était opérée.

Malgré ce manque complet d'examen direct, les auteurs qui ont écrit sur ce sujet n'en ont pas moins admis que la combustion spontanée présentait certaines particularités.

Ainsi le corps brûlait avec une flamme bleue qui se laissait facilement éteindre par l'eau, il exhalait une odeur pénétrante et empyreumatique, il laissait un dépôt noirâtre qui recouvrait les murs et les meubles, mais ces particularités n'appartiennent nullement à la combustion spontanée, car on les a constatées dans des expériences. De plus on avait admis que quatre fois sur cinq, ce phénomène s'était présenté sur des femmes dont la vie était sédentaire, que rarement elles étaient au-dessous de cinquante ans, que leur embonpoint était considérable, et que presque toutes étaient adonnées à l'abus des liqueurs alcooliques, et si nous consultons des derniers travaux qui ont été faits sur l'alcoolisme, nous voyons que si l'on observe quelques femmes s'adonnant à l'alcool vers l'âge de la ménopause, ce sont principalement des jeunes femmes adonnées aux plaisirs qui boivent beaucoup de liqueurs alcooliques et qu'elles ne présentent pas un degré considérable d'obésité.

Ne pouvant nous appuyer sur aucun fait authentique, nous sommes obligés de recourir à la seconde méthode, c'est-à-dire chercher si une hypothèse s'appuyant sur des expériences plus ou moins probantes permet d'étayer une théorie avec laquelle on puisse admettre un phénomène semblable.

L'idée la plus ancienne qui ait été mise en avant a été de croire que l'usage de l'alcool pouvait permettre au corps de s'enflammer, quoique les derniers travaux de MM. Ludger, Lallemant, Perrin et Deroy aient prouvé que loin de se transformer, l'alcool se retrouvait en entier dans le sang, le cerveau, le foie, il est difficile de se rallier à cette hypothèse.

Je crois inutile de rappeler les expériences de Casper, Bischoff, Liébig, voulant mettre le feu à des cadavres ou morceau de cadavres laissés plus ou moins longtemps dans l'esprit de vin, car, comme a fait remarquer M. Tardieu, si parce que, sur un cadavre, les tissus imbibés d'alcool n'ont pas pris feu au contact de la flamme, il est impossible de rien conclure relativement à un phénomène qui, s'il est réel, n'a jamais pu se produire, suivant M. Guérard, que sous l'influence d'une modification vitale de l'organisme, et en vertu d'une disposition toute spéciale.

Aussi, pour se rapprocher un peu plus de la réalité, Bischoff, après avoir injecté de l'éther dans la veine crurale d'un chien, mit le feu à l'air expiré qui était chargé d'éther, mais la flamme s'éteignit sans se communiquer à l'intérieur.

Pelikan introduisit dans la gueule d'un chien un morceau de potasse qui produisit une flamme considérable, mais sans autre résultat qu'une brûlure superficielle de la cavité buccale. Par une fistule stomacale, il introduisit un morceau du sodium, il se manifesta par la fistule un torrent de feu, mais le chien fut vite rétabli.

On peut objecter à ces expériences que les sujets n'étaient pas alcooliques, et que leurs tissus n'étaient pas dans les conditions voulues; mais nous trouvons dans un travail de Ledos, publié en 1823, une réponse assez concluante. Il prit plusieurs femmes adonnées aux boissons alcooliques, et il leur fit boire pendant un certain temps un demi-litre d'alcool par jour, puis, ayant engagé ces femmes à garder la bouche pleine d'alcool, il y mit le feu : la liqueur contenue dans la bouche, dit l'expérimentateur, prit feu, des éructations spiritueuses eurent lieu, mais la propagation du calorique ne parut pas aller au-delà. Une de ces buveuses de profession, convaincue par plusieurs expériences de l'inutilité de ces tentatives, proposa d'avaler l'eau-de-vie enflammée dans sa bouche, ce qu'elle fit sans éprouver autre chose qu'une chaleur de l'estomac et une petite douleur qui se dissipa au bout de trois jours.

Ces expériences peu connues ne permettent pas d'attribuer à l'alcool en nature un grand rôle dans la production de la combustion spontanée. D'autres auteurs ont voulu donner l'explication de ce phénomène par l'électricité, se basant sur la propriété que possèdent les cheveux de certaines personnes de pouvoir produire des étincelles électriques au contact d'un peigne, ils se sont demandé si des courants électriques traversant le corps ne pouvaient pas en occasionner la combustion. Strubel admettait que des étincelles électriques, parcourant le corps dans toutes les directions, devaient décomposer en plus ou moins grandes quantités l'eau qui constitue le corps et enflammer les parties élémentaires résultant de cette décomposition, l'hydrogène et l'oxygène. Par une argumentation très-serrée qu'il serait un peu long de vous rapporter, Liebig a prouvé que semblable

théorie était en opposition formelle avec la physique; et que, même si l'on admettait que tout se passe ainsi, le corps ne s'enflammerait pas, mais éclaterait en mille pièces avec un bruit terrible semblable à celui d'une bombe.

D'autres auteurs ont voulu expliquer la combustion spontanée par la présence d'un gaz pouvant s'enflammer, soit au contact d'un corps enflammé, soit chimiquement, par son mélange avec un autre gaz. On s'appuyait sur l'observation d'un boucher de Neufchatel qui avait vu sortir d'une incision faite au ventre d'un bœuf qu'il venait d'abattre, un gaz qui s'enflamma à l'approche d'une lumière et qui brûla avec une flamme haute de 5 pieds. D'autres observateurs cités par Pelikan disent avoir obtenu un semblable résultat avec des cadavres humains.

Quoiqu'on n'ait fait ces observations que sur des cadavres, l'idée d'un gaz contenu dans le corps a été une théorie des plus acceptées. Marc qui, un des premiers, soutint cette thèse dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, croyait à la présence de l'hydrogène; Henle, à celle de l'hydrogène phosphoré. Mais aucune analyse n'a été faite pour constater la nature de ces gaz.

Malgré les recherches de MM. Lallemand, Perin et Dusoy, dont j'ai parlé plus haut, M. Chassaniol se basant sur ce que l'on ne retrouve jamais toute la quantité d'alcool ingéré, est assez disposé à se ranger à l'avis des chimistes qui croient que l'alcool, dans ses diverses transformations, passe à l'état d'hydrogène protocarboné ou d'oxyde de carbone. Quoique émise par des hommes de valeur, cette théorie ne repose sur rien.

Il en est de même de l'opinion contenue par M. Lauvergne (de Brest) qui, mettant à profit les recherches de M. P. Thénard sur les propriétés inflammables des phosphures d'hydrogène, est porté à admettre que ces phosphures peuvent se produire par suite de la grande quantité de phosphore contenu dans le corps. Ne peut-on pas croire, dit-il, qu'il ne produise dans le cerveau, dans le sang des réactions donnant naissance aux phosphures d'hydrogène.

Mais si nous consultons les belles analyses qui ont été faites par MM. Regnauld et Besset, et de nouveau par Petenkoffen, des gaz de l'intestin, des poumons, du sang et des différents liquides de l'économie, on voit que pas un chimiste n'a constaté la présence des phosphures d'hydrogène. De plus, je rappellerai que la théorie de la réduction des phosphates de l'économie, admise pour expliquer la formation des feux follets des cimetières, a été complétement détruite par M. Lefort dans son beau travail sur le rôle du phosphore et des phosphates dans la putréfaction. (*A suivre.*)

Ministère de l'instruction publique.

Écoles préparatoire de médecine. — Circulaire relative à une question de cumul.

Paris, le 10 octobre 1874.

Monsieur le Recteur, j'ai communiqué au comité consultatif de l'enseignement public, section de l'enseignement supérieur (séance du 2 octobre), les observations qui m'avaient été soumises relativement à l'interdiction du cumul des fonctions de suppléant et de chef des travaux anatomiques dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Le comité, après discussion, a été d'avis que, si cette interdiction, dont il n'est pas parlé dans le règlement du 14 février 1874, non plus que dans l'instruction dn 1er avril suivant, pouvait avoir l'avantage d'encourager les vocations scientifiques en ouvrant la carrière de l'enseignement à un plus grand nombre de jeunes docteurs, elle présentait, d'un autre côté, dans la pratique, des inconvénients qu'il était impossible de reconnaître.

En premier lieu, cette interdiction viendrait contredire l'usage constamment suivi dans les facultés, où les agrégés en exercice sont autorisés à remplir les fonctions de chef des travaux anatomiques. Le comité fait remarquer, en outre, que les exigences très-sérieuses des concours qui viennent d'être institués dans les écoles doivent avoir pour résultat de tenir à distance un certain nombre de candidats, alors surtout qu'il s'agit d'emplois absolument gratuits ou médiocrement rétribués, et que, si l'on joint à cette première cause d'abstention, l'interdiction du cumul, il y a lieu de craindre que le recrutement des professeurs ne devienne très-difficile, au moins dans certains centres. Il serait donc imprudent de poser un principe, s'il ne devait pas être observé.

Il existe, d'ailleurs, une incontestable affinité entre les matières de certains cours confiés à des suppléants et les obligations imposées aux chefs des travaux anatomiques; on peut même admettre que ces deux titres se complètent l'un par l'autre; enfin il est permis d'affirmer que les devoirs imposés accidentellement aux suppléants leur laissent une liberté assez ample pour que l'on n'ait pas à appréhender que les intérêts des étudiants puissent être affectés par les effets du cumul.

Conformément à ces conclusions, j'ai l'honneur de vous faire connaître, monsieur le Recteur, que je suis disposé à autoriser le cumul, toutes les fois que cette mesure se trouvera justifiée par l'aptitude éprouvée des personnes, par des nécessités locales et après que vous aurez acquis la certitude que les deux services qu'il s'agirait de réunir dans une même main recevront une égale satisfaction. Vos propositions, en pareil cas, devront toujours être accompagnées des appréciations motivées de MM. les directeurs, et ces fonctionnaires ne perdront pas de vue qu'ils ont ici une double obligation: maintenir et fortifier, s'il se peut, la dignité de notre enseignement par des choix irréprochables, et justifier auprès des villes les sacrifices que nous pourrons réclamer de leur libéralité pour le développement des écoles préparatoires.

Recevez, monsieur le Recteur, etc.

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, A. de Cumont.

Instruction pour les concours de suppléance dans les écoles préparatoires de médecine.

Paris, le 10 octobre 1874.

Monsieur le Recteur, j'ai l'honneur de vous adresser les indications prévues par l'avant-dernier paragraphe de l'article 10 du décret du 4 février 1874, relatif aux concours pour les emplois de suppléant dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Je vous prie d'adresser un exemplaire de cette instruction à chacun de MM. les directeurs d'écoles de votre ressort, en les invitant à leur donner, dans le plus bref délai, toute la publicité nécessaire.

I. *Concours de suppléant pour les chaires de pathologie interne et de clinique médicale.*

1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale, de sémiologie, ou de thérapeutique générale. — D'après l'article 10, cinq heures sont accordées pour la composition, qui a lieu dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury. Les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé.

2° Leçon orale de trois quarts d'heure de durée sur une question de pathologie interne, après trois heures de préparation dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury. Aucune note manuscrite, aucun ouvrage imprimé.

3° Préparation et examen histologiques de pièces anatomo-pathologiques fraîches : examen et analyse de liquides ou sécrétions morbides. Ces préparations et analyses se feront dans un laboratoire approprié, où les candidats seront réunis sous la surveillance d'un membre du jury. Deux heures seront accordées pour ces préparations. Chaque candidat exposera ensuite, dans une leçon d'un quart d'heure de durée, les résultats de son examen et de ses préparations.

4° Examen clinique de deux malades qui ne seront pas connus des candidats.

Dix minutes sont accordées pour l'examen de chaque malade. Le candidat aura ensuite un quart d'heure de réflexion, dans un cabinet surveillé, pour préparer sa leçon. Il exposera enfin, dans une leçon orale d'une demi-heure de durée, les résultats de son examen clinique et le traitement à prescrire.

5° Appréciation des titres scientifiques des candidats. Cette appréciation se fera dans des rapports écrits par les membres du jury sur

les travaux de chaque candidat. Les rapports seront lus en comité secret du jury.

II. *Concours du suppléant pour les chaires de pathologie externe, de clinique chirurgicale et d'accouchement.*

1° Composition écrite sur un sujet d'anatomie chirurgicale ou topographique, et de pathologie externe. Temps et surveillance comme ci-dessus.

2° Leçon orale de trois quarts d'heure sur une question de pathologie externe après trois heures de préparation. Le candidat ne pourra s'aider d'aucune note manuscrite ou ouvrage imprimé.

3° Épreuve pratique de médecine opératoire. Chaque candidat aura à pratiquer deux opérations sur le cadavre; l'une de ces opérations consistera en une ligature d'artères.

4° Examen clinique de deux malades qui ne seront pas connus des candidats. — Dix minutes sont accordées pour l'examen de chaque malade; un quart d'heure de réflexion; leçon orale d'une demi-heure de durée pour exposer les résultats de l'examen clinique et le traitement à prescrire.

5° Appréciation des titres scientifiques. Les travaux de chaque candidat seront l'objet de rapports écrits, faits par les membres du jury et lus en comité secret.

III. *Concours de suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie.*

1° Épreuve écrite sur un sujet d'anatomie et physiologie. — Trois heures de réflexion sont accordées au candidat, qui ne devra s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé.

2° Leçon de trois quarts d'heure de durée sur une question de physiologie. Trois heures de réflexions sont accordées au candidat, qui ne devra s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé.

3° Leçon orale d'une heure sur une question d'anatomie générale, d'embryogénie ou de physiologie générale, après vingt-quatre heures de préparation libre.

4° Préparation d'anatomie descriptive faite sur le cadavre. — Cinq heures sont accordées à cette préparation et un quart d'heure pour la démonstration publique.

5° Appréciation des titres scientifiques. Les travaux de chaque candidat seront l'objet d'un rapport écrit par un membre du jury et lu en comité secret.

IV. *Concours de suppléant pour les chaires de chimie et de pharmacie.*

1° Composition écrite sur une question de chimie. — Cinq heures sont accordées pour la composition. Le candidat ne devra s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé.

2° Leçon orale de trois quarts d'heure de durée sur une question de chimie organique, après trois heures de préparation. Le candidat ne devra s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé.

3° Déterminer la nature des éléments chimiques d'un mélange donné. Trois heures sont accordées pour cette analyse qualitative, dans un laboratoire de l'École et sous la surveillance d'un membre du jury. — Un quart d'heure est accordé pour la démonstration publique des résultats obtenus.

4° Reconnaissance de produits chimiques et pharmaceutiques. — Vingt minutes sont accordées pour l'examen de ces produits et pour la démonstration publique de leurs caractères et de leur mode de préparation.

5° Appréciation des titres et travaux scientifiques, d'après un rapport écrit par un membre du jury.

Vous voudrez bien m'adresser, en temps utile, vos propositions pour la composition des jurys.

Recevez, monsieur le Recteur, etc.

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, A. DE CUMONT.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

366. Satre. D'un tumeur périnéale dépendant de l'infiltration lente de l'urine.
367. Le Pileur. Étude sur le traitement de certaines adénites inguinales par la méthode de l'aspiration.
368. Voury. De la maladie de Ménière.
369. Ferran. Du vomissement de sang dans l'hystérie.
370. Faugeyron. De l'emploi de l'alcool dans le traitement des suites de couches.
371. Chavier. Étude sur les différents procédés de résection du coude.
372. Bossuet. Quelques remarques sur le diagnostic et le traitement des plaies de l'estomac.
373. Echeverria. De la résection tibio-tarsienne dans les luxations compliquées.
374. Gressin. Étude sur le choléra particulièrement au point de vue de l'épidémie de 1873.
375. Gougué. De la gangrène du poumon.
376. Arnault de la Ménardière. Étude clinique sur les manifestations cancéreuses de la plèvre.
377. Camus. Asthénopie accommodative.
378. Blanche. Recherches expérimentales sur le protoxyde d'azote.

Faculté des sciences de Paris. — Les examens pour les trois licences s'ouvriront le lundi 9 novembre, à sept heures et demie.

Les inscriptions seront reçues du lundi 26 octobre au jeudi 5 novembre, au secrétariat de la Faculté des sciences, de dix heures à midi,

Les candidats doivent produire, en s'inscrivant : 1° leur acte de naissance ; 2° le diplôme de bachelier ès-sciences ; 3° les quatre inscriptions.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 128. — MARDI 3 ET JEUDI 5 NOVEMBRE 1874. 47e ANNÉE. MARDI 3 ET JEUDI 5 NOVEMBRE 1874. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a entendu hier le rapport de la commission des onze, qui, par l'organe de son rapporteur, M. Chauffard, est venue proposer une réforme radicale dans sa constitution : réduction des onze sections actuelles en cinq sections et réduction du chiffre de ses membres titulaires de 100 à 60.

Dans la partie de son rapport qui a trait au remaniement des sections, M. Chauffard, ou plutôt la commission, a paru s'inspirer de cette pensée exprimée dans une circonstance analogue par le premier secrétaire perpétuel Pariset : « Pour cultiver les sciences, il faut les séparer; pour les perfectionner, il faut les rapprocher et les unir. » Il y a longtemps d'ailleurs que tout le monde avait été frappé de ce qu'il y a d'artificiel et d'arbitraire dans la distinction de la pathologie et de l'anatomie pathologique, de la chirurgie et de la médecine opératoire. Il n'y avait pas de meilleures raisons pour séparer les accouchements de la grande division de la chirurgie dont ils relèvent, la pharmacie des sciences physiques et naturelles. La médecine vétérinaire par les services qu'elle est à même de rendre à la médecine comparée, à l'anatomie et à la physiologie expérimentale, avait sa place naturelle dans la nouvelle grande division des sciences biologiques dont la dénomination, par cela même qu'elle est un peu vague et largement compréhensive, convient assez bien à l'ensemble des objets qu'elle embrasse. Il nous a paru toutefois qu'une part importante du contingent de travaux que peuvent apporter les médecins vétérinaires avait été omise, nous voulons parler de la police sanitaire des animaux domestiques qui semblerait assigner une place naturelle à un vétérinaire dans la nouvelle section de médecine publique qui comprendrait désormais l'hygiène, la médecine légale, la statistique, la police et la législation médicales.

Cette nouvelle répartition de l'Académie en cinq grandes coupes substituées à son mode actuel de morcellement en onze sections, aurait un autre avantage, celui de grouper plus naturellement les correspondants nationaux et étrangers autour de chacun de ces groupes et de faciliter ainsi, en le régularisant, le recrutement de l'Académie.

Il n'y a guère, à notre avis, que des éloges à donner à toute la partie du rapport qui concerne cette répartition, et nous ne verrions que peu d'objections de détails à faire.

Mais il n'en est pas de même pour la deuxième partie, celle qui a trait à la proposition de réduction du nombre total des membres titulaires, associés et correspondants de l'Académie.

La *Gazette des Hôpitaux* a déjà exprimé à plusieurs reprises son opinion motivée sur l'inopportunité d'une pareille mesure. Les motifs sur lesquels se fonde le rapport pour justifier cette proposition ne nous ont pas paru de nature à modifier cette opinion.

Comment! c'est au moment où vous venez de faire vous-même un magnifique programme des nombreux et divers sujets d'étude que vous proposez à l'activité de l'Académie; c'est lorsque de toutes parts surgissent des points de vue nouveaux, des méthodes scientifiques nouvelles, qui stimulent et multiplient les jeunes savants; lorsqu'on parle d'élever de toutes parts des laboratoires annexés à nos établissements cliniques; alors qu'une sorte de régénération scientifique va accroître incessamment avec les objets d'étude le nombre et la valeur des prétendants aux siéges académiques; c'est lorsque vous parlez vous-même de faire désormais la place qui leur convient au sein de l'Académie, aux historiens, aux érudits, aux philosophes, aux biologistes, aux anthropologistes, aux laborieux investigateurs des questions de climatologie et de géographie médicale, lorsque vous élargissez le cadre des applications de la médecine publique, que vous proposez de réduire le chiffre des académiciens!

On a dit des académies beaucoup de bien et beaucoup de mal. Elles sont loin peut-être d'avoir tenu toutes leurs promesses, ou du moins celles qui ont été faites en leur nom. Mais peut-être aussi a-t-on beaucoup exigé d'elles. Il est certain qu'elles ont plus d'une fois failli à leurs obligations. Mais telles qu'elles sont, elles sont encore dignes de tous nos respects, et nous ne contredisons en rien, en particulier, au tableau que le rapporteur a tracé des services que n'a cessé de rendre l'Académie de médecine et de la haute considération qu'elle a su acquérir. Pourquoi, dès lors, changer si radicalement sa constitution? C'est, dit M. le rapporteur, parce que l'Académie doit être moins une haute association professionnelle qu'un corps vraiment apte à servir aux progrès de la science. Est-ce à dire que l'enseignement seul devra être désormais représenté à l'Académie et que la pratique médicale, dans ce qu'elle a à la fois de plus utile par ses applications immédiates et de plus élevé par les inspirations qu'elle reçoit incessamment de la science elle-même, devra désormais renoncer à l'honneur de compter des représentants à l'Académie?

C'est ce qui nous paraît ressortir un peu trop clairement du rapport pour ceux qui savent lire dans les interlignes.

Quant à la raison tirée de ce que l'Académie de médecine est de beaucoup la plus nombreuse de toutes les Académies et de la nécessité, pour atteindre son but, de se faire une élite jalouse et peu nombreuse, prisant haut ce qu'elle doit être et l'honneur qu'elle fera désormais à ceux qu'elle s'adjoindra, nous avouerons que nous sommes assez peu touché de ces motifs.

Nous croyons savoir, du reste, que la proposition ne passera pas toute seule, qu'elle sera du moins vivement discutée.

Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Bouchut

Méningite tuberculeuse sans symptômes. — Diagnostic par la cérébroscopie. — Névrite optique et tubercules de la choroïde.

Ce n'est pas la première fois qu'il se présente à mon observation, dans ce service ou dans la ville, des cas insidieux de méningite tuberculeuse dont le diagnostic est presque impossible, si l'on s'en tient à l'étude des symptômes classiques. J'ai publié plusieurs de ces cas en 1865, dans mon *Traité de diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscope*, et il n'est pas d'année où il ne s'en présente à l'hôpital dans cette clinique.

C'est surtout chez les enfants à la mamelle que le diagnostic de la méningite est difficile. A cette époque de la vie, les affections aiguës des méninges n'offrent presque jamais les symptômes, ni les périodes, que l'on observe dans la seconde enfance. De plus, comme les enfants qui sont au sein vomissent aisément et souvent, le vomissement chez eux perd toute sa signification, et il en résulte qu'on y attache peu d'importance. Les mères et les nourrices ne s'en occupent pas comme on s'en occuperait chez un sujet de six à sept ans. L'enfant reste un peu triste, grognon, abattu; et l'on n'appelle le médecin qu'au bout de plusieurs jours, lorsque la maladie est déjà assez avancée.

Chez d'autres enfants à la mamelle, la méningite tuberculeuse commence par une convulsion subite, puis l'enfant reste triste, fébrile, dort plus que de coutume, et ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'on est obligé de voir, dans cet accident nerveux primitif, le point de départ inaccoutumé de la maladie.

Dans d'autres cas enfin, comme chez le jeune enfant que vous avez sous les yeux, il n'y a, au début de la méningite, aucun symptôme caractéristique du mal. L'enfant est triste, joue peu, a un peu de somnolence, mange sans appétit, mais ne vomit pas et n'a pas de constipation.

Il n'y a dans ces cas que l'ophthalmoscopie qui permette d'établir sérieusement le diagnostic en révélant l'existence soit d'une névrite optique, soit d'une thrombose phlébo-rétinienne, soit enfin de tubercules de la choroïde. C'est ce qui résulte du fait suivant :

Émélie L..., âgée de deux ans, entrée le 5 décembre 1873, au n° 42 de la salle Sainte-Catherine, à l'hôpital des Enfants malades (service de M. Bouchut).

Cette enfant est malade depuis six mois sans qu'on puisse dire quel est son mal. Elle dépérit et paraît triste, mais elle mange bien, digère régulièrement, et ne tousse pas.

A son entrée, c'est une enfant maigre, un peu cachectique. Elle est triste et dort beaucoup, elle ne joue pas et parle peu. Son appétit est bon, elle ne vomit jamais et va à la selle sans avoir jamais de vomissements ni de diarrhée.

Pas de cris, de convulsions ni de paralysie.

Pouls petit, un peu inégal, irrégulier, avec quelques intermittences 96.

L'enfant ne tousse pas et n'a rien d'anormal dans les poumons.

Ne trouvant aucune lésion caractérisée chez cette petite fille et guidé par la somnolence et les irrégularités du pouls, je pensai, qu'elle avait un début de méningite.

J'eus recours à l'ophthalmoscopie qui me montra une névro-rétinite avec choroïdite tuberculeuse.

Les jours suivants se passèrent dans le même état, puis le 10 décembre elle eût une convulsion suivie du retour à la connaissance.

Le 11 elle eut deux nouvelles convulsions, et la dernière fut si forte qu'elle entraîna la mort.

Autopsie. — Le cerveau ne présente rien d'appréciable à l'œil nu dans sa substance et il n'y a pas d'épanchement ventriculaire.

A la convexité la pie-mère est fort injectée, infiltrée de sérosité louche dans les circonvolutions et offre des veines méningées avec thrombose. Elle présente quelques granulations. Rien à la base ni dans la scissure sylvienne, sauf quelques granulations.

L'arachnoïde ne présente rien de particulier.

Les deux yeux offrent de l'atrophie choroïdienne pigmentaire et de nombreux tubercules de la choroïde.

Les poumons sont criblés de granulations miliaires grises, et quelques-unes sont à l'état jaune cru.

Il en est de même du corps thyroïde, du foie, de la rate et des reins.

Les ganglions bronchiques sont remplis de masses caséeuses.

Dans le cœur, faible endocardite végétante mitrale et aortique avec un peu de thombose cardiaque droite et gauche.

OBSTÉTRIQUE

Présentation du placenta par sa face utérine pendant la délivrance. — Ses conséquences fâcheuses, moyens d'y remédier.

Par M. Bailly, professeur agrégé.

Il n'est point de praticien ayant fait un certain nombre d'accouchements qui n'ait remarqué, ni de traité d'obstétricie qui n'enseigne que le placenta, au moment de la délivrance, se présente à l'orifice du col utérin de deux manières différentes : le plus souvent par sa face amniotique ou fœtale, à la suite d'une sorte d'invagination du délivre dans ses membranes; plus rarement par sa face utérine, cette inversion habituelle ne s'étant pas produite. On n'est pas entièrement fixé sur les causes de ce dernier mode de présentation, qui peut dépendre de la manière dont s'effectue le décollement du placenta, comme on l'admet depuis Baudelocque, mais qui me paraît tenir surtout à l'insertion du gâteau placentaire sur un point déclive de la paroi utérine. On conçoit aisément que le placenta, se trouvant alors situé au-dessous de la partie membraneuse de l'œuf, n'ait pas à pénétrer dans la cavité de ce dernier pour arriver à l'orifice du col, vers lequel le poussent les contractions utérines. Mais ce que je n'ai trouvé mentionné dans aucun ouvrage (peut-être faute de connaître tout ce qui a pu être écrit sur ce sujet), c'est qu'au point de vue de la facilité et de l'intégrité de la délivrance, la présentation de la face utérine du placenta n'est pas une circonstance indifférente; qu'au contraire elle forme habituellement une anomalie fâcheuse, une sorte de cause de dystocie de la délivrance, qui prédispose à la rupture du chorion autour du placenta, et donne ainsi lieu à la rétention plus ou moins prolongée d'un corps étranger dans la matrice.

Cette déchirure de l'enveloppe extérieure de l'œuf se produit presque toujours au moment où l'on tord les membranes pour les rassembler et les extraire. Dans cette petite manœuvre, fort utile en effet à ce point de vue, chaque révolution nouvelle du délivre, augmentant la torsion de la corde membraneuse, a pour effet de tendre davantage les insertions placentaires du chorion et d'exercer sur cette partie de la membrane des tiraillements de plus en plus forts, qui, comme je vais l'expliquer, pourront en amener la rupture, si le disque placentaire se présente par sa face utérine, et seront au contraire généralement sans danger si sa face fœtale apparaît la première.

La raison de ces différences est que les conditions de la résistance du chorion aux actions qui peuvent le rompre, dans la manœuvre que je viens de rappeler, sont beaucoup plus favorables dans le premier cas que dans le second. En effet, lorsque le placenta se présente au col utérin et à la vulve par sa face amniotique, les rapports naturels des deux membranes sont renversés; le chorion forme la lame la plus interne de l'œuf, et dès lors se trouve recouvert et fortifié par l'amnios, devenu à son tour membrane externe. Par conséquent, le mouvement de rotation imprimé au délivre par l'accoucheur, dans le but de tordre et de rassembler les membranes, s'exerce nécessairement sur l'amnios en même temps que sur le chorion lui-même. Rien, dans ces conditions, ne vient séparer les deux membranes; elles restent accolées et solidaires et résistent ensemble, et plus efficacement, aux causes de déchirure.

Quand, au contraire, le placenta, glissant sur la paroi de la matrice, s'est engagé dans le vagin par la face utérine, cette association salutaire des deux membranes dans une résistance commune n'existe plus. L'amnios, resté membrane interne de l'œuf, échappe à l'action rotatoire de la main en vertu de la faiblesse de ses adhérences à la face fœtale du placenta. Les tiraillements qui lui sont communiqués par la manœuvre se bornent à en opérer le décollement et à attirer peu à peu vers l'extrémité du cordon ombilical la zone amniotique qui tapissait cette surface placentaire. Les deux membranes se trouvent donc de la sorte complétement séparées. L'amnios, libre et flottant dans la loge conique dont la base est formée par le placenta et les côtés par le chorion, n'est plus d'aucun secours pour ce dernier, qui supporte seul tout l'effort de l'accoucheur et se trouvera brisé à ses insertions sur la circonférence du placenta, si la torsion du délivre est trop rapide et trop brusque, si la membrane choriale est naturellement fragile, ou enfin se trouve encore en partie retenue dans l'utérus par des adhérences anormales ou une rétraction utérine trop puissante.

La connaissance de ces faits donne en partie la clef des difficultés bien connues qu'on éprouve à faire une délivrance complète à la suite d'un accouchement compliqué d'une insertion vicieuse du placenta. Bien souvent, en pareil cas, on n'amène qu'une portion des membranes; l'autre reste dans l'utérus. Elle rend également compte de la séparation si complète du chorion mentionnée dans les deux observations suivantes, que j'ai recueillies cette année même dans ma pratique, et qui suffisent pour établir l'influence fâcheuse de la présentation du placenta par sa face externe.

Obs. I. — Le 13 mai 1874, vers quatre heures de l'après-midi, j'accouche Mme X... au moyen d'une application de forceps. Cette dame, âgée de vingt-neuf ans, robuste, très-grasse et primipare, souffrait depuis trente-deux heures. Depuis trois heures les contractions, très-affaiblies et espacées, produisaient peu d'effet; l'enfant perdait du méconium, et la terminaison artificielle du travail était tout à fait indiquée. La tête fœtale d'ailleurs était à la vulve, et l'opération fut des plus simples.

Une demi-heure après je fis l'extraction du délivre, qui se présentait à la vulve par la face utérine. Le doigt d'abord et presque immédiatement la vue constataient de la façon la plus évidente ce mode de présentation. N'en connaissant pas à cette époque les inconvénients possibles, je me mis immédiatement à faire tourner le placenta dans ma main gauche pour réunir les membranes et retirai le délivre. Mais, en l'examinant aussitôt après, je m'apperçus, non sans éprouver un sentiment de déception, que le chorion était resté presque tout entier dans l'utérus. Une zone étroite de cette membrane, dont la largeur variait de 1 à 3 centimètres, formait une sorte de collerette au placenta; c'était là tout ce que j'avais amené de l'enveloppe extérieure de l'œuf. Je dois dire qu'ici la rupture circulaire du chorion me parut avoir été singulièrement favorisée par la minceur et la fragilité exceptionnelles de cette membrane. En tirant même légèrement sur la zone étroite restée unie au placenta, on la déchirait avec une extrême facilité. J'ignore si d'autres praticiens ont observé cette fragilité particulière qui, dans ce fait, était bien prononcée.

Quoi qu'il en soit, je ne fis rien pour avoir le reste du chorion, et quarante-cinq heures après, j'eus la satisfaction de le voir rejeté en entier par la matrice. Cette lamelle, que j'examinai avec attention, présentait le même caractère de minceur et de fragilité que j'avais rencontré deux jours auparavant sur la portion déjà extraite et qui rendait sa résistance inférieure à celle de l'amnios.

Le lendemain apparurent des symptômes de métrite, mais ils furent promptement réprimés, et la période puerpérale put s'achever sans accidents nouveaux.

Obs. II. — Mme Y..., vingt-cinq ans. Troisième couche à terme, le 22 septembre dernier, à sept heures du matin.

Cette jeune femme ressent pendant une partie de la nuit précédente des douleurs assez fréquentes et assez vives pour l'empêcher de dormir. Elle s'abstient cependant de réveiller son entourage dans la crainte de le faire trop tôt, et ne me fait demander que quand les crises deviennent très-fortes et l'obligent à pousser. Malgré mon empressement à me rendre près d'elle, j'arrive un quart d'heure après la sortie de l'enfant. La garde avait lié et coupé le cordon, mais s'était abstenue de toucher au délivre. Comme l'accouchée ne perd pas, j'attends encore dix minutes avant de m'assurer par le toucher où en est la délivrance, et ayant rencontré le placenta engagé dans le fond du vagin par sa face utérine, je me mets en devoir de le faire sortir par des tractions lentes qui l'amènent à la vulve, présentant toujours sa face utérine. Je le reçois dans la main gauche et lui imprime, suivant la pratique habituelle, les mouvements de rotation destinés à réunir les membranes en un faisceau solide qui permette de les enlever en entier. En retirant peu à peu cette espèce de corde, j'avais été déjà frappé de son peu de volume, qui faisait douter qu'elle contînt toutes les membranes, et en la déployant après la sortie du délivre, je reconnais qu'en effet le chorion manque entièrement. Il a été détaché au ras du placenta dans les deux tiers de la circonférence de ce dernier, et l'autre tiers ne présente qu'une bordure membraneuse de deux doigts de largeur à peine. Je m'abstiens de rien faire pour l'extraire, connaissant les inconvénients et l'inefficacité habituelle de ces tentatives, et j'attends.

Le lendemain 23 septembre, vers cinq heures du soir, Mme Y... éprouve la sensation d'un corps mou engagé dans la vulve et la signale à sa garde, qui extrait, à l'aide de légères tractions, un lambeau de membranes qui, vérification faite par moi le lendemain, représente la totalité du chorion.

Suites de couches absolument simples.

Si j'en juge par mon expérience personnelle, la rétention d'un lambeau plus ou moins considérable de membranes dans l'utérus n'est pas habituellement un accident grave. Dans les cas où ce fait s'est produit chez mes accouchées, je n'en ai jamais vu résulter d'inconvénients sérieux, et la matrice s'est toujours débarrassée au bout d'un jour ou deux et sans que

l'expulsion tardive de ce lambeau soit accompagnée de symptômes vraiment inquiétants.

Mais il n'en serait pas toujours ainsi, suivant quelques personnes, et des tranchées utérines douloureuses, des hémorrhagies importantes, quelquefois même des phlegmasies assez graves seraient provoquées par la présence de ce corps étranger dans la matrice. C'est, dans tous les cas, une circonstance regrettable, qui laisse l'accoucheur dans l'inquiétude, et produit une impression défavorable sur l'accouchée et son entourage, toujours disposés à accuser la négligence ou l'impéritie de la personne qui a présidé à l'accouchement. On ne doit pas compter, en pareil cas, pour dissimuler le fait, sur la discrétion d'une garde trop souvent empressée à le divulguer, non certes dans le but de nuire à l'accoucheur dont elle est l'aide, mais dans la pensée de faire valoir sa vigilance et son utilité. Donc, à tous les points de vue, un médecin soucieux du bien de ses clientes et de sa propre réputation doit éviter que pareille chose n'arrive dans un accouchement qui lui est confié.

Des faits exposés précédemment découlent certaines applications pratiques que j'ai eu surtout l'intention de mettre en relief dans ce travail, et qui ont pour but de prévenir les conséquences fâcheuses de l'engagement du délivre par sa face fœtale. C'est :

1° Dans les cas où l'on reconnaît, après l'accouchement, cette présentation vicieuse du placenta) et ce diagnostic est toujours facile avec un peu d'attention et d'habitude du toucher), de retarder autant que possible l'extraction du délivre. Toutes les fois qu'une hémorrhagie, une attaque d'éclampsie, etc., n'obligera pas à retirer promptement l'arrière-faix, on devra laisser à l'utérus tout le temps nécessaire pour opérer le décollement du chorion, et ne tirer sur le cordon pour amener le placenta au dehors que quand ce dernier se trouve déjà fortement engagé dans le vagin et rapproché de la vulve. C'est, dans ces circonstances, pendant une demi-heure, trois quarts d'heure et quelquefois une heure, qu'on devra différer l'extraction du délivre.

2° Le placenta ayant été ainsi amené lentement à la vulve, et avant de commencer le mouvement de torsion des membranes qui détermine souvent la déchirure du chorion, on tentera de renverser le gâteau placentaire dans ses membranes pour lui faire présenter sa face amniotique. Cette inversion artificielle s'exécute en faisant passer le placenta par l'ouverture membraneuse dans laquelle le cordon ombilical se trouve lui-même engagé. On renverse ainsi l'ordre de superposition des membranes, et l'on amène au dehors l'amnios, qui vient doubler et consolider le chorion. Je n'oserais soutenir que cette manœuvre soit possible dans tous les cas, mais j'affirme l'avoir exécutée tout récemment avec un plein succès et la plus grande facilité.

3° Enfin, lorsqu'on n'a pas réussi à retourner le placenta comme je viens de le dire, auquel cas le chorion doit supporter seul l'effet de la rotation artificielle du placenta et de la torsion des membranes, on exécutera ce dernier mouvement sans brusquerie, avec une extrême lenteur, pour permettre à la portion intra-utérine du chorion de se dégager peu à peu des étreintes de la matrice rétractée et de suivre, sans se rompre, le mouvement d'extraction du délivre.

A l'aide de ces précautions, on peut espérer prévenir un accident que, sans elles, on éprouvera, je crois, assez souvent.

Un dernier point de la question me reste à examiner, c'est celui de la conduite à tenir lorsque, faute d'avoir pu exécuter la manœuvre indiquée ci-dessus ou par toute autre cause, un fragment plus ou moins étendu de membranes est resté inclus dans la matrice. Que convient-il de faire en pareil cas? Doit-on se mettre immédiatement à sa recherche à l'aide de la main portée dans la matrice et s'efforcer de l'extraire? Faut-il, au contraire, s'abstenir de toute manœuvre et abandonner à la nature l'expulsion du lambeau membraneux?

Pour répondre à cette question, il convient de considérer successivement les deux circonstances que nous offre la pratique chez les femmes dont la délivrance est restée incomplète par suite de la rétention d'une portion des membranes de l'œuf.

A. Si le lambeau membraneux, en partie sorti de l'utérus, fait procidence dans le vagin ou apparaît à la vulve, nul doute qu'on ne doive chercher à l'extraire de suite. On le saisit à l'aide de pinces à pansements, et on le tord en l'attirant lentement à soi. M. le docteur Godart, professeur adjoint d'accouchements à l'école de médecine d'Angers, a donné le conseil, lorsque, dans une délivrance naturelle, on voit la corde membraneuse s'amincir pendant les mouvements de torsion qu'on lui imprime, et menacée de se rompre à sa base, de la saisir dans une ligature placée aussi profondément que possible dans le vagin. On obtient par là une prise solide sur les membranes, et l'on est sûr qu'elles n'échapperont pas. Ce précepte est fort utile, en effet, dans les conditions spécifiées par M. le docteur Godard, et me paraît également applicable au cas que je suppose ici, c'est-à-dire à celui d'un fragment de membranes retenu dans la matrice, mais dont on a pu saisir une portion déjà engagée dans le vagin.

B. Si nous supposons, au contraire, que les membranes soient encore entièrement contenues dans l'utérus, les conditions sont tout autres, et je pense qu'il est préférable, dans ce second cas, d'abandonner à la nature l'expulsion du corps étranger. Je sais que quelques personnes recommandent de compléter tout de suite la délivrance en allant avec la main saisir le lambeau de membranes dans l'utérus; mais c'est là un précepte qu'il est plus facile de poser que d'appliquer. L'expérience m'en a plus d'une fois convaincu. On décolle, et l'on extrait sans trop de difficultés un placenta adhérent, parce que cet organe forme un corps volumineux que la main peut aisément percevoir et saisir. Il est beaucoup plus difficile de distinguer et de saisir des membranes très-minces, lisses et accolées à la face interne de la matrice. On essaye bien de le faire; mais, après avoir longuement gratté et fatigué l'utérus pour s'emparer d'une lamelle le plus souvent insaisissable, on retire presque toujours la main sans rien amener. D'ailleurs on ne doit pas oublier que l'introduction de la main dans l'utérus après l'accouchement est loin d'être toujours inoffensive, et qu'il faut l'éviter autant que possible. Il n'y a pas d'opération qui soit plus souvent que celle-là suivie de phlébites utérines et crurales longues et douloureuses, et des accidents plus fâcheux encore peuvent en être la conséquence. Aussi, tant à cause de son inefficacité habituelle que de ses dangers, je repousse une intervention active et immédiate, en pareil cas, et lui préfère l'action naturelle de la matrice, qui suffit presque toujours pour effectuer promptement et sans dangers le rejet du lambeau membraneux.

J'admets, du reste, qu'on devra achever l'extraction des membranes, aussitôt qu'une portion de celles-ci devient accessible à la main ou aux instruments, circonstance qui ramène les choses aux conditions du premier cas. Cette action tardive et toute extérieure est sans aucun doute utile; elle est de plus inoffensive, et n'a, par conséquent, rien de commun avec l'in-

tervention immédiate dont je viens de parler et que je condamne.

Pour résumer les principales idées émises dans ce travail, je dirai :

1° L'engagement du placenta dans les voies génitales par sa face utérine, pendant la délivrance, prédispose à la rupture circumplacentaire du chorion, cette membrane n'étant pas alors recouverte et soutenue par l'amnios, comme il arrive quand le délivre se présente par sa face lisse ou amniotique.

2° Un délai prolongé apporté aux manœuvres de délivrance, l'involution artificielle du placenta dans ses membranes, une extrême lenteur dans les tentatives d'extraction du délivre, représentent, dans l'espèce, le meilleur moyen de prévenir la rupture du chorion et sa rétention dans l'utérus.

3° Quand ce dernier accident s'est produit, on doit commettre à la nature l'expulsion du lambeau membraneux, et s'abstenir de toute tentative immédiate de décollement et d'extraction de la membrane, faite à l'aide de la main portée dans la matrice.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 novembre 1874. — Présidence de M. DEVERGIE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

Le rapport général de M. le docteur Lafaille, médecin-inspecteur des eaux de Barbotan (Gers), sur le service de cet établissement pendant l'année 1874. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Aubry, fabricant d'instruments de chirurgie accompagnant l'envoi d'un nouvel amygdalotome de son invention, qu'il désigne sous le nom de *nouveau coupe-amygdales* à lame de bistouri courbe, sectionnant et fonctionnant d'une seule main. Voici quelle est la manière de se servir de cet instrument :



1° Mettre deux doigts dans les anneaux D;

2° Le pouce dans l'anneau ovale E;

3° L'amygdale étant dans la fenêtre A,

4° Rapprocher les anneaux D de celui E, et la fourchette B pique l'amygdale, qui ne peut plus sortir ;

5° Lorsque la fourchette est arrivée au bout de sa course, l'amygdale se tend, et aussitôt la lame sectionnante coupe en décrivant l'arc de cercle, comme il est indiqué par le pointillé en C.

Le but principal de cet instrument est de rendre l'opération plus sûre, plus facile et sans aucun effort.

2° Une lettre de remercîment de M. Ollier (de Lyon), nommé membre correspondant.

3° Une lettre de M. le docteur Duplay, accompagnant l'envoi d'une brochure ayant pour titre : *De l'hypospadias périnéo-scrotal et de son traitement chirurgical.* (Commission du prix d'Argenteuil.)

4° Une lettre de M. Manier, accompagnant l'envoi d'une nouvelle carte statistique de l'Assistance publique.

PRÉSENTATIONS

M. GOSSELIN présente, au nom de M. le docteur Duplay, un nouveau fascicule du tome quatrième du *Traité élémentaire de pathologie externe.*

M. LARREY présente plusieurs brochures : 1° *Observations météorologiques*, Gorée (Sénégal); 2° *Étude sur la région des vents de la presqu'île du Cap-Vert*, par M. le docteur Bornes; 3° *Opération césarienne sur une femme rachitique au dernier degré; succès, guérison de la mère, enfant vivant*, par M. le docteur Cerf-Mayer.

M. CHEVALLIER présente une notice sur M. Guérard, par M. Gallard.

RAPPORT

Révision du règlement constitutif de l'Académie. — M. CHAUFFARD, au nom de la commission des onze chargée de la révision du règlement constitutif de l'Académie, et composée de MM. Cl. Bernard, Chauffard, Trélat, Jolly, Broca, Béhier, Depaul, Delpech, Bouley, Bussy, Poggiale, auxquels s'étaient adjoints M. Devergie, président, et M. Béclard, secrétaire perpétuel, donne lecture du rapport où sont exposés les résultats de ses délibérations.

Deux questions principales s'offraient, signalées par les promoteurs et les signataires de la demande de réforme. De ces questions, l'une était relative au partage de l'Académie en onze sections : ces sections ne sont-elles pas trop nombreuses, et, si l'on juge opportun de les réduire, quelle nouvelle organisation convient-il de substituer à l'ancienne? La seconde question, non moins grave, se rapportait au nombre total des membres de l'Académie : Y a-t-il lieu de maintenir ou de réduire ce nombre, et quelle doit être la répartition du nombre adopté dans les diverses sections instituées par la commission?

Le partage de l'Académie en onze sections n'a pas trouvé de défenseurs dans le sein de la commission. M. le rapporteur faisant ressortir ce que cette division exagérée entraîne d'effets divers et fâcheux, les conditions irrationnelles de ce partage, séparant, l'une et l'autre, des études théoriquement et pratiquement inséparables, montre que c'est sans raison valable que la pathologie médicale a été isolée de l'anatomie pathologique; qu'en France, où l'on ne comprend l'anatomie pathologique que comme un côté de l'histoire des maladies, on reporte à l'enseignement clinique tous les travaux de l'amphithéâtre et du laboratoire. Aussi, dans la nouvelle organisation proposée, les sections de pathologie médicale et d'anatomie pathologique se trouveront entrer dans une section agrandie et commune.

La commission propose également d'introduire dans cette section de médecine, la thérapeutique que les liens les plus étroits y ramènent.

Les sections afférentes à la chirurgie sont pareillement disposées contre l'ordre naturel des choses. La pathologie chirurgicale et la médecine opératoire sont isolées l'une de l'autre, tandis que tout les maintient étroitement liées. La pratique des accouchements, sans méconnaître ce qu'il y a de spécial et de bien défini, rentre aussi comme d'elle-même dans cette section de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire.

Du côté des sciences physiques et naturelles, on rencontre encore des séparations qui ne paraissent pas légitimes. La physique et la chimie médicales et la pharmacie se trouvent former deux sections distinctes, alors que tout les rapproche et les dirige vers un but commun. La commission demande de réunir la pharmacie aux sciences physiques et chimiques, auxquelles on joindra l'histoire naturelle.

M. le rapporteur, après avoir énuméré les inconvénients logiques de la division actuelle de l'Académie en onze sections, signale les inconvénients pratiques qu'elle présente aussi aux yeux de la commission : division des candidatures; petit nombre des compétiteurs pour chaque section, ancienneté des candidatures constituant trop souvent comme un droit acquis au préjudice des droits de la science.

C'est en vue de ces considérations logiques et de ces intérêts pratiques que la commission propose une division nouvelle.

Une première section serait constituée par la réunion de trois des sections actuelles, ou parties de sections. Elle comprendrait la *pathologie médicale*, l'*anatomie pathologique*, la *thérapeutique.*

Une deuxième section réunirait pareillement trois autres des onze

sections : *pathologie chirurgicale, médecine opératoire, accouchements.*

Une troisième section serait constituée par l'anatomie et la physiologie, auxquelles nous vous proposerions d'adjoindre la médecine comparée et la médecine vétérinaire. Les raisons de cette adjonction découlent du caractère essentiellement expérimental que présentent toutes les études que nous groupons ainsi. La dissection et la vivisection sont leur arme commune, fournissent leur critérium dominant. Comme la physiologie, la médecine comparée ne marche qu'en expérimentant; la médecine comparée et la médecine vétérinaire sont des études solidaires de la physiologie expérimentale.

L'emploi des mêmes méthodes scientifiques, la mutuelle pénétration des études, autorisaient donc largement à associer à l'anatomie et à la physiologie la médecine comparée et la vétérinaire.

La troisième section se trouvera ainsi constituée : *anatomie, physiologie, médecine comparée et médecine vétérinaire.*

La quatrième section ne pouvait donner lieu à aucune hésitation, et votre commission l'a composée des groupes suivants : *histoire naturelle, physique, chimie, pharmacie.*

Enfin, pour répondre aux rapports de l'Académie avec l'espèce, avec les populations, avec les pouvoirs publics, avec l'administration et le gouvernement, la commission propose d'établir la cinquième section de l'Académie, sous les titres suivants : *hygiène, médecine légale, statistique, police et législation médicales.*

La commission a résolu, en outre, qu'un terme générique désignerait chacune des cinq sections de l'Académie.

Pour les deux premières sections, les titres génériques s'offraient d'eux-mêmes. L'une prenait le titre simple et large de *médecine*, dont les sous-titres restaient *pathologie médicale, anatomie pathologique, thérapeutique.* Le second prenait le titre général de *chirurgie*, et se développait dans les sous-titres de *pathologie chirurgicale, médecine opératoire, accouchements.* Aux sous-titres de la troisième section, *anatomie, physiologie, médecine comparée* et *médecine vétérinaire*, nous n'avons pu trouver de meilleur titre générique que celui de *sciences biologiques.*

La quatrième section a reçu le titre général de *sciences physiques et naturelles.*

Enfin la cinquième section a reçu pour titre général celui de *médecine publique.*

Dans une deuxième partie de ce rapport, M. Chauffard examine la question la plus délicate que la commission avait à résoudre, celle du nombre total des membres de l'Académie et de la répartition de ce nombre dans les cinq sections admises. La commission propose de réduire le nombre total des membres titulaires de l'Académie à soixante.

Voici en quels termes M. Chauffard résume ce rapport :

Le projet de réformes que nous vous soumettons n'est point aussi imprévu qu'on le pourrait croire à un jugement superficiel. Il est, à bien dire, la conséquence de la marche des choses et des réformes de 1829. Son opportunité couvait, depuis longtemps, au fond des esprits soucieux de donner à nos institutions scientifiques tout l'éclat qu'elles peuvent recevoir. L'Académie de médecine suit le mouvement de la science dont elle porte le nom : comme la médecine, elle tend à prendre un caractère plus nettement scientifique. C'est une lente évolution, mais continue; elle entraîne, par degrés, l'Académie qui a tenu à prendre une part de plus en plus active dans l'incessant débat des faits, des idées, des doctrines qui font de la science des êtres vivants, la science la plus mouvementée, la plus ouverte à toutes les luttes, à toutes les contradictions d'opinions. Dans cette voie, l'Académie ne s'ouvrira plus guère aux seuls services professionnels, si élevés qu'ils soient ; elle voudra surtout des hommes de travail et de recherches. L'autorité de l'Académie, si incontestée déjà, s'élèvera, soyez-en convaincus, à chaque pas qu'elle fera dans cette direction difficile. Ses jugements seront plus écoutés; les discussions qu'elle aime seront plus intimement associées aux préoccupations de la science contemporaine.

Le milieu dans lequel l'Académie, ainsi inspirée, se recrutera, sera plus limité que le grand milieu professionnel où elle pouvait puiser. Les choix qu'elle sera appelée à faire seront plus rares. Mais l'honneur de lui appartenir sera plus ambitionné. Et cet honneur sera ressenti, non-seulement au dehors, mais au dedans même de l'Académie; il survivra à la satisfaction acquise de l'élection. On estime plus haut une élection plus disputée, et on l'oublie moins, comme une victoire facile et gagnée en passant. Nous verrons moins souvent, dans ces conditions nouvelles, les élus de la veille devenir les indifférents et les absents du lendemain, délaisser leur part du travail commun, comme si ce travail était au-dessous d'eux, ou ne valait pas l'abandon de quelques occupations professionnelles. Qui de nous ne regrette de voir nos séances trop souvent désertées par d'éminents collègues, qui semblent regarder les communications et les débats qui se produisent à cette tribune comme étrangers à l'ordre scientifique? Je ne crains pas de le dire, ces dédains, apparents ou réels, rien ne les justifie. Il n'est pas de corps savant où s'agitent de plus élevés problèmes; il n'en est pas où la discussion ait de plus libres allures, amène de plus redoutables contradictions. Nous avons pour domaine la vie sous toutes ses formes, et l'étude de tous les milieux dans leur action sur la vie : quel plus vaste et plus beau sujet d'études, plus attachant dans les vérités qu'il a laissé pénétrer, dans les mystères qu'il cache encore! Quelle inépuisable source de bienfaits la science pourra en tirer! Que serait l'individu, que serait la société, si cette source venait à tarir, si toutes les connaissances laborieusement acquises, et dont cette Académie est comme le centre, venaient à s'effacer du savoir humain !

Si l'on considère quelle activité ces études soulèvent, que d'esprits, sur la surface du monde, s'appliquent à les cultiver, à en recueillir les pénibles mais fécondes moissons, on s'étonnera à bon droit qu'en un jour où la France organisait la représentation supérieure du savoir humain et fondait l'Institut de France, qu'à ce jour la médecine, comprise comme synthèse des sciences qui ont la vie pour objet, n'ait pas obtenu une large et vivante représentation, n'ait pas constitué à elle seule une classe de l'Institut. Une section lui fut accordée, comme par grâce, dans la vaste Académie des sciences. Une section pauvre et étroite pour toute cette riche science où l'observation et l'expérience ont amassé tant et de si précieux enseignements! Il était permis de voir pourtant par son passé, par ce qu'elle avait enfanté déjà, par l'aurore des jours qui se levaient alors, ce qu'un avenir prochain lui réservait de conquêtes utiles, de gloire nouvelle et bienfaisante.

Plus tard, lorsqu'une classe nouvelle fut ajoutée ou rendue à ce grand Institut, honneur de notre pays, ce ne fut pas la médecine qui la fournit. Notre Académie restait isolée, à l'écart de ce mouvement de représentation, comme si l'on eût craint d'avouer ou d'agrandir son rôle et le rang qu'elle occupe sur le théâtre des connaissances humaines. Il n'y a à répondre à cette exclusion que par le travail, que par les vérités que nous accumulons, par les services que nous rendons. Formons-nous en une phalange resserrée où ne pénètrent que les volontaires et les ardents du travail, et cette exclusion excitera un étonnement de plus en plus profond; de moins en moins comprise, elle sera levée, sinon pour nous, du moins pour nos successeurs qui recueilleront l'héritage que vous aurez fondé.

Votre commission a l'honneur de vous proposer les conclusions suivantes :

Il sera substitué au titre Ier du règlement de l'Académie de médecine, un nouveau titre Ier dont les dispositions suivent :

TITRE Ier. — CLASSES ET SECTIONS DE L'ACADÉMIE.

ARTICLE 1er.

Les membres titulaires de l'Académie sont au nombre de soixante; ils sont répartis en cinq sections ainsi qu'il suit :

1re *section.* — *Médecine.*

Pathologie médicale, anatomie pathologique, thérapeutique, 17 membres.

2e *section.* — *Chirurgie.*

Pathologie chirurgicale, médecine opératoire, accouchements, 15 membres.

(Les accouchements seront représentés par 4 membres au moins, 5 au plus.)

3e *section*. — *Sciences biologiques*.

Anatomie, physiologie, médecine comparée, médecine vétérinaire, 10 membres.

(La médecine vétérinaire sera représentée par 3 membres au moins, 4 au plus.)

4e *section*. — *Sciences physiques et naturelles*.

Histoire naturelle, physique, chimie, pharmacie, 12 membres.

5e *section*. — *Médecine publique*.

Hygiène, médecine légale, statistique, police et législation médicales, 6 membres.

Total : 60 membres.

ARTICLE 2.

Les associés libres peuvent être au nombre de 6.

ARTICLE 3.

Les associés nationaux pourront être portés au nombre de 12.

Les associés étrangers pourront être portés au nombre de 20.

ARTICLE 4.

Le nombre des correspondants est fixé à 60.

Celui des correspondants étrangers à 30.

ARTICLE 5.

Les correspondants nationaux et étrangers sont attachés aux cinq sections de l'Académie et distribués ainsi qu'il suit :

1re *division*. — *Médecine* (pathologie médicale, anatomie pathologique, thérapeutique).

Correspondants nationaux, 17 membres.
Correspondants étrangers, 9 membres.

2e *division*. — *Chirurgie* (pathologie chirurgicale, médecine opératoire, accouchements).

Correspondants nationaux, 15 membres.
Correspondants étrangers, 8 membres.

3e *division*. — *Sciences biologiques* (anatomie, physiologie, médecine comparée, médecine vétérinaire).

Correspondants nationaux, 10 membres.
Correspondants étrangers, 5 membres.

4e *division*. — *Sciences physiques et naturelles* (histoire naturelle, physique, chimie, pharmacie).

Correspondants nationaux, 12 membres.
Correspondants étrangers, 5 membres.

5e *division*. — *Médecine publique* (hygiène, médecine légale, statistique, police et législation médicales).

Correspondants nationaux, 6 membres.
Correspondants étrangers, 3 membres.

TITRE III. — ÉLECTIONS.

L'article 46 du titre III, relatif aux *Élections*, sera modifié ainsi qu'il suit :

ARTICLE 46.

Toutes les demandes adressées à l'Académie sont renvoyées par elle :

1° A la section à laquelle la place est vacante s'il s'agit d'un titulaire ;

2° A la section dans laquelle était attaché le correspondant dont la place est vacante, s'il s'agit de la nomination d'un correspondant national ou étranger ;

3° A des commissions spéciales composées de cinq membres au moins et nommées au scrutin, pour les nominations des membres associés libres, des membres associés nationaux et étrangers.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES.

Il sera fait une nomination pour deux extinctions, jusqu'à ce que le chiffre des membres dans chacune des cinq sections de l'Académie et celui des correspondants soient ramenés aux chiffres fixés par le nouveau règlement. Il en sera de même pour la section des associés libres.

Les conclusions de ce rapport seront discutés en comité secret.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. les docteurs en médecine qui ont obtenu de M. le ministre de l'instruction publique l'autorisation de faire un cours à l'école pratique, sont prévenus que la distribution des amphithéâtres aura lieu jeudi 5 novembre, à midi précis, dans la salle du conseil de la Faculté.

— *Hôpital Lariboisière*. — M. le docteur Isambert commencera des conférences cliniques sur les maladies du larynx, le vendredi 6 novembre et les continuera tous les vendredis suivants. — Leçon théorique à neuf heures et demie.—Examen des malades de dix heures un quart à onze heures. — MM. les auditeurs seront exercés au maniement du miroir laryngé.

— *Hôpital des Enfants malades*. — M. le docteur Henri Roger, professeur agrégé de la Faculté, commencera le cours clinique des maladies des enfants le samedi 7 novembre.

Conférences cliniques, les lundis, jeudis et samedis, à huit heures et demie.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 129. — SAMEDI 7 NOVEMBRE 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 7 NOVEMBRE 1874. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Action thérapeutique des bains chauds.

L'attention des médecins a été assez vivement sollicitée dans ces derniers temps par l'action thérapeutique des bains froids, sur laquelle le dernier mot est loin d'être dit. C'est de l'action des bains chauds que nous allons nous occuper un instant aujourd'hui.

Rien ne semblerait au premier abord devoir se rapprocher autant que les divers modes de balnéation. Rien n'est aussi dissemblable en réalité qu'un bain composé, chimique ou artificiel, et un bain d'eau pure, qu'un bain froid et un bain chaud. Ceci est trop élémentaire pour que nous y insistions. Le parallèle, si nous en avions un à faire en ce moment, borné aux bains d'eau pure à températures extrêmes, serait déjà un sujet assez vaste à entreprendre. Mais la tâche que nous nous proposons pour aujourd'hui est beaucoup plus circonscrite. Il s'agit seulement d'exposer brièvement quelques-uns des résultats des essais thérapeutiques du bain simple à haute température que M. le professeur Lasègue a institués l'année dernière dans son service de clinique de la Pitié, et qu'il vient de consigner dans un mémoire inséré dans les *Archives générales de médecine* (fascicule de novembre 1874).

Voici en quels termes M. Lasègue résume les données qu'il a recueillies dans ce travail :

Tout bain chaud doit être relativement court, de vingt à trente minutes au plus.

La température d'entrée doit être inférieure à la température de sortie, quels que soient les degrés extrêmes.

L'accroissement de la température doit être successif et sans secousses.

Le maximum utile est de 48 degrés, le plus souvent de 45. Il est aisément toléré à la condition qu'on évite les sensations produites par la vaporisation de l'eau sur la partie du corps non immergée, et que le degré maximum ne soit pas maintenu au-delà de huit à dix minutes.

Le meilleur procédé est d'adopter pour les prescriptions balnéaires, lorsqu'on ne peut pas exercer une surveillance personnelle, une formule aussi rigoureuse que celle dont on se sert pour l'administration des autres médicaments.

Au sortir du bain, le malade est remis au lit, et il reprend vite, non pas sa température vraie, qui a peu varié, mais sa température apparente.

En général, il survient une sudation passagère. M. Lasègue est d'avis qu'il ne faut ni l'exciter ni la réprimer, et que mieux est d'abandonner à cet égard le malade à lui-même.

M. Lasègue a essayé, après des températures très-élevées, 48 degrés par exemple, l'usage des lotions froides. Là encore, il s'est convaincu que le bain chaud n'avait aucune parité avec le bain de vapeur. Autant après celui-ci les douches, les lotions, les frictions froides sont des moyens efficaces, autant les mêmes agents à la suite du bain chaud sont dépourvus d'efficacité.

L'action du bain chaud est double : physiologique ou thérapeutique. Physiologiquement, elle semble proportionnée à la tolérance du malade, ou plutôt à celle de la peau.

Au point de vue thérapeutique, l'action réelle du bain chaud est celle qui modifie les phénomènes morbides. M. Lasègue a expérimenté ce moyen thérapeutique comparativement avec les bains médicamenteux dans le rhumatisme, en particulier dans le rhumatisme noueux, le plus résistant de tous à l'action médicamenteuse, et de ces expériences il est arrivé à cette conviction que la température y joue un rôle prépondérant. Il a constaté que les individus atteints de rhumatisme noueux, exempts des complications qui contre-indiqueraient le traitement, éprouvent un véritable bien-être local et général à la suite des bains surchauffés. La roideur articulaire s'atténue, les jointures sont moins empâtées, les mouvements moins pénibles. Des malades condamnés au repos absolu ont pu, après une cure prolongée par les bains simples de 40 à 45 degrés, administrés tous les deux jours, se lever, marcher, monter et descendre les escaliers, etc.

M. Lasègue a voulu savoir à quel point les bains chauds, qui ne conjurent pas mieux d'ailleurs que les autres médications l'aptitude aux rechutes, contribueraient à modérer les crises actives. Tolérés même pendant les périodes de fluxion douloureuse, ils ne servent réellement que durant les rémissions.

Sans discuter la valeur relative des bains composés, M. Lasègue se croit autorisé, par une longue expérience, à déclarer qu'aucune médication balnéaire méthodique ne peut être opposée au rhumatisme noueux, si l'on n'y fait entrer au premier chef la température.

Quant aux nombreuses autres variétés de rhumatismes qui qui offrent à la curation des chances beaucoup moins défavorables, la balnéation chaude les a modifiés d'une manière

très-favorable, elle a donné, dans ces cas, des résultats décisifs.

M. Lasègue a recherché, dans les cas de lésions locales limitées, l'influence des bains chauds locaux et des bains généraux. Son opinion formelle à cet égard est que les bains locaux sont toujours et partout inférieurs aux bains généraux, lorsqu'il s'agit du traitement balnéaire de n'importe quel rhumatisme.

La médication balnéaire chaude n'a pas plus, pour ces variétés de rhumatisme que pour le rhumatisme noueux, le privilége de préserver des rechutes. Elle paraît sans action sur l'état diathésique (1).

En dehors du rhumatisme, M. Lasègue s'est servi des bains à haute température dans des conditions pathologiques multiples, notamment dans les affections abdominales, dans certaines formes de diarrhée chronique et même chez des malades atteints de bronchite chronique rebelle. Il n'a jamais eu à noter d'influence nuisible, ce qui est déjà un motif d'encouragement à de nouveaux essais.

Extraction linéaire externe de la cataracte.

Nous conduirons aujourd'hui les lecteurs de la Revue à la Clinique ophthalmologique de Naples. Mais le trajet ne sera ni long ni coûteux, grâce à la bienveillance du professeur qui a bien voulu venir lui-même nous présenter l'exposé de sa pratique sous la forme d'un mémoire dont on connaît déjà le titre par les présentations qui en ont été faites à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine.

Bien connu de nos lecteurs par plusieurs travaux intéressants sur divers points de physiologie et de pathologie oculaire et notamment par un remarquable travail sur la kératite, M. le docteur R. Castorani a été conduit, notamment par ses recherches sur les causes des affections de la cornée, à donner la préférence, pour l'extraction de la cataracte, à la méthode de l'incision linéaire.

L'opération consiste en deux temps : dans un premier temps on pratique l'ouverture de la cornée avec un couteau ordinaire à cataracte; dans le deuxième, on extrait la cataracte avec sa capsule. Dans le principe, M. Castorani ouvrait la capsule ; il a supprimé ce temps, et il ajoute aujourd'hui l'iridectomie pour faciliter le procédé. Les instruments dont il se sert pour cette opération sont : deux élévateurs, une pince pour fixer l'œil, un kératotome large et légèrement courbe (tous ces instruments ont une forme coudée pour en faciliter la manœuvre), une pince courbe à pupille artificielle, et une autre droite coudée, une paire de ciseaux courbes sur le plat et une paire droite, une curette en argent également coudée, et dont le rebord est tourné légèrement en dedans, pour mieux retenir la cataracte dans sa concavité.

Voici comment se fait l'opération, étant supposé l'œil gauche.

Les paupières étant maintenues écartées par les élévateurs ou avec les doigts de l'aide, l'opérateur, après avoir invité le malade à regarder en dehors, fixe l'œil en dedans près de la périphérie de la cornée, dans la direction du muscle droit interne. L'opérateur tient la pince à fixation avec la main gauche, et avec la main droite il tient le kératotome.

Ces dispositions prises, l'opérateur, après avoir donné au couteau une direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans, pénètre parallèlement à l'iris, dans la chambre antérieure par la sclérotique, à 1 millimètre environ de l'insertion de cette membrane avec la cornée. On fait la ponction dans un point de la sclérotique qui est dans la direction du quart supérieur et externe de la cornée, et l'on pousse la pointe du couteau jusqu'au quart inférieur et interne de la périphérie de la chambre antérieure. Alors l'opérateur, en retirant le couteau, exerce un mouvemnt de rotation de haut en bas et de dehors en dedans, et par ce mouvement il coupe la sclérotique jusqu'au point de sa partie inférieure qui correspond au méridien vertical de la cornée. On peut aussi pratiquer, dans les mêmes proportions, l'ouverture à la périphérie de la cornée.

Le kératotome, quand il est près de sortir de la chambre antérieure, présente la pointe tournée en haut et en dedans, et le manche tourné en bas et en dehors.

Dans le deuxième temps de l'opération, tout en continuant à tenir l'œil fixe et les paupières écartées, on pénètre avec les pinces dans la chambre antérieure pour saisir l'iris et l'exciser.

Dans le troisième temps, l'opérateur quitte les pinces à pupille artificielle et saisit la curette pour la porter contre la face postérieure de la cataracte. Il introduit la curette entre les lèvres de la plaie, après avoir donné à l'instrument une position un peu oblique de haut en bas, de dehors en dedans et d'avant en arrière. Une légère pression exercée sur la périphérie de la cataracte suffit pour la luxer partiellement. La curette pénètre alors derrière la cataracte et est poussée jusque près du bord interne du cristallin, qui est facilement extrait avec sa capsule par un mouvement d'arrière en avant imprimé au manche de l'instrument.

Les avantages que M. Castorani reconnaît à ce procédé sont les suivants :

Réunion des lèvres de la plaie dans la même journée de l'opération.

Lèvres de la plaie qui ne se luxent pas, à cause du siége de l'incision et de la disposition des paupières.

Facilité d'exécuter l'incision au côté externe de la cornée ou de la sclérotique.

Après l'opération de la cataracte, il n'y a pas de cataracte secondaire.

Les lèvres de la plaie au côté externe de la cornée ne s'infiltrent pas et, par conséquent, elles ne peuvent pas se ramollir.

Si l'humeur vitrée sort en partie ou en totalité, l'œil reprend son volume ordinaire sans que la fonction visuelle soit altérée.

Les accidents qui peuvent survenir pendant cette opération, et qu'il est bon de connaître afin de les prévenir autant que possible, sont : la sortie de l'humeur vitrée ; la contusion des lèvres de la plaie pendant la sortie de la cataracte ; la cataracte se luxe quelquefois tout de suite après la ponction de la cornée, ou dans le troisième temps de l'opération, et tombe dans le fond de l'œil ; la capsule peut s'ouvrir, etc.

Voici le résumé général de la pratique de M. Castorani :

1° Nombre total des cataractes opérées, 391. Naissantes, 2; incomplètes, 10 ; aux deux yeux, 260 ; à un seul œil, 131. — Consistance : cataractes molles, 75 ; dures, 88 ; mixtes, 174 ; liquides, 8 ; congénitales, 6 ; glaucomateuses, 2 ; capsulo-lenticulaires, 5 ; semi-liquides, 2 ; molles régressives, 3 ; arides siliqueuses, 2 ; noires, 9 ; verte, 1 ; traumatiques, 16.

2° Accidents pendant l'opération : sortie de l'humeur vitrée (proportion de 1/4), 1 ; 1/3, 3 ; 1/2, 2 ; 2/3, 8 ; sortie totale, 13. — Cataractes qui ne sont pas sorties complétement, 2 ; cataracte tombée au fond de l'œil, 1 ; procidence de l'iris, 1.

3° Accidents après l'opération : hémorrhagies intra-oculaires, 3.

(1) Il serait très-intéressant de comparer à ce point de vue les bains chauds simples avec les bains thermo-minéraux dont l'action semble s'adapter, au contraire, plus spécialement à l'état diathésique ; c'est une question pratique de premier intérêt, que nous nous réservons d'aborder un jour.— Dr B.

4° Complications : conjonctivites catarrhales, 4; granuleuses, 4; blépharites ciliaires, 2; leucomes simples périphériques, 1; néphélions centraux, 4; ectropions sarcomateux, 2; arcs séniles très-larges, 2; ectasie de la cornée, 1; iritis, 3; glaucomes chroniques, 2; scléro-choroïdite postérieure au troisième degré avec perte totale de la vision, 1; scléro-choroïdite postérieure au troisième degré, 1; irido-choroïdite, 1; synéchies postérieures, 12; décollements de la rétine, 3; humeur vitrée ramollie et très-trouble, 7; humeur vitrée ramollie, 14; commencement d'atrophie de l'œil, 1; vision nulle ou presque nulle par l'altération des membranes internes, 10; choroïdite exsudative, 1; exophthalmos, 2.

5° Marche : conjonctivites simples, 2; catarrhales, 10; granuleuses, 2; purulentes, 4; iritis, 33; synéchies antérieures, 9; choroïdites suppuratives, 16; irido-choroïdites, 2; fièvre typhoïde, 1.

6° Terminaisons : vision satisfaisante, 302; médiocre, 32; très-médiocre, 2; nulle ou presque nulle à cause de l'altération des membranes internes, 14; atrophie de l'œil, 25; incomplète, 1; cataractes pseudo-membraneuses complètes, 8; incomplètes, 3; atrésie de la pupille, 3; résultats inconnus, 3.

Ainsi, sur 391 opérations, 365 succès et 26 insuccès, tel est en bloc le résultat de l'extraction linéaire externe de la cataracte.

Si l'on rapproche ces résultats des résultats de l'extraction à lambeau, d'après les différents auteurs, tels que nous les trouvons exposés dans le *Traité des maladies des yeux* de M. Galezowski; savoir :

Roux, 180 guérisons sur 252 opérations. — Desmarres père, 86 sur 100. Nélaton, 85 à 90 sur 100. — Wolfe, 94 sur 107. — Mooren, 53 sur 59. — Jacobson, 97 sur 100. — Galezowski, 14 sur 17;

On voit que la proportion des succès obtenus par M. Castorani ne supporte pas avec trop de désavantage la comparaison, surtout si l'on prend en considération la remarque que fait l'auteur que, dans le grand nombre des insuccès, il y a à tenir compte d'opérés qui ont succombé à des accidents imprévus et de ceux qui, lors de l'opération, étaient dans une situation désespérée.

Glossite résultant du goître suffocant.

A l'occasion des diverses communications sur la glossite insérées dans les numéros des 10 et 17 octobre dernier, et en particulier de l'observation de M. le docteur Sonrier, M. le docteur Lesur, de Renwelz (Ardennes) nous adresse la note qui suit :

« Je ne vois rien, dit-il, dans ces communications qui ait trait à la glossite résultant du goître suffocant, ou mieux du kyste du goître, que j'ai eu plusieurs fois l'occasion de rencontrer et d'opérer avec succès, d'après la méthode de Sédillot. Rien de subit, d'instantané et d'effrayant comme ce gonflement de la langue résultant tout à coup d'une augmentation de volume du kyste du goître. Il est de règle, dans le processus de cette affection, souvent confondue avec le goître charnu, qu'après un temps assez long, après des alternatives d'augmentation et de diminution sous l'influence de l'iode en topique, le malade soit surpris par une accès de suffocation; le liquide s'est accru tout à coup; la face devient vultueuse; une sensation d'étranglement détermine une anxiété extrême, et, en peu d'heures, la langue ne pouvant plus être contenue derrière les arcades dentaires, fait irruption hors de la bouche, et son extrémité bleuâtre, comme étranglée, est projetée hors des lèvres du patient, dont le visage rend assez l'aspect que le statuaire antique donnait à Laocoon.

Le docteur Sonrier avoue son embarras en présence d'un cas sinon identique et, en dehors de cette cause, au moins analogue. Si le médecin de campagne n'est pas dans un camp, il est aussi isolé, la nuit, dans un lieu écarté de la résidence de tout confrère capable de lui venir en aide. Cependant il n'y a pas de temps à perdre. Au cas particulier, c'est-à-dire en présence du gonflement de la langue résultant d'un kyste goîtreux, la situation devient dramatique, et, en quelques instants, le patient peut s'affaisser dans l'asphyxie, sous les yeux du chirurgien qui hésite.

Sauf à donner la relation de plusieurs kystes goîtreux opérés avec succès avant que M. Demarquay eût simplifié le procédé opératoire, voici, depuis trente ans, quelle est ma conduite en pareille circonstance. Non-seulement j'incise bi-latéralement la langue; mais, après avoir sectionné d'un coup de ciseaux les commissures des lèvres, la langue étant suffisamment attirée au dehors par une érigne, je n'hésite jamais à enlever un lambeau longitudinal de chaque côté.

Ne pas s'effrayer de l'hémorrhagie immédiate, c'est le premier élément de la cure. Peu à peu les yeux rentrent dans leurs orbites, et le visage reprend une expression naturelle; la respiration et la déglutition redeviennent physiologiques.

Bientôt les accidents hémorrhagiques cessent; le calme renaît chez le malade et dans la famille. Le danger est conjuré pour le moment, mais la tâche du chirurgien n'est pas finie. Il n'en est pas comme d'une trachéotomie; quand elle est faite, il faut, sans perdre de temps, aborder la cause souvent méconnue, même de praticiens émérites. Il faut vider le kyste goîtreux. Presque toujours ces kystes passent inaperçus pendant longtemps, parce qu'ils sont interstitiels; la fluctuation n'est plus la même que dans une collection purulente; il y a presque toujours doute; donc, procéder d'abord par une ponction exploratrice à l'aide d'un trocart capillaire. Si l'emploi de cet instrument est indiqué, c'est bien dans cette circonstance où l'on doit pénétrer dans la région thyroïdienne, si riche en vaisseaux sanguins. J'en appelle à M. Sédillot : dans une clinique à l'hôpital de Strasbourg, la ponction du kyste du goître, avec la plus grande précaution, donna lieu à une hémorrhagie presque foudroyante, voire même par exhalation à l'intérieur du kyste, accident contre lequel le galvano-cautère est impuissant.

Privé de cet instrument, qui n'est pas dans le domaine de la pratique ordinaire, je me suis servi trois fois d'un fer aigu, rougi à blanc, après m'être assuré par l'explorateur de l'existence du kyste, dont la guérison se fit lentement plus tard.

En résumé : en présence d'une glossite, ou plutôt d'un œdème de la langue résultant d'un kyste du goître, voici les indications :

1° Enlever un lambeau de chaque côté de la langue attirée au dehors; — 2° Évacuation du kyste; — 3° Cure radicale de cette poche. »

Dr Brochin.

DE L'ASTHME BRONCHIQUE

Par le professeur de Biermer (de Zurich).

Les *Archives de médecine* nous donnent la traduction de cette leçon clinique extraite de la collection de Volkmann, n° 12. Nos lecteurs en liront avec intérêt les conclusions.

L'asthme bronchique consiste en un spasme tonique des muscles bronchiques. — Ce fait est démontré par des preuves cliniques, notamment par le type respiratoire, les bruits de sténose, et leur dis-

parition rapide après l'administration du choral. — Le spasme bronchique détermine l'emphysème pulmonaire aigu et l'abaissement du diaphragme. — Cet emphysème aigu, qu'il ne faut pas confondre avec l'emphysème proprement dit, se produit chaque fois que les bronchioles sont rétrécies par spasme ou par bronchite, et que l'inspiration n'est pas affaiblie. — La ventilation alvéolaire est facilement entravée par des obstacles siégeant dans les bronchioles; l'air alors entre plus facilement qu'il ne sort de l'alvéole. — Dans le spasme bronchique, l'obstacle est plus prononcé à l'expiration qu'à l'inspiration. — La distention alvéolaire se traduit par une modification du son à la percusssion (son de caisse) et par l'abaissement du diaphragme. — Les symptômes du spasme du diaphragme diffèrent de ceux de l'asthme. — Il n'existe pas de spasme du diaphragme qui puisse durer pendant des heures sans produire l'asphyxie. — Le spasme clonique du diaphragme détermine une sorte de sanglot et gêne surtout l'inspiration. — Dans l'asthme bronchique, au contraire, l'expiration est plus entravée que l'inspiration. — La dyspnée expiratoire est tout aussi caractéristique du rétrécissement des bronchioles que la dyspnée inspiratoire du rétrécissement des gros tuyaux. — Quand le poumon se remplit mal d'air, l'inspiration est renforcée; quand il est distendu, c'est l'expiration qui est exagérée. — Le croup et l'asthme laryngé constituent des types de dyspnée inspiratoire. — L'asthme bronchique est presque toujours de caractère réflexe. — On peut distinguer un asthme bronchique idiopathique ou essentiel et un asthme catarrhal. — Tous deux s'accompagnent de congestion de la muqueuse respiratoire. — Il est cependant des cas où l'accès d'asthme ne s'accompagne d'aucun symptôme indiquant la congestion ou le catarrhe des bronches. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 octobre 1874 (1). — Présidence de M. Le Fort.

M. Horteloup termine la lecture de son rapport :

En l'absence d'une théorie donnant une satisfaction quelconque, faut-il, comme Julia Fontenelle, chercher la cause de la combustion spontanée dans une décomposition intérieure tout à fait indépendante de l'influence d'agents extérieurs, par une sorte de dégénérescence des muscles, des aponévroses des intestins, ou faut-il admettre, comme M. Chassaniol, que, entre ses transformations plus que problématiques, l'alcool est un agent puissant et direct de stéatose, et surtout de stéatose pathologique qui peut substituer, chez certaines constitutions, aux humeurs et aux tissus vivants des éléments inertes et dépourvus de vie. Je crois que la lecture de ces opinions suffit pour les réfuter, et qu'elles sont, comme l'a dit M. Devergie en parlant de celle de Fontenelle, du genre des opinions que l'on admet en médecine quand le raisonnement devient insuffisant.

Dans ces dernières années, quelques auteurs se sont demandé si l'on ne pouvait pas rapprocher les combustions spontanées des faits dont M. Chevalier a rapporté de nombreux cas dans un mémoire sur les incendies et inflammations spontanées des différents corps poreux tels que la paille, le charbon de terre, le chanvre, le lin, etc. Mais il est impossible de s'arrêter à cette opinion lorsqu'on étudie les phénomènes chimiques qui se produisent dans les incendies; ainsi pour les meules de foin, M. Chevalier prouve que s'il se trouve au centre une assez grande quantité de foin humide et fortement tassé, il se développe une fermentation assez vive pour produire une élévation de température suffisante pour enflammer certains points de la meule.

Pour les incendies de vieux chiffons ou des bourres de coton imprégnés d'huile, il est facile de les expliquer par l'absorption de l'oxygène par les huiles qui peut se produire avec une assez grande rapidité pour développer une chaleur capable d'enflammer les corps gras.

Dans les houillères, la transformation de la pyrite en sulfate de fer au contact de l'air et de l'humidité, suffit pour occasionner un dégagement de chaleur tel que la houille peut prendre feu.

Je crois que ces exemples sont de nature à montrer que ces faits n'ont aucun rapport avec le sujet dont nous nous occupons. Aussi, quoi qu'on fasse, il est impossible de trouver une théorie pouvant faire admettre la combustion spontanée; aussi M. Chassaniol est-il bien obligé d'en convenir, et cependant « je ne puis me résoudre, dit-il, à penser qu'Orfila, Siebold, Dupuytren, Devergie et bien d'autres auteurs aient pu se tromper, aussi avancera-t-on avec moi que Bischoff et Liebig ont été très-inconvenants en traitant ces hommes justement célèbres d'hommes ignorants et d'observateurs superficiels de faits ».

Je regrette de ne pas même pouvoir partager sur ce point l'opinion de M. Chassaniol, car s'il avait été moins porté à trouver des partisans à la combustion spontanée, il aurait vu qu'il n'était même pas possible de s'appuyer sur toutes ces autorités.

Sauf M. Devergie, qui admettait que les tissus étaient capables de s'imprégner d'une telle quantité d'alcool que l'exhalation cutanée n'étant plus en rapport avec l'absorption intérieure, la combustion du corps devenait plus facile à l'approche d'une cause déterminante bien faible, sauf cet auteur, il est difficile de s'appuyer sur Orfila et Dupuytren.

Orfila a écrit sur la combustion spontanée un petit article de trois pages qui ne contient ni critique ni opinion personnelle, et il n'a que certainement voulu ne pas être incomplet en passant sous silence ce problème.

Il commence bien son chapitre en disant que, quoique la combustion spontanée n'ait pas été jusqu'à présent expliquée, elle doit pourtant être admise ; mais le reste de son article montre d'une manière évidente combien il y croyait peu.

Ainsi, après avoir dit que les causes prédisposantes paraissent dépendre d'un état particulier des solides et des humeurs pouvant tenir à la présence d'une certaine quantité d'alcool; que les causes occasionnelles sont, pour les uns, le contact avec une matière en ignition, pour les autres, comme Lecat, Rapp et Marc, la réunion des trois circonstances suivantes : un état électrique particulier, la présence de l'alcool ou d'un gaz inflammable dans nos organes et d'une quantité notable de graisse, Orfila ajoute : Toujours est-il vrai que l'on n'a pas constamment trouvé un corps en ignition près des restes des sujets ; qu'il est également avisé que toutes les victimes ne faisaient pas abus d'alcool; que, dans beaucoup de cas, l'atmosphère ne paraissait pas surchargée d'électricité au moment de la combustion, *et enfin* qu'il est difficile de prouver que le phénomène dépendait d'un état électrique du sujet.

C'est-à-dire qu'en quelques lignes Orfila démolit complétement les théories qu'il vient de citer, aussi ajoute-t-il : « Nous ne pousserons pas plus loin l'examen des causes occasionnelles, parce qu'il serait impossible dans l'état actuel de la science d'établir autre chose que des conjectures dont le vague se ferait sentir. »

Quant à Dupuytren, le doute est encore moins permis; il ne croit pas à la combustion spontanée : « On a nié, dit-il, qu'une combustion autre que la combustion spontanée pût consumer complétement un corps en une seule nuit. » Or, pour montrer le vide d'une semblable assertion, il raconte que pour faire disparaître les restes des cadavres dérobés dans les cimetières, les étudiants les brûlaient, et, qu'en effet, plus il y avait de graisse plus la combustion était rapide, mais que la nuit suffisait toujours.

Voilà comment Dupuytren expliquait ces soi-disants cas de combustion spontanée : « Une femme rentre chez elle après avoir pris une dose un peu forte de liqueurs spiritueuses; il fait froid, et pour résister à la rigueur de la saison, un peu de feu est allumé; elle s'assied sur une chaise, une chaufferette placée sous les pieds. Au coma produit par les liqueurs vient se joindre l'asphyxie produite par le charbon; le feu prend aux vêtements; dans cet état la douleur se tait; le sujet est dans une complète insensibilité; le feu gagne, les vêtements s'enflamment et se consument; la peau brûle; l'épiderme carbonisé se crevasee; la graisse fond et coule au dehors; une partie ruisselle sur le parquet, le reste sert à entretenir la combustion; le jour arrive, et tout est consumé. » Voilà comment l'alcool a été cause occasionnelle de la combustion; c'est en produisant le coma et non pas un prétendu amalgame avec nos tissus qu'il agit.

Il cite quelques lignes plus bas l'observation d'une vieille femme arrivée de cette manière, « et tout, dit Dupuytren, m'a convaincu de la fausseté de l'opinion des auteurs sur l'influence de l'alcool comme identifié avec nos tissus dans la combustion spontanée; tout

(1) Suite. — Voir le numéro du 31 octobre.

m'a convaincu qu'il n'agit que comme stupéfiant; que l'asphyxie due au charbon et le coma par l'insensibilité qu'ils déterminent, sont les causes véritables d'une combustion qui toujours est communiquée et qui jamais ne survient *spontanément.* »

Arrivé à la fin de ce long rapport, je pense avoir prouvé que jusqu'à présent il est impossible d'accepter comme vraie la combustion spontanée des corps. Faut-il affirmer que jamais elle ne se présentera, je crois que ce serait aller trop loin; mais il faut bien reconnaître que jamais il n'y a eu une observation authentique, et que rien dans la science ne vous autorise à l'accepter. Aussi, comme l'a dit M. Tardieu, n'est-ce ni à la théorie ni à l'expérimentation, mais à l'observation qu'il faut en appeler, et lorsqu'un cas aura été observé par un homme digne de foi, la combustion spontanée devra prendre rang dans cette classe, malheureusement toujours trop grande, de faits réels, mais inexplicables.

Messieurs, quoique votre rapporteur ait été obligé de combattre le mémoire de M. Chassaniol, il ne peut s'empêcher d'en apprécier tout le travail et d'en reconnaître le mérite; aussi votre commission espère-t-elle que vous en tiendrez bon compte lorsque vous aurez à désigner des membres correspondants, et j'ai l'honneur de vous proposer les conclusions suivantes :

1° Remercier M. Chassaniol;

2° Inscrire M. Chassaniol dans un bon rang sur la liste des candidats au titre de correspondant;

3° De déposer son mémoire dans les archives de la Société.

DISCUSSION

M. LE FORT. Je relèverai une erreur de date. Casper est mort il y a une dizaine d'années; on ne peut donc le faire parler en 1870. Quant à son appréciation relative aux médecins français, je crois qu'il y a là une erreur d'interprétation due à ce que nous ne savons pas l'organisation pratique en Allemagne et surtout celle qui est relative aux médecins départementaux qui sont chargés de relever, dans leur circonscription, tout ce qui se fait d'important, tout ce qui se passe d'extraordinaire; je suis assez convaincu de l'estime que Casper portait aux médecins français pour me porter garant qu'il n'a pas voulu les traiter d'ignorants.

Les conclusions de M. le rapporteur sont adoptées : le travail de M. Chassaniol sera envoyé aux archives, et le rapport de M. Horteloup inséré au *Bulletin*. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 23 octobre 1874. — Présidence de M. LAILLER.

Fièvre puerpérale. — M. BLACHEZ, à l'occasion des faits communiqués dans la dernière séance par M. Dujardin-Beaumetz, relativement à la fièvre puerpérale, apprend à la société que deux nouveaux cas ont été observés à l'hôpital Saint-Antoine, l'un dans le service de M. Proust, l'autre dans son propre service. Les deux femmes qui ont été atteintes sont venues du dehors. Elles ont été placées dans le service des maladies aiguës et non dans la salle des femmes en couche.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ communique, de la part de M. Lorain, une note en réponse aux observations présentées par M. Empis (voir le dernier compte rendu) [1]. Dans cette note, M. Lorain expose le tableau des soins donnés dans la salle d'accouchements de son service de la Pitié.

Voici les renseignements qu'il donne en particulier sur les faits qui ont été mis en cause dans la séance précédente, c'est-à-dire sur les expériences qu'un jeune médecin aurait faites dans ce service.

Cette assertion, dit M. Lorain, est absolument dénuée de fondement. M. le docteur Lingrand (de Lille) a fait, en 1872, une thèse fort utile et qui a été récompensée par la Société de médecine, sur les pertes de sang après l'accouchement, et il nous a appris sur cette question des choses que pas un de nous ne savait. Il procédait avec les plus grandes précautions, et toutes ses observations (et non ses expériences) ont été faites avec la balance en main. Or de la salle d'accouchements, les placentas, les linges ensanglantés étaient transportés dans une salle-laboratoire, et aucune de ces observations n'a pu être, en aucune façon, préjudiciable aux femmes qui en ont été l'objet. Il ne doit donc rien rester de ce mot d'expérience, et il demeure acquis que le soin de la santé des malades l'emporte ici comme ailleurs sur toute autre préoccupation.

Relativement aux soins donnés habituellement aux femmes en couche, et dont M. Lorain expose tous les détails dans sa note, ils sont exactement les mêmes que ceux qui avaient été établis par ses prédécesseurs. J'ai trouvé les choses en cet état, dit-il, et les y ai laissées sans y rien changer; s'il y a quelques défauts, je n'en endosse pas la responsabilité, et les mérites qu'on y pourrait trouver ne me doivent point être attribués. Les savants médecins qui m'ont précédé dans ce service ont apporté des améliorations dont la tradition a été religieusement conservée.

Maladies régnantes. — M. BESNIER donne lecture du rapport trimestriel sur la constitution médicale pendant les mois de juillet, d'août et de septembre 1874.

La température moyenne a été plus élevée que celle des années précédentes (+ 18,8 cent.); mais, d'autre part, l'atmosphère a été particulièrement variable. Les degrés hygrométriques ont été plus élevés que pendant le printemps. Les chiffres ozonométriques ne se sont pas écartés du niveau moyen.

Les affections soumises aux influences thermométriques ont conservé le degré assez élevé qu'elles avaient acquis au printemps; notamment les coqueluches, les rhumatismes articulaires et toutes les affections qui dérivent de la diathèse rhumatismale ont sévi avec une fréquence, une intensité et une gravité tout à fait exceptionnelles; la fièvre typhoïde a subi une exacerbation brusque; la diphthérie a sévi avec une rigueur inusitée dans cette saison; les fièvres intermittentes ont été nombreuses; les affections puerpérales très-peu accentuées, comme cela est le règle pendant la saison chaude.

La mortalité générale dans les hôpitaux est inférieure à celle de la période correspondante la plus favorisée des dix années précédentes.

Affections des voies respiratoires.— Quelques-unes ont conservé pendant l'été une fréquence et une gravité un peu plus considérables que d'ordinaire, tout à fait en rapport avec les conditions atmosphériques signalées plus haut.

Affections diphthéritiques fréquentes et meurtrières. Statistique toujours lamentable. La rémission habituelle à la saison d'été est peu accentuée. Le chiffre des décès s'est abaissé seulement de 20 sur le trimestre précédent, et la mortalité relative a même été plus élevée.

A l'hôpital Sainte-Eugénie, 18 cas de diphthérie, dont 10 angines et 8 croups; proportion assez forte. Des 10 enfants atteints d'angine diphthéritique, 6 ont succombé; des 8 atteints de croup, 7 ont été opérés, dont deux ont guéri; le malade non opéré a succombé. A l'hôpital des Enfants-Malades 7 croups, dont une seule guérison après l'opération; 8 angines couenneuses, dont trois avec des phénomènes toxiques graves et dont 5 légères; 2 bronchites pseudo-membraneuses primitives guéries assez rapidement.

Les *affections rhumatismales* ont sévi avec une fréquence et une gravité exceptionnelles, donnant lieu à une mortalité très-supérieure à celles des années antérieures.

M. Champenois, au Gros-Caillou, fait observer que les cas de rhumatisme articulaire se sont compliqués 10 fois sur 17 d'accidents du côté du cœur. La digitale a eu contre les cas suraigus les mêmes avantages que le bicarbonate de soude à haute dose sur les plus légers.

M. Roger, aux Enfants-Malades, a remarqué le grand nombre des complications cardiaques et leur coïncidence avec une fréquence exceptionnelle des chorées. M. Bergeron, à Sainte-Eugénie, note aussi la fréquence de l'endocardite. M. Féréol, à la Maison de santé, a signalé la fréquence et l'intensité des affections rhumatismales; il a

(1) C'est M. Lorain qui a succédé à M. Empis dans la direction du service des femmes en couche à l'hôpital de la Pitié.

continué à recourir à la propylamine sans grand succès. Deux cas de mort, l'un par rhumatisme cérébral sur un sujet alcoolique, l'autre par méningite, survenue pendant la convalescence en même temps que plusieurs autres accidents, et entre autres un ictère d'une très-grande intensité.

M. Martineau, à l'hôpital de la Charité, a observé 20 cas de rhumatisme, dont 1 de rhumatisme blennorrhagique dans lequel est survenue une phlébite des veines du membre inférieur gauche. Il signale aussi un cas de rhumatisme articulaire aigu, s'étant compliqué de purpura hémorrhagique, puis 5 cas où l'embarras gastrique a été très-prononcé et très-heureusement modifié par le tartre stibié.

Une épidémie de pemphigus aigu des nouveau-nés a été observée à la Charité dans le service d'accouchement. (Voir la Revue clinique du 31 octobre.)

La *fièvre typhoïde*, qui n'avait fourni que 8 décès en juin, s'est brusquement relevée dès le commencement de l'été, mais sans atteindre encore, ni comme nombre, ni comme gravité, le degré moyen auquel elle s'est élevée dans les sept années précédentes. Comme toujours elle a suivi, depuis le commencement de l'été jusqu'à la fin, une marche régulièrement croissante.

M. Champenois, au Gros-Caillou, a observé quelques cas graves. Dans les cas de température exagérée, la digitale, dit-il, a mieux contribué que la méthode de Brand à la défervescence.

M. Roger, aux Enfants-Malades, a observé 15 cas; tous se sont terminés par la guérison. La forme muqueuse a été le type prédominant. Deux cas de rechute, un cas compliqué d'endocardite. M. Roger emploie depuis longtemps les bains tièdes (33°) quand le malade est agité, quand la température est très-élevée. Les lotions vinaigrées sont employées en même temps.

M. Bergeron, à Sainte-Eugénie, a observé 31 cas, dont 21 dans le mois d'août, ce qui porte à croire que cette poussée épidémique est près de finir. Les 4 premiers entrés venaient de Vincennes ou des environs. Deux de ces enfants arrivaient d'un pensionnat où se trouvaient déjà des malades atteints de fièvre typhoïde. Deux autres venaient de Joinville, laissant leur mère en puissance elle-même de cette maladie. L'épidémie a été très-bénigne, deux cas de mort seulement.

M. Féréol a continué à traiter les cas graves par les bains à 20 degrés et en a obtenu de bons résultats. M. Laboulbène, à Necker, mentionne la prédominance de la forme adynamique. Affusions froides, enveloppements dans les draps mouillés favorables. Taches bleues, aussi nettes que possible chez des sujets présentant en même temps des taches rosées lenticulaires.

M. Desnos, à la Pitié, s'est bien trouvé, dans quelques cas d'intensité moyenne avec adynamie et léger délire, des affusions froides répétées deux fois par jour. M. Lépine, à Lariboisière, a surtout employé le sulfate de quinine à hautes doses (de 1gr50 à 2gr50 en 24 heures), l'extrait de quinquina et l'alcool. Malgré ce traitement, il n'a pu obtenir, dans les cas graves, un abaissement de température de plus d'un degré, et il ne lui paraît pas que la gravité de la maladie ait été influencée d'une manière appréciable. Dans aucun cas, le sulfate de quinine n'a causé d'accidents. M. Lépine a fait donner quelques bains froids, mais l'impossibilité de les faire continuer pendant la nuit l'a fait renoncer à ce mode de traitement. Il fait appliquer d'une manière permanente de la glace sur le ventre des malades; il pense que ce moyen doit avoir un effet favorable sur le processus local et prévenir probablement les hémorrhagies intestinales.

M. Martineau, à la Charité, n'a guère observé que des cas légers. La forme abdominale a prédominé. Il a noté, comme particularité intéressante, une haute température, aussi bien dans les cas simples que dans cinq cas ataxo-adynamiques qu'il signale spécialement. Malgré cela, il n'a pas eu recours à la méthode de Brand. Il s'est borné à prescrire des compresses imbibées de vinaigre sur l'abdomen, des lavements froids, matin et soir, du bouillon froid, des compresses froides sur le front, des lotions froides de vinaigre sur tout le corps dans les cas les plus graves.

Les *fièvres intermittentes* ont continué à se montrer nombreuses dans les campements suburbains. Au Gros-Caillou, M. Campenois a observé quelques cas provenant de Meudon, et s'étant fait remarquer par leur ténacité et tous les signes de la cachexie palustre. Ce type a été constamment tierce. Ce sont les régiments campés en face des étangs du Bas-Meudon qui ont été atteints. Ceux qui occupaient les hauteurs sont restés indemnes.

Les *affections des voies digestives* ont été assez fréquentes à l'état primitif et secondaire, surtout dans la deuxième partie de l'été. Il est à remarquer, dit M. Martineau, que la plupart des affections fébriles aiguës se sont accompagnées d'un état gastrique tel qu'il a constitué une indication thérapeutique évidente. L'ipéca et le tartre stibié lui ont rendu de grands services. Il fait remarquer aussi la haute température présentée par les malades atteints d'embarras gastrique fébrile. Le diarrhée catarrhale a cédé facilement et rapidement aux purgatifs salins. Deux malades ont offert des accidents cholériformes très-accentués. La dysentérie s'est montrée assez fréquente à la fin de l'été, mais bénigne, même dans la population militaire.

M. Champenois fait observer que cette affection cédait plus facilement aux évacuants qu'aux opiacés et au sous-nitrate de bismuth. M. Besnier, à cette occasion, appelle l'attention sur l'infidélité de ce dernier médicament, et se demande s'il n'y a pas quelque abaissement dans la qualité générale de ce produit ou si les falsifications sont poursuivies avec quelque activité.

Les quelques explosions de *fièvres puerpérales*, qui ont été notées, se sont montrées toutes locales et sont restées dans des limites très-restreintes. La mortalité, dans ce dernier trimestre, a été inférieure à celle du trimestre correspondant de l'année précédente. Il résulte des observations et des recherches de M. Besnier que les maternités, si violemment attaquées, sont devenues meilleures pour les femmes en couche que les services d'accouchement des hôpitaux généraux. Ce sont ces derniers qui doivent être l'objet des préoccupations les plus vives. C'est là qu'est le vice principal.

M. Siredey, chargé du service des femmes en couche à Lariboisière, donne quelques détails intéressants sur les précautions qu'il a prises pour éviter l'explosion d'une nouvelle épidémie. Il reviendra ultérieurement sur ce sujet dans une communication spéciale.

Nous avons parlé, dans le compte rendu de la séance précédente, de l'épidémie de fièvres puerpérales observée par M. Dujardin-Beaumetz à la Pitié. Nous n'avons pas à y revenir.

M. Gintrac (de Bordeaux) signale seulement, pendant le mois de juillet, quelques cas de varicelle et de rougeole, un petit nombre d'angines diphthéritiques et deux ou trois cas de croup; un très-grand nombre d'entérites simples, de choléra infantile, deux ou trois cas de choléra nostras. En août, la fièvre typhoïde fait son apparition à Bordeaux, mais surtout dans les villages voisins; elle affecte la forme adynamique et est bénigne; les bains froids ont donné de bons résultats. Dans une localité voisine de la ville, la fièvre typhoïde revêt la forme ataxique et donne une proportion assez considérable de décès. En septembre, les cas de rhumatisme articulaire à forme subaiguë sont assez fréquents.

M. Lecadre (du Havre) fait remarquer la prédominance des affections abdominales (maladies d'été). Il signale particulièrement les embarras gastro-intestinaux avec quelques accidents graves, tels que des crampes, un refroidissement général et un malaise profond. Cependant on n'eut à déplorer qu'une seule mort par le choléra sporadique. La diarrhée cholériforme des jeunes enfants fut très-commune et fit beaucoup de victimes. La fièvre typhoïde fut remarquable par ses rémissions bien caractérisées, ce qui permit d'user avec succès du sulfate de quinine. Dans les derniers jours de septembre apparurent un plus grand nombre d'affections des voies respiratoires et de rhumatismes généralisés, dont plusieurs compliqués d'endocardite grave. Quelques cas seulement de fièvre puerpérale pendant les grandes chaleurs.

M. Leudet (de Rouen) signale en octobre la fréquence, surtout en ville, des fièvres typhoïdes à forme hémorrhagique. Malgré ces hémorrhagies intestinales, toutes, sauf une, se sont terminées par la guérison. Un seul cas de variole, trois cas de choléra sporadique, phlegmasies thoraciques rares. Un cas évident d'endocardite rhumatismale récidivante accompagnée d'embolies capillaires vers les membres et causant par places des tumeurs dures, rouges, se terminant par résolution et ailleurs des abcès à forme gangréneuse. Ce malade a guéri. Un autre, atteint d'une endocardite valvulaire chronique, a pré-

senté une embolie subite des deux artères iliaques provoquant une gangrène sèche d'un pied et une gangrène humide de l'autre. Cette malade a succombé en une semaine.

COMMUNICATIONS

Kyste hydatique du foie. — Guérison par la ponction aspiratrice. — M. DUMONTPALLIER communique un fait intéressant observé par un médecin de province. Un homme, âgé de quarante et un ans, était atteint d'une dyspnée progressive datant de huit mois. On constatait du côté droit, en avant, une matité remontant jusqu'à 3 centimètres au-dessus du mamelon et s'étendant jusqu'à un travers de main au-dessous de la dernière côte sternale. La respiration est normale dans les régions où il n'existe pas de matité. Le médecin diagnostique un kyste hydatique du foie. Une ponction aspiratrice donne issue en effet au liquide caractéristique. La dyspnée disparaît complétement, la guérison est obtenue.

Dermatite exfoliatrice. — M. VIDAL présente un homme atteint de cette maladie. L'affection a commencé vers la fin de février par des rougeurs à la partie interne des cuisses, accompagnées de malaise et de fièvre. Bientôt celle-ci devient intense et, en même temps apparaît un violent mal de gorge; il entre à l'hôpital le 3 mars. On crut d'abord avoir affaire à une scarlatine. Mais la marche ultérieure de la maladie ne permît pas de s'arrêter longtemps à cette opinion. La desquamation, d'ailleurs très-prononcée, se renouvelle sans cesse, surtout aux pieds et aux mains où il se formait comme de véritables gants qu'on pouvait retirer tout d'une pièce. Cette exfoliation s'est ainsi renouvelée du mois de mars au mois de juin. La fièvre a été très-intense, la température a dépassé 40 degrés, le pouls 120 pulsations. Le malade n'a pas tardé à présenter un amaigrissement extrême, une très-grande faiblesse; il avait des escarres au sacrum, aux coudes. En même temps que se faisait cette desquamation, tous les poils du corps sont tombés ainsi que tous les ongles. C'est là, dit M. Vidal, un fait rare de l'affection désignée sous le nom de dermatite exfoliatrice. Des faits analogues ont été signalés par Erasmus Wilson.

M. Vidal ajoute que, quelques jours après son entrée à l'hôpital, ce malade a présenté un bruit de souffle au cœur: il y a eu là évidemment de la myocardite et de l'endocardite, ainsi qu'on en observe dans le cours des fièvres graves.

Ce malade a présenté un tel amaigrissement que de 64 kilogrammes qu'il pesait avant d'entrer à l'hôpital, il est tombé à 49 kilogrammes, et encore à une époque où il avait déjà repris, car pendant qu'il a été le plus malade, il était de toute impossibilité de le faire bouger de son lit. Depuis qu'il peut marcher il a remarqué que la jambe droite était plus faible que la jambe gauche et que le gros orteil du pied droit traînait par terre pendant la marche. Il est atteint d'une paralysie de l'extenseur propre du gros orteil. Le traitement par l'électrisation a donné quelques bons résultats, mais cependant n'a pas encore amené la guérison de cette paralysie.

DISCUSSION

M. LABOULBÈNE demande si les urines ont été examinées.

M. VIDAL répond que jamais les urines n'ont présenté ni sucre, ni albumine.

M. BUCQUOY serait assez disposé à ne voir là qu'un état cachectique consécutif à la scarlatine.

M. HÉRARD, qui commence en ce moment un travail sur la question, dit que ce n'est pas là un fait unique, que la science en possède plusieurs exemples, et que ces faits n'ont rien de commun avec la scarlatine.

La séance est levée à cinq heures.

Concours de l'externat (suite des questions). — Pas de séance le lundi 26 octobre, par suite de l'indisposition de l'un des juges. — *Mercredi* 28 : Vertèbres dorsales. — *Vendredi* 30 : Parois osseuses des fosses nasales. — *Lundi*, 2 novembre : Articulation du genou. — *Mercredi*, 4 : Muscle psoas-iliaque.

— *Clinique de la Faculté.* — M. le professeur G. Sée fera les leçons de clinique, à l'hôpital de la Charité, les lundis et vendredis, à neuf heures, à partir du 9 novembre.

Tous les mercredis, démonstrations histologiques et chimiques.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 130. — MARDI 10 NOVEMBRE 1874. 47e ANNÉE. MARDI 10 NOVEMBRE 1874. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT DE LA FACULTÉ.

M. GUÉNIOT, suppléant M. le professeur DEPAUL.

Sur les adhérences anormales du placenta (1).

IV. — Dans le cours de novembre 1871, on vint me prier d'assister une femme en travail, qui était entrée le jour même à l'hôpital Beaujon. L'enfant se présentait par le tronc, et M. le docteur Bellon, alors interne de garde, avait jugé qu'il y aurait lieu de terminer bientôt l'accouchement.

Lorsque j'arrivai, l'enfant était né depuis près de deux heures. C'était un gros garçon, à terme et dans un état de macération telle que sa mort devait remonter au moins à quinze jours. Une bosse séro-sanguine volumineuse se remarquait au niveau de l'hypocondre gauche. L'expulsion, paraît-il, avait eu lieu par évolution spontanée, et le siége s'était dégagé le premier à la vulve.

Après ce rapide examen de l'enfant, j'appris, non sans surprise, que la mère n'était pas encore délivrée. — Cette femme avait eu déjà six accouchements à terme ; tous s'étaient effectués heureusement. — Je la trouvai pâle, refroidie, offrant un aspect misérable ; depuis quinze jours elle était souffrante et perdait des eaux. A l'heure présente, c'était un sang noir, épais, partie liquide et partie coagulé, qui s'écoulait en faible quantité à travers la vulve. Par la palpation, on sentait l'utérus ferme et rétracté ; mais depuis l'accouchement on n'avait pas observé de vraies contractions. Enfin, sur l'un des côtés, le ventre était le siége d'une douleur continue, inflammatoire, qui s'exaspérait à la pression.

Je tentai quelques essais de délivrance par les moyens ordinaires. N'obtenant pas de résultat, je me décidai alors à porter la main jusque dans la matrice. Le col utérin était mou, flottant comme un bout d'intestin et ressemblant à un entonnoir dont la petite extrémité répondrait à l'orifice interne. Celui-ci, cependant, offrait un diamètre de 6 à 7 centimètres ; la main, prenant pour guide le cordon, put le traverser sans peine. Le placenta se trouvait au delà, étroitement emprisonné par le corps de l'utérus. Sur tous les points, l'organe me parut adhérent.

A l'aide d'un doigt, déchirant les membranes près de la racine du cordon, je parvins à m'assurer sur le tissu placentaire une prise solide. Je tirai sur la portion saisie, d'abord doucement, puis avec un peu plus de force, mais toujours d'une façon soutenue, en prenant soin d'éviter toute secousse. Pas un cotylédon ne céda. A trois reprises différentes, qui durèrent ensemble six minutes, je renouvelai sans désemparer mes tractions. Tous mes efforts restèrent inutiles : je ne ramenai rien, absolument rien. Ne voulant pas être imprudent, je m'arrêtai. Un peu de sang noir suivit le retrait de ma main, et ce fut tout.

Quatre jours plus tard, la malade succombait à des accidents d'infection purulente ; et l'on trouvait, à l'autopsie, outre un état gangréneux du placenta, des adhérences intimes et générales entre cet organe et le tissu de la matrice. Les poumons, et surtout les reins, renfermaient de nombreux abcès métastatiques.

Dans ce cas, l'affection qui emporta la malade avait certainement précédé l'accouchement ; mais les complications nées de l'adhérence placentaire ont dû précipiter la marche du mal et hâter l'heure de la mort.

V. — Au commencement de cette année, dans la nuit du 11 janvier, M. le docteur Décharac vint solliciter mon concours pour la délivrance d'une dame accouchée depuis plusieurs heures, et près de laquelle il avait été appelé lui-même par M. le docteur Rémond, médecin traitant.

La patiente était une femme d'environ trente-deux ans, douée d'une bonne santé habituelle et d'un embonpoint notable. Elle portait sur les membres des marques prononcées de rachitisme ; son bassin ne mesurait que 8 centimètres et demi au détroit supérieur. Aussi, des six enfants qu'elle avait eus, en dehors de celui dont je vais parler, aucun n'était-il vivant ; tous étaient venus avant terme, et deux seulement avaient vécu quelques semaines au-delà de leur naissance.

Le septième était une fille, née vers huit mois de conception, quatre heures avant mon arrivée ; elle s'était présentée par le siége et, quoique chétive, elle vivait. Le travail survenu prématurément, sans cause bien connue, avait suivi une marche régulière.

Un quart d'heure après l'expulsion de l'enfant, M. Rémond avait fait quelques essais de délivrance. Mais, en dépit du soin qu'il mit à tirer avec prudence, le cordon, qui était grêle et fragile, se rompit à son insertion placentaire et fut seul entraîné. Alors une demi-heure se passa dans l'expectation, puis

(1) Fin. — Voir le numéro du 29 octobre.

une heure, et la délivrance ne se fit point. Ce que voyant, notre confrère tenta l'introduction de la main dans les parties maternelles, mais il n'obtint d'autre résultat que l'extraction des membranes, qui se détachèrent du placenta sans entraîner à leur suite aucune parcelle de ce dernier.

L'orifice utérin, à peine large comme une pièce de 5 francs, et pourvu d'un bord épais et rigide, n'avait pas laissé pénétrer la main dans l'utérus; le gâteau placentaire conservait sur tous les points ses adhérences.

M. Décharac, appelé à intervenir, renouvela mêmes tentatives sans plus de succès.

Enfin j'intervins à mon tour. La malade était craintive et fatiguée, son utérus sensible et très-resserré; son pouls marquait 120 à la minute : nous décidâmes de la chloroformiser. Je pus ainsi l'examiner plus commodément.

L'ouverture de la matrice offrait un diamètre d'environ 4 centimètres et demi. Ses bords restaient épais (environ 1 centimètre et demi) et très-rigides, et cette rigidité n'était pas le simple effet d'un spasme; c'était plutôt de la rigidité anatomique ou de tissu, de celle qu'on observe chez certaines femmes qui accouchent avant terme, alors que le segment inférieur de l'utérus n'a pas encore atteint son complet ramollissement.

L'emploi du chloroforme ne diminua en rien la résistance du col. Deux doigts parvinrent jusque dans la cavité utérine, mais sans conserver assez de force ni de liberté pour manœuvrer efficacement.

Ne pouvant décoller le placenta par son bord, je tentai de le traverser à son centre, afin de l'accrocher et d'exercer des tractions sur sa masse. Efforts inutiles; je n'arrivai qu'à en dilacérer quelques portions et à en extraire un tout petit fragment. La perte sanguine, très-faible depuis l'accouchement, ne fut pas sensiblement augmentée.

Je cessai alors toute manœuvre, et, ne trouvant aucune médication nettement indiquée, je conseillai l'expectation pure.

Le lendemain (seize heures après ces essais de délivrance), mes confrères et moi nous réunîmes de nouveau. Le pouls restait fréquent, à 120 battements par minute; mais le ventre était souple, l'utérus moins sensible et l'expression du visage naturelle. Il n'y avait pas eu de frisson, la nuit avait été passable, et plusieurs bouillons avaient pu être digérés sans fatigue.

Par le toucher, je constatai que le col utérin s'était complétement refermé; je le trouvai long, conique, largement ouvert à son orifice vaginal et, au contraire, très-resserré à son orifice interne. Une frange placentaire traversait ce dernier, et la masse du gâteau ne pouvait plus être atteinte. Il n'existait d'ailleurs ni hémorrhagie, ni fétidité des lochies.

Dans ces circonstances, l'expectation me parut mieux indiquée encore que la veille; et nous nous séparâmes après avoir décidé que la malade prendrait une potion avec 2 grammes de teinture d'aconit, qu'elle serait alimentée selon le besoin, et que l'on pratiquerait chaque jour plusieurs injections vaginales si les excrétions devenaient fétides.

Enfin, le 15 janvier, le mari de la malade m'apporta, tout joyeux, de la part du docteur Rémond, le placenta entier qui venait d'être expulsé. Il m'apprit en même temps que ce corps avait été chassé de la matrice *cinquante-deux heures* après l'accouchement, à la suite d'un nouveau travail aussi douloureux que le premier. L'expulsion s'était faite sans hémorrhagie notable. La malade (que j'ai revue il y a quelques jours) se rétablit ensuite promptement.

Voici maintenant les particularités que je reconnus à l'examen du placenta. Cet organe conservait, dans presque toute son étendue, une entière fraîcheur. Son tissu était peu humide et ressemblait, par sa teinte rose tendre, à de la chair de veau. Sur un point, se voyait un caillot noir, allongé et adhérent; c'était sans doute la portion primitivement décollée et engagée dans le col utérin. Ce placenta était, en outre, remarquable par sa grande épaisseur et sa faible étendue en surface. Divisée profondément par quelques sillons étroits, sa substance était saine et complétement dépourvue de granulations calcaires.

Ainsi dans ce cas, de même que dans certains avortements, l'expulsion complète de l'œuf se fit en deux temps très-distincts, séparés par un intervalle de plus de cinquante heures. Il y eut, en réalité, un double travail. Le col utérin s'étant refermé après le passage de l'enfant, son effacement et sa dilatation devenaient une seconde fois indispensables pour la sortie du placenta. Ce nouveau travail se fit, en même temps que s'effectuait le décollement placentaire. Une solution si heureuse, dans de telles conditions, mérite d'être particulièrement remarquée; je ne manquerai pas d'y revenir à propos de la thérapeutique.

Messieurs, c'en est assez. Les faits que je viens de relater brièvement représentent autant de types cliniques de l'adhérence anormale du placenta. Ils suffisent, je pense, à vous donner une idée générale de cette complication, et à vous faire bien comprendre ce qu'il me reste à dire de son histoire, surtout de ses causes, de son diagnostic et de son traitement.

Vous avez pu voir déjà : 1° que tantôt les adhérences s'étendent à toute la surface utérine du placenta, et tantôt seulement à une ou plusieurs de ses parties; en d'autres termes, que l'union du placenta à la matrice est tantôt *générale* et tantôt *partielle*. Le fait de l'hôpital Beaujon (obs. IV) est un bel exemple de la première variété, et celui de la malade du Gros-Caillou (obs. III) un spécimen non moins caractérisé de la seconde;

2° Que ces adhérences sont parfois *médiocrement exagérées*, comme dans le cas de la Clinique (obs. I), ou, au contraire, portées à un degré tel que l'on constate, comme chez la malade de la Pitié (obs. II), une *sorte de fusion entre les tissus placentaire et utérin*;

3° Enfin, que l'adhérence peut être ou non accompagnée d'*hémorrhagie*, compliquée ou non de *rétraction violente de la matrice*.

Toutes ces distinctions sont essentielles à établir, si l'on veut apprécier avec quelque rigueur le pronostic et déterminer, autant que possible, quelle est la meilleure thérapeutique à suivre. Ceci dit, voyons ce qu'il faut penser de l'*étiologie*.

Des auteurs ont prétendu que les causes de l'adhérence placentaire résident dans le tissu propre de la matrice; d'autres, qu'elles ont pour siége le placenta lui-même; d'autres enfin, que l'agent de la fusion n'est autre que la substance intermédiaire aux deux organes. — En vérité, il eût été difficile d'assigner à l'anomalie un autre siége anatomique. — C'est, d'après ces opinions, que l'inflammation de l'utérus, la placentite, les foyers sanguins altérés par l'âge, les dépôts calcaires de la surface placentaire, enfin la transformation fibreuse des éléments interposés au placenta et à la matrice, ont été invoqués avec plus ou moins de probabilité comme constituant les causes de l'anomalie. Mais comment admettre la réalité de ces influences?

Dans un cas observé par P. Dubois (1), la patiente avait été traitée pendant sa grossesse par ce professeur et par Rayer, qui, l'un et l'autre, avaient diagnostiqué une métrite locale? On pouvait penser, en conséquence, que l'inflammation utérine était bien la cause de l'adhérence placentaire. Le rapport entre la maladie de la grossesse et la complication de la délivrance semblait être incontestable. Cependant, avec la main introduite dans l'utérus pour en extraire le délivre, P. Dubois reconnut très-nettement que le placenta se trouvait greffé précisément du côté opposé à celui qui avait été le siége de l'inflammation. Il fallut, dès lors, renoncer à l'explication.

Les autres faits, sur lesquels se basent les partisans de la métrite, sont-ils mieux démontrés que le précédent? En aucune façon. Cette opinion a généralement prévalu, parce qu'elle est la plus vraisemblable, en même temps que la plus conforme aux données actuelles de la physiologie pathologique; mais, à l'heure présente, elle attend encore ses preuves irrécusables.

A bien plus forte raison, la placentite, dont l'existence est restée jusqu'ici en question, ne peut-elle être considérée comme répondant à la solution cherchée.

Quant aux plaques fibrineuses provenant d'un ancien foyer sanguin, malgré l'opinion de M. Stoltz, fondée sur un cas de son observation, je ne puis croire qu'elles jouent un rôle important dans la production des adhérences; plus souvent peut-être, elles prédisposent à une désunion anticipée.

Que dire également des granulations calcaires qui parsèment quelquefois la surface placentaire? Ne les rencontre-t-on pas, le plus souvent, sur des placentas qui n'ont offert aucune adhérence insolite? Enfin, la transformation fibreuse de certains éléments cellulaires n'est-elle pas elle-même purement hypothétique? Sans nous attarder davantage à la discussion de ces causes, concluons donc que, jusqu'ici, le problème reste encore à résoudre.

D'ailleurs, en s'appliquant à chercher quelle est l'altération qui détermine, entre l'utérus et le placenta, une union trop intime, n'a-t-on pas faussement envisagé la question? Au lieu d'une lésion ou d'un travail pathologique, ne serait-ce pas plutôt l'absence d'un produit naturel ou d'un travail physiologique qui engendrerait l'anomalie? Pour ma part, j'incline fort à le penser. Et s'il en est réellement ainsi, les termes du problème devraient être complétement renversés. Pour me faire bien comprendre, permettez-moi de puiser dans la physiologie végétale une comparaison.

Nous n'ignorez pas que, chaque année, les feuilles dites *caduques* tombent spontanément en automne. Quel est, cependant, leur mode d'union à la tige? Pendant tout l'été, cette union est des plus intimes. Parmi les faisceaux fibro-vasculaires qui composent le rameau, quelques-uns, s'inclinant brusquement en dehors, se séparent des autres faisceaux pour constituer le pétiole ou la queue de la feuille; de telle sorte que le squelette de celle-ci est entièrement formé par des éléments émanés de la tige. Il existe ainsi une parfaite continuité de tissus entre le rameau et la feuille. On ne saurait, vous le voyez, concevoir de moyens d'union plus efficaces.

Lorsque, plus tard, sous la seule influence de son poids, la feuille vient à se séparer du rameau, c'est donc qu'un travail de désunion s'est antérieurement produit en elle. Et si, d'aventure, au lieu d'être caduque, elle continuait anormalement d'adhérer à la tige, le botaniste, pour expliquer cette irrégularité, n'aurait pas besoin d'invoquer un travail pathologique, mais simplement l'absence de ce travail naturel, qui prépare et effectue la séparation spontanée de la feuille.

Eh bien, messieurs, sans vouloir assimiler le placenta à une feuille, n'est-il pas vrai que cette organe offre, du deuxième au cinquième mois de la conception, une adhérence solide à la matrice? Ses innombrables ramifications s'implantent dans la muqueuse utérine, et celle-ci, considérablement hypertrophiée, pénètre à son tour dans les anfractuosités placentaires. Il en résulte, *non pas une continuité de tissu*, mais un enchevêtrement réciproque qui donne à l'union des deux organes une grande résistance. Vous savez comment, dans certains cas de fausse couche, se révèle cette solidité des adhérences physiologiques. Un premier travail fort pénible détermine l'expulsion du fœtus; puis un jour, deux jours, et jusqu'à huit ou quinze jours se passent avant qu'un nouveau travail, aussi long et aussi douloureux que le premier, parvienne à effectuer la séparation du délivre, en même temps que son expulsion hors de la matrice.

Puisque, *dans l'accouchement à terme*, cette solidité d'union a disparu et que, comme une feuille caduque, le placenta se sépare de la matrice sous la seule influence de quelques contractions, il faut donc qu'un travail organique spécial ait préparé cette facilité de décollement. C'est, en effet, ce qui a eu lieu. Malgré l'existence de certaines obscurités, nous savons aujourd'hui que ce travail débute vers le cinquième mois de la grossesse, et qu'il se poursuit lentement et progressivement jusqu'à l'époque du terme; nous savons, en outre, qu'il consiste dans la prolifération des cellules épithéliales de la muqueuse utérine, de telle sorte que celles-ci constituent, entre la matrice et le placenta, une couche isolante d'un tiers de millimètre à 1 millimètre et demi d'épaisseur.

Lors donc que nous trouvons, après l'accouchement à terme, des adhérences exagérées du placenta, au lieu de rechercher quelle est l'altération *pathologique* qui a pu en déterminer la formation, ne serait-il pas plus exact de se demander pourquoi ces adhérences, qui étaient normales à quatre mois de gestation, n'ont pas été progressivement affaiblies dans la seconde moitié de la grossesse; pourquoi, en un mot, le travail *physiologique* qui prépare la désunion, ne s'est pas accompli dans ce cas?

Vous le voyez, dans ma pensée, les termes de la question devraient être profondément modifiés. L'adhérence exagérée du placenta serait une anomalie due à l'absence d'un travail naturel de désunion, bien plutôt qu'à un travail pathologique de soudure. Telle est, du moins, l'explication qui me paraît le mieux répondre à la grande majorité des cas, c'est-à-dire à ceux dans lesquels (obs. I, III, V) la main de l'accoucheur ou des contractions vives et prolongées de l'utérus ont suffi pour détruire toutes les adhérences. Sans doute, il resterait encore à déterminer pourquoi ce travail physiologique fait quelquefois défaut; mais je ne suis pas en mesure de vous fournir une démonstration à cet égard.

Quant à ces exemples d'union, portée jusqu'à la fusion des tissus placentaire et utérin (obs. II, IV), il me paraît nécessaire pour s'en rendre compte, d'admettre, en même temps que la cause précitée, l'influence d'un travail vraiment pathologique; et entre toutes les affections propres à déterminer de tels effets, la métrite est incontestablement la plus fréquente et la plus vraisemblable.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1858, p. 257.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. — M. Cazin.

Hernie crurale étranglée. — Opération *in extremis*. — Guérison. — Curieux épiphénomènes (1).

Mme S..., âgée de cinquante-huit ans, marchande de pommes de terre en gros et, par cette profession, obligée de porter de lourds fardeaux, est affectée de hernie crurale du côté droit, et d'une pointe de hernie inguinale gauche, toutes deux maintenues par un mauvais bandage. J'ai été appelé depuis dix ans quatre ou cinq fois pour réduire la hernie crurale qui s'engoue facilement; même il y a trois ans, je dus revenir par trois fois au taxis et ne pus la faire rentrer qu'après un bain de deux heures.

Le 5 juin, à quatre heures du matin, je suis appelé de nouveau auprès de Mme S..., elle souffrait, me dit-on, de coliques atroces depuis la veille à neuf heures du soir. L'invasion du mal avait été soudaine, instantanée, car quelques minutes auparavant elle vaquait à ses occupations avec autant de facilité que d'habitude.

A mon arrivée chez elle, rue de Brecquerecque, n° 34, à Boulogne-sur-Mer, je la trouve dans un état d'angoise inexprimable, elle jetait des cris lamentables, indiquant les souffrances atroces dont sa physionomie profondément altérée reflétait l'intensité; la peau est froide, couverte d'une sueur visqueuse violacée; les traits sont contractés, le pouls presque insensible; pris au dépourvu, je n'ai pu constater la température exacte, les vomissements sont incessants et ne s'arrêtent que pour faire place à un hoquet des plus pénibles; le ventre est ballonné, mais peu douloureux à la pression; il n'y a pas eu de selles depuis hier à cinq heures du matin. L'agitation est continuelle, la malade ne peut rester en place et, d'une voix éteinte, demande la mort.

La hernie, encore recouverte incomplétement de son bandage, qu'elle a eu la persévérance de garder toute la nuit, et que je m'empresse d'enlever, est dure, tendue, du volume d'un gros marron, est très-sensible au toucher, le taxis modéré ne donne aucun résultat.

Nous avons donc ici affaire à un de ces étranglements à marche rapide, avec sidération profonde de l'économie, donnant à la malade l'aspect d'une femme arrivée à la période algide du choléra.

Fallait-il laisser cette malheureuse succomber; l'issue fatale me paraissait imminente.

Je fais quérir en toute hâte un de mes confrères, le docteur Jilliette, et seuls, sur une table disposée rapidement, nous donnons en tremblant un peu de chloroforme; j'essaye en vain le taxis, puis je pratique la kélotomie suivant les règles ordinaires; elle fut faite vivement sans accident digne d'être noté : l'intestin était rouge, un peu violet, mais sans aucune teinte mate, ni grirâtre; après incision du collet du sac et du ligament de Gunbernat, la réduction se fit facilement.

Prescription : champagne, vin de malaga, glace, frictions sèches et alcoolisées sur tout le corps, boules d'eau chaude. L'état reste le même jusqu'à midi : pouls 120, filiforme, température c. 37°2, nous n'avions rien gagné, mais aussi nous n'avions rien perdu.

Lavement purgatif qui donne un résultat à quatre heures; en même temps les vomissements cessent, le ventre s'affaisse un peu.

Vers le soir seulement la chaleur s'était rétablie modérément, température 38 degrés. Les jours suivants les choses allèrent graduellement en s'améliorant, mais la voix ne reprit son timbre normal et sa force que huit jonrs après l'opération. Au bout de trois semaines, la malade, presque guérie, pouvait faire quelques pas dans sa chambre.

Je ne me rappelle pas avoir eu d'émotion chirurgicale plus vive, car, tout en opérant, nous étions obligés d'avoir l'œil sur la physionomie, sur la respiration, le doigt sur le pouls, nous attendant à chaque instant à voir cette malade succomber; nous avions même sérieusement hésité à lui administrer le chloroforme; mais sans l'anesthésie, l'indocilité et l'agitation de la malade eussent rendu l'opération impossible, sinon dangereuse. La guérison a été un résultat inespéré, dans ce cas qui avait été pour ainsi dire foudroyant.

(1) Communiqué à la Société de chirurgie, séance du 21 octobre 1874.

Mais le point intéressant de cette observation est un phénomène secondaire que je n'ai vu noté nulle part, que je sache.

Vers le cinquième jour après l'opération, la malade se plaignit d'une sensation particulière de fourmillement dans les doigts des deux mains et des deux pieds, elle comparait cette sensation à celle que l'on éprouve lorsque les mains ont séjourné longtemps dans l'eau. L'examen de ces extrémités n'indiquait pourtant rien d'anormal; peut-être la coloration des tissus était-elle moindre.

Deux jours après, la pulpe des doigts était augmentée de volume, l'épiderme distendu par un peu de liquide; ce n'était pas des phlyctènes isolées, mais toute la région jusqu'à la deuxième phalange était soulevée, et cela aux pieds et aux mains. Les jours qui suivirent, l'épiderme se rompit, il s'écoula un peu de sérosité, et il se fit une véritable desquamation en doigt de gant, analogue à celle qui se produit dans la scarlatine.

Au bout de trois semaines la chute complète de ces lames épidermiques n'était pas effectuée.

Je ne crois pas devoir être accusé de faire des hypothèses, en admettant une corrélation entre cette modification dans la vitalité des couches les plus superficielles de la peau et l'algidité extrême qui a précédé l'opération.

Il s'est passé là, en dehors de tout influence de froid intérieur, ce qui arrive dans les froidures au deuxième degré.

TRAITEMENT DE LA CYSTITE AMMONIACALE

PAR L'ACIDE BENZOIQUE.

Par le professeur Gosselin (de l'Institut), et A. Robin, interne des hôpitaux.

Dans un précédent mémoire, les auteurs de ce travail ont montré que l'urine ammoniacale de l'homme est toxique à un haut degré et qu'elle joue un rôle considérable dans la production des accidents qui surviennent après les opérations sur les voies urinaires.

De cette notion à des essais de prophylaxie, il n'y a qu'un pas, et c'est ce pas que MM. Gosselin et Robin viennent de franchir dans un nouveau mémoire inséré dans les *Archives de médecine*, qui se résume dans les conclusions suivantes :

L'état ammoniacal entrant pour une part dans la production des accidents qui surviennent après les opérations sur les voies urinaires, il y a grand avantage à le supprimer ou à le diminuer. L'acide benzoïque, les baumes qui en contiennent, et probablement aussi d'autres produits végétaux (salicine, acide cinnamique, etc.), peuvent conduire à ces résultats. L'acide hippurique produit, agit de plusieurs façons: *a*. en formant un hippurate d'ammoniaque moins toxique que le carbonate d'ammoniaque; *b* en retardant la décomposition de l'urine et, par conséquent, la production du carbonate d'ammoniaque; *c*. en empêchant la formation de dépôts phosphatiques insolubles qui sont une cause de cystite et peuvent devenir le point de départ des calculs vésicaux. L'administration de l'acide benzoïque doit être conseillée pour les sujets atteints de cystite ammoniaco-purulente et particulièrement pour ceux qui ont à subir des opérations sur les voies urinaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 octobre 1874 (1). — Présidence de M. Le Fort.

LECTURE

M. CAZIN (de Boulogne-sur-Mer), membre correspondant, lit l'observation suivante :

Hernie crurale étranglée. — Opération *in extremis*. — Guérison. — Curieux épiphénomènes. (Voir plus haut.)

DISCUSSION

M. VERNEUIL. Plusieurs points m'ont frappé dans l'intéressante observation de M. Cazin.

(1) Fin. — Voir le numéro du 7 novembre.

D'abord le succès de la kélotomie dans un cas rendu si grave par l'algidité, puis le traitement consécutif employé après l'opération et enfin l'hésitation si légitime de notre confrère à administrer le chloroforme.

L'algidité aggrave tellement le pronostic de l'étranglement herniaire et diminue tant les chances opératoires que certains chirurgiens se refusent à agir tant l'insuccès est constant en pareille occurrence.

La vérité est que la presque totalité des opérés meurent rapidement, malgré la levée de l'étranglement; cependant j'ai sauvé un malade, et depuis je ne recule plus, quel que soit l'état du patient.

J'ai cherché depuis longtemps les causes de cette gravité inhérente à l'algidité, et j'ai avancé sur preuves qu'elle était due bien souvent à une congestion pulmonaire très-intense qui accompagne fréquemment la constriction intestinale et la rétention des matières stercorales. J'ai publié et fait publier par mes élèves des faits fort probants; on en trouve d'autres dans les *Bulletins de la Société anatomique*.

J'en ai tiré cette conclusion pratique qu'il fallait après l'opération surveiller la poitrine et combattre, dès qu'elle se montre la congestion susdite. J'ai la certitude d'avoir sauvé un second malade d'après cette vue. Au lieu de donner soit les purgatifs, soit l'opium, j'administre généralement les stimulants, la potion de Told entre autres, et je fais couvrir la poitrine de ventouses sèches, de sinapismes, etc. On a vu que M. Cazin avait agi de même et avec succès.

La dernière question que je veux soulever est relative à la chloroformisation. Un certain nombre de chirurgiens pensent qu'on ne doit pas endormir les malades, surtout quand il y a une sorte d'affaissement et de collapsus. Ils disent d'ailleurs que l'opération est peu douloureuse, que la section seule de la peau est pénible, mais que les autres temps sont presque indolents. Cette proscription est admissible quand on procède directement à l'ouverture du sac, sans essayer le taxis; mais si l'on tente au préalable la réduction, celle-ci est si notoirement favorisée par l'anesthésie qu'on est en droit et presque en devoir d'y recourir. Si le taxis échoue, et que, suivant l'opinion la plus juste et la plus accréditée, on procède tout de suite à la kélotomie, on profitera naturellement du sommeil déjà obtenu et on l'entretiendra au besoin. Je reconnais volontiers que la chloroformisation est chose délicate en cas d'algidité et de congestion bien manifeste des poumons. Je me suis trouvé, il y a quelques mois, fort embarassé dans un cas de ce genre.

Hernie inguinale interne, étranglée depuis trois jours. — Congestion pulmonaire. — Taxis avec le chloroforme. — Réduction facile. — Mort par asphyxie neuf heures après. — Je fus mandé un vendredi soir auprès d'un malade âgé de trente-trois ans, atteint d'étranglement herniaire qui avait débuté le mardi précédent dans la matinée. On avait fait plusieurs tentatives de taxis sans succès, administré les purgatifs et appliqué sur la tumeur les topiques les plus divers. Je trouvai les choses dans l'état suivant : dans la région inguinale droite existait une tumeur du volume d'une orange située au devant de l'orifice cutané du canal inguinal et descendant à peine dans le scrotum. C'était un volumineux bubonocèle que je reconnus être une hernie inguinale interne. La tumeur recouverte par une épaisse couche de graisse était dure, résistante, sensible au toucher. Le ventre était peu douloureux, mais fort ballonné, les muscles se contractaient énergiquement quand on touchait à la hernie.

L'étranglement s'était produit dans des circonstances particulières. La hernie existait depuis longues années et avait été soutenue jadis par un bandage. Mais depuis plus de six mois le malade, ayant gardé le lit à cause d'une affection thoracique, avait supprimé son appareil.

Rétabli depuis peu de jours, il commençait à se lever, et c'est précisément en se promenant dans son jardin, le mardi matin, que la hernie était sortie et s'était subitement étranglée.

L'état général était mauvais. Sans parler des vomissements et des coliques violentes et incessantes, on notait des troubles sérieux du côté de la respiration. La face était congestionnée, l'inspiration laborieuse, la dyspnée évidente, le malade avait la parole saccadée et le regard inquiet, il s'agitait continuellement dans son lit, rejetait les couvertures, demandait de l'air, en proie à une excitation qui me fait croire à des habitudes alcooliques.

L'auscultation me révéla dans les deux poumons, et du haut en bas, les signes d'une congestion pulmonaire très-manifeste; les battements du cœur étaient réguliers, mais petits et très-accélérés. Faute de thermomètre, je ne pus constater la température; mais, au toucher, les extrémités semblaient froides, sans qu'on en pût rien conclure, le malade ayant toujours (la soirée était un peu fraîche d'ailleurs), les bras et les jambes à découvert. Je voulus m'enquérir de la maladie antérieure, mais le seul renseignement que je pus obtenir, c'est qu'il s'agissait d'une *affection cardio-pulmonaire*.

Je fus, comme on peut le croire, fort perplexe: l'étranglement menaçait prochainement la vie, et il fallait le lever à tout prix; mais le choix du moyen était difficile. Le taxis simple avait échoué plusieurs fois déjà et sans doute ne m'eût pas mieux réussi, car aussitôt qu'on touchait à la hernie endolorie, la paroi abdominale se contractait avec énergie, et le malade criait et s'agitait violemment. La kélotomie eût été également bien laborieuse dans ces conditions et fort grave par elle-même dans l'état où se trouvait le patient.

En revanche, aucune autre indication m'excitait à la réduction si on pouvait l'obtenir sans trop d'effort et en supprimant la résistance due à la contraction musculaire; mais, pour cela, il fallait employer le chloroforme, qui à son tour était contre-indiqué par l'état de la respiration.

Entre tous ces périls je crus choisir le moindre en endormant mon malade : j'administrai moi-même le chloroforme avec les plus grandes précautions et pus obtenir assez facilement la résolution, procéder alors au taxis, je pus en moins de dix minutes faire rentrer la hernie.

Pendant toute la séance, le pouls et la respiration avaient été réguliers. A la fin, la sensibilité revenait, le patient s'agita un peu, et aussitôt la face redevint bleuâtre comme s'il y avait un commencement d'asphyxie. Je flagellai vigoureusement l'épigastre et les parois thoraciques et les inspirations reprirent leur ampleur, toutefois le réveil tarda à s'effectuer, et la coloration du visage persista.

Au bout d'un quart d'heure cependant, la parole revint avec la connaissance entière. La tendance au sommeil seule persistait.

Je prescrivis de couvrir soigneusement le ventre et les membres abdominaux, de mettre aux pieds une boule d'eau chaude, de maintenir la tête et la poitrine dans la position élevée, d'administrer les stimulants, la potion de Tood entre autres et enfin d'appliquer sur les parois du thorax une série de sinapismes et enfin de nombreuses ventouses sèches.

Toutes ces prescriptions furent exécutées, mais sans succès durable; à plusieurs reprises la respiration sembla se rétablir complétement, mais bientôt elle s'embarrassait de nouveau, de sorte qu'à la fin de la nuit, vers six heures du matin, le malade s'éteignit comme lentement asphyxié.

Certainement la chloroformisation peut être incriminée dans ce cas, mais il ne faut pas oublier qu'avant son emploi la congestion pulmonaire était déjà fort intense et menaçait prochainement la vie. Peut-être aurait-il fallu d'abord la combattre avant tout et remettre les tentatives de réduction à quelques heures plus tard. En tout cas, j'ai voulu faire connaître un nouveau fait qui montre jusqu'à l'évidence le rôle que joue dans l'étranglement herniaire une complication thoracique que, depuis plusieurs années, je signale avec persistance.

M. DESPRÈS. L'expression *in extremis* employée par M. Cazin me paraît exagérée; nous réservons, en effet, cette appellation pour les cas dans lesquels l'étranglement dure depuis longtemps, deux ou trois jours, par exemple. Je trouve, dans le cas relaté par notre collègue, qu'il a opéré à temps et que, de plus, ce cas peut compter parmi les cas favorables. J'ai vu à Cochin beaucoup de hernies étranglées (on sait que la statistique de l'hôpital Cochin, pour les hernies étranglées, est une des plus favorables), et j'ai observé chez un grand nombre de malades un refroidissement marqué. Était-ce de la véritable algidité? Non certes. C'est la réfrigération que l'on observe quand le malade pâlit et va vomir, refroidissement qui n'a rien de comparable à l'algidité due à une véritable intoxication causée par

un étranglement prolongé, et qui, elle, est une vrai contre-indication à la kélotomie.

M. LEDENTU. J'ai observé dernièrement à la Salpêtrière un fait intéressant. Il s'agissait d'une femme présentant un étranglement herniaire avec dyspnée considérable. Elle avait cependant eu une garderobe le jour même où je la vis. Aussi ne l'opérai-je pas sur-le-champ. Le lendemain, malgré deux nouvelles selles, la dyspnée avait augmenté; les lèvres étaient cyanosées, les extrémités froides et violacées; je me décidais à l'opérer, et, comme l'étranglement n'était pas fort ancien, je tentai le débridement en dehors du sac. Malgré une adhérence déjà ancienne, puisque la malade avait déjà été opérée une fois, je pus débrider sur le ligament de Gimbernat, et je réduisis. Le lendemain et le surlendemain, même état. Le quatrième jour, dyspnée plus grande et mort. J'ajouterai, comme renseignement, qu'elle avait vomi la veille de l'opération, puis une ou deux fois après; mais qu'elle ne présentait pas de signes bien tranchés de péritonite. Je n'en trouvai pas, du reste, à l'autopsie. Sauf une petite fausse membrane sur l'anse herniée, sauf une arborisation assez marquée, je n'observai rien de caractéristique, si ce n'est une congestion pulmonaire des mieux accusées.

Faut-il donc attribuer ces phénomènes à une action générale du système nerveux concentrée sur le plexus solaire? Ce qu'il y a de certain, c'est que l'on constate dans ces cas surtout d'énormes différences individuelles, suivant leur irritabilité et leur non irritabilité. Les algides appartiendraient à la classe des irritables.

M. CAZIN. Je n'avais pas affaire, dans mon cas, à une réfrigération temporaire, mais à une véritable algidité, qui menaçait d'amener la mort.

M. DESPRÈS. Je persiste à déclarer qu'on ne peut considérer une opération de hernie étranglée après douze heures comme une opération *in extremis*, et que cela peut être classé dans les cas favorables.

COMMUNICATION

M. VERNEUIL fait part à la société des travaux chirurgicaux qui ont été présentés au congrès scientifique de Lille :

CONGRÈS SCIENTIFIQUE DE LILLE

1. Leudet. Alcoolisme dans les classes aisées, chloroforme et opium. — Anesthésie des ivrognes, par l'opium.
2. Paquet. Aconitine dans les accidents traumatiques. — Tétanos. — Érysipèle.
3. Folet. Résection du poignet.
4. Guignier. Fractures des membres par armes de guerre. — Préférence pour la conservation. — Intéressante discussion : MM. Ollier, Lamerdat, Giraldès, Verneuil, Trélat.
5. H. de L'Aulnoit. Trépanation pour abcès du cerveau.
6. H. de L'Aulnoit. Amputation avec lambeau périostique.
7. Ollier. Résection du pied.
8. Dransart. Blephmophimosis.
9. Gayet, de Lyon. Bandage d'Esmarch. — Anévrysme.
10. Viennois. Condamnation de la résection de la hanche.
11. Tripier. Production artificielle du rachitisme.
12. Dally. Pathologie musculaire. — Torticolis.
13. Pozzé. Mort subite dans les opérations de polype naso-pharyngien.
14. Trélat. Angiome douloureux. — Compression du nerf radial.
15. Courty. Rétroflexions internes.
16. Cazin. Opération césarienne avec fibrome utérin.
17. Parise. Désarticulation de l'épaule et du scapulum.
18. L. Tripier. Sensibilité récurrente. — Application à la pathologie et médecine opératoire.
19. Giraldès. Ostéite phlegmoneuse.
20. Verneuil. Névralgies traumatiques précoces.
21. Laroyenne. Appareil pour le redressement des membres.
22. Perroud. Phthisie d'origine traumatique.

M. MARC SÉE demande à ajouter à la liste des travaux énumérés par M. Verneuil la communication de M. Donders, relative aux gaz du sang et, en particulier, au rôle que joue l'hygiène dans nos tissus.

La séance est levée à cinq heures dix minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté des sciences de Paris. — Par arrêté du 26 octobre, M. le ministre de l'instruction publique a décidé qu'il y avait lieu de pourvoir, d'une manière définitive, à la chaire de chimie, vacante à la Faculté des sciences de Paris.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Raymondaut, professeur adjoint, est nommé professeur titulaire de pathologie externe.

M. Lemaistre, professeur adjoint, est nommé professeur titulaire d'anatomie et de physiologie.

M. Thouvenet, suppléant, est nommé professeur adjoint de physiologie.

M. Mandon, suppléant, est nommé professeur adjoint de thérapeutique.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Comballat, suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur de médecine opératoire.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Olivier, suppléant de la chaire de pathologie interne, est maintenu, pour une période de trois années, dans les fonctions de chef des travaux anatomiques près ladite école.

— *École de médecine de Tours.* — Sont nommés titulaires des chaires qu'ils occupent actuellement : MM. Giraudet, professeur adjoint d'anatomie; Danner, professeur adjoint de physiologie; Duclos, professeur adjoint de pathologie interne.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Sont nommés externes, à la suite du concours de 1874 :

1. MM. Bard, Cogniard, Mondon, Curtet, Dumas, Méjasson, Augagneur, Reboul, Magnanon, Robin.

11. Rodet, Beau, Nodet, Brun, Larrivé, Fustier, Bonvat, Morel, Masson, Genevay.

21. Cabal, Rocher, Olivier, Hugonnard, Robert, Galland et Chavet.

— La Société de chirurgie tiendra sa prochaine séance le 11 novembre 1874 :

Ordre du jour : M. Ledentu. Variété peu connue d'engorgement de la mamelle. — M. Périer. Hernie inguinale étranglée (observation).

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 11 novembre, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° rapports et votes sur trois demandes d'admission; — 2° organisation du traitement chirurgical des pauvres à domicile; par M. Dusseris; — 3° de la policlinique chirurgicale; par M. Berrut.

— *Hôpital Saint-Antoine.* — M. le docteur Duplay, chirurgien de l'hôpital, commencera ses leçons de clinique chirurgicale, le 17 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera le mardi de chaque semaine, à la même heure. — Visite des malades à huit heures et demie. — Opérations à dix heures.

M. le docteur Peter, médecin de l'hôpital, commencera ses leçons de clinique médicale le samedi 21 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera le samedi de chaque semaine, à la même heure. — Visite des malades à huit heures et demie.

— *Hôpital Saint-Louis.* — M. le docteur Lallier commencera des conférences cliniques sur les affections cutanées le vendredi 13 novembre, à huit heures trois quarts du matin, et les continuera tous les vendredis à la même heure. (Pavillons Sainte-Foy et Saint-Matthieu.)

M. le docteur Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, continuera à faire ses leçons cliniques et à pratiquer des opérations chirurgicales, tous les samedis à 9 heures du matin.

— Le docteur Garrigou Desarènes recommencera ses conférences cliniques sur les maladies des oreilles, à son dispensaire, rue de l'École-de-Médecine, nº 37, le mercredi 11 courant, à midi; il les continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure.

— Un médecin, parlant correctement l'anglais et l'allemand, désire se mettre en rapport avec un confrère âgé, exerçant dans l'un des bons quartiers de Paris, qui voudrait vendre sa clientèle ou la céder en partie.

Écrire à D. R., au bureau du journal.

— A céder un poste médical très-lucratif dans une ville populeuse située aux portes de Paris. — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel d'anatomie. 2e édition du résumé d'anatomie, livre destiné aux examens et aux concours, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-18, avec 151 figures. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'anémie artificielle dans les opérations sur les membres (méthode d'Esmarch), par le docteur G. Augier. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Essai sur les cataractes lenticulaires spontanées de l'enfance, par le docteur Alphonse Durand. — In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

DRAGÉES DOMINIQUE

Les sels arsenico-ferriques *naturels* de la Dominique offrent aux praticiens une innocuité toute particulière dans la médication arsenicale.

Chaque **Dragée Dominique** contient un demi-milligramme d'arséniate de fer, 5 centigrammes de composés ferrugineux.

Les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance dans les formes les plus variées de l'anémie, les névralgies, les maladies de la peau, les fièvres intermittentes, etc., etc.

Les **Dragées Dominique** sont fort agréables au goût.

Emploi : de deux à quatre dragées quelques instants avant les deux principaux repas.

Entrepôt général : Pharmacie Centrale de France, 7, rue de Jouy, à Paris.

Détail : Les principaux Pharmaciens.






PEPSINE BOUDAULT

SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, SUCCESSEUR DE BOUDAULT, 24, RUE DES LOMBARDS, A PARIS.

PILULES DE LOUVARD

AU FER *PUR* INALTÉRABLE ET A L'ABSINTHE

A la dose de neuf par jour, en trois fois, une heure avant le repas, c'est la préparation ferrugineuse la plus efficace et celle dont l'action est la plus rapide dans la chlorose et l'anémie. Quels que soient les désordres de l'estomac, elle est toujours bien tolérée, et, sous son influence, les fonctions digestives sont rétablies en quelques jours.

Pharmacie **LOUVARD**, rue Royale, 60, à **Versailles.** — Vente au détail, pharm. GUINHABERT, 108, r. de Grenelle-Saint-Germain, Paris, et dans les principales pharmacies.

VIN DE CHASSAING

A LA PEPSINE et A LA DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 mars 1864.

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la PEPSINE, qui n'a d'action que sur les aliments azotés, à son auxiliaire naturel la DIASTASE, qui transforme en Glycose les aliments féculents et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats

contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES	MAUX D'ESTOMAC
LIENTERIE, DIARRHÉE	DYSPEPSIES, GASTRALGIES
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES	CONVALESCENCES LENTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION	PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES...

PARIS, 2, rue de la Coutellerie (ci-devant, 2, avenue Victoria), et la plupart des Pharmacies

VIANDE, FER ET QUINA

VIN ET SIROP FERRUGINEUX AROUD

Au Quina et à tous les principes nutritifs solubles de la viande.

Viande, Fer et **Quina,** telle est la remarquable composition de ces ferrugineux qui méritent à tous égards la préférence des médecins. Ils opposent, en effet, à *l'appauvrissement du sang,* à *l'anémie,* à *la chlorose,* sous une forme attrayante à la vue et au palais, du fer assimilable uni à tous les éléments du globule du sang et à tous les principes constitutifs des os et des muscles : il peut donc les former et les régénérer, et cela sans causer ni nausées, ni constipation, ni trouble des fonctions digestives.

Ils corrigent, ils tempèrent les effets du Quina à l'usage prolongé par tous les bienfaits d'une alimentation généreuse. — Ils justifient ce qu'Hippocrate a proclamé il y a plus de deux mille ans et ce que la clinique a confirmé « que les principes nutritifs solubles de la viande sont l'aliment par excellence des malades et des convalescents. »

Ce sont donc des spécifiques précieux de toutes les maladies causées par l'appauvrissement ou l'altération du sang, parce que, par la **Viande,** le **Fer** et le **Quina,** tout à la fois ils nourrissent, tonifient, régénèrent, reconstituent, coordonnent et régularisent tous les systèmes de l'économie.— Prix : **5 francs.**

Pharmacie **AROUD,** rue Lanterne, 4, LYON. — Envoi *franco* par 5 bouteilles (en France).

Dans toutes les Pharmacies de France et de l'étranger.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

VIN TONIQUE RECONSTITUANT DU DOCTEUR FORESTIER

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX à l'écorce d'oranges amères

Tous les organes de la presse médicale : *Gazette des Hôpitaux, Courrier médical, France médicale, etc.*, ont depuis dix ans, signalé l'excellence de cette préparation qui contient, dissous dans d'excellent vin de Malaga, les deux éléments formateurs des *os* et du *sang*, le *quinquina* et le *pyrophosphate de fer*.

La facilité avec laquelle l'économie s'assimile le vin de quinquina au pyrophosphate de fer, l'absence de toute saveur styptique, la double influence qu'en raison de ses deux éléments formateurs il semble devoir exercer, tant sur la composition du système osseux, que sur la reconstitution du sang, telles sont les qualités qui recommandent à priori cette nouvelle préparation ferrugineuse (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*).

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 41.

SOLUTION COIRRE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX

24, r. du Regard, Paris, et pharmacies

SIROP et VIN

Pour les personnes qui ne doivent pas en faire un long usage.

PHTHISIE — CHLOROSE — ANÉMIE

HYPOPHOSPHITES

du docteur CHURCHILL

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE SOUDE
SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX
PILULES D'HYPOPHOSPHITE DE QUININE
SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE FER
PILULES D'HYPOPHOSPHITE DE MANGANÈSE
TABLETTES DU Dr CHURCHILL

Prix : **Sirops** et **Pilules : 4** fr. le flacon.
Tablettes pectorales : 2 fr. la boîte.

Les hypophosphites du docteur Churchill, auteur de la découverte de leurs propriétés curatives dans les affections tuberculeuses, offrent des garanties de pureté et d'efficacité qui sont une des premières conditions du succès de cette importante médication.

Exiger sur toutes les préparations la *signature du Dr CHURCHILL*, et l'étiquette marque de fabrique de la *Ph. SWANN*, 12, *r. Castiglione, Paris.*

ERGOTINE

DRAGÉES D'ERGOTINE DE BONJEAN

(Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.)

D'après les plus illustres médecins, les DRAGÉES D'ERGOTINE sont employées avec le plus grand succès pour faciliter le travail de l'accouchement, contre les hémorrhagies utérines, les engorgements de l'utérus, les métrorrhagies, l'épistaxis, les dysenteries et diarrhées chroniques, etc., et la solution d'ergotine au 10e (Ergotine, 10 grammes; eau, 100 grammes) est un des précieux hémostatiques que possède la médecine.

DÉPÔT GÉNÉRAL : à la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

N° 131. — JEUDI 12 NOVEMBRE 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 12 NOVEMBRE 1874. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après la communication de la correspondance et les présentations, l'Académie s'est formée en comité secret pour la discussion du rapport de M. Chauffard sur le projet de reconstitution de l'Académie. Ce qui s'est passé dans ce comité secret, nous l'ignorons. Nous avons dit notre opinion sur l'ensemble du projet et sur ses deux dispositions principales, nous n'y reviendrons pas, n'ayant, quant à présent, rien à y modifier ni à y ajouter. Nous attendrons donc patiemment la décision de l'Académie, qui pourrait bien, si nous nous en rapportons aux diverses impressions que nous avons pu recueillir et aux dispositions où nous connaissons plusieurs membres influents de la compagnie, n'être pas tout à fait celle de la commission.

Dr BROCHIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. DOLBEAU

De l'évolution pathologique de la dent de sagesse.

(Leçons recueillies par M. V. PIETKIEWICZ.)

La dent de sagesse, ou troisième grosse molaire, apparaît le plus souvent de dix-huit à vingt ans; mais quelquefois son éruption est beaucoup plus tardive, et on l'a vue n'avoir lieu qu'à cinquante ans ou même à un âge plus avancé. Dans la majorité des cas, son évolution au sein de la mâchoire et son éruption ne donnent lieu à aucun phénomène pathologique, mais elles peuvent aussi provoquer de nombreux accidents, dont quelques-uns même fort graves.

Dans ces circonstances, l'arcade dentaire est ordinairement complète, et alors la dent de sagesse ne trouve plus de place pour elle; aussi observons-nous surtout ces accidents à la mâchoire inférieure, dont la branche montante limite le bord alvéolaire, tandis que la mâchoire supérieure est disposée de façon à offrir toujours un espace suffisant au développement de la troisième molaire.

Quelquefois aussi, comme cela se remarque, du reste, pour toutes les autres dents, l'évolution de la dent de sagesse se fait d'une façon très-lente et provoque alors une ostéite particulière du maxillaire. Le tissu osseux se résorbe, la portion de la mâchoire correspondant à l'angle est transformée en un kyste purulent, contenant la dent de sagesse et donnant nettement à l'examen la sensation de parchemin.

Le volume trop considérable de la dent de sagesse a aussi été invoqué pour expliquer ces accidents.

D'autres fois, le follicule était placé anormalement, le développement de la dent se fait alors sur le côté, ou bien encore elle va se perdre dans la branche montante du maxillaire; dans ce dernier cas, ce sont plutôt des vices de conformation, et parfois des kystes qui en résultent; nous laisserons de côté ces accidents, qui appartiennent à la période d'évolution de la dent, pour nous occuper surtout des accidents inflammatoires ou sympathiques, qui sont de beaucoup les plus fréquents.

Dans ce cas, le plus souvent, la dent de sagesse sort à sa place, mais tellement près de la branche montante, qu'elle ne peut faire issue hors de la muqueuse qui la recouvre plus ou moins complétement, ne trahissant ainsi sa présence que par une saillie de la gencive à ce niveau. Mais la mastication exerce là des pressions douloureuses; bientôt la gencive se se tuméfie, s'enflamme, et assez souvent le malade éprouve alors de très-grandes difficultés pour ouvrir la bouche. Sous l'influence de la douleur se manifestent des phénomènes spasmodiques du côté des muscles de la mâchoire. La constriction des mâchoires est quelquefois telle qu'à peine peut-on faire pénétrer une mince lame de couteau entre les arcades dentaires. A cet état de contracture, s'ajoutent quelquefois même des accidents bien caractérisés de myosite.

Loin de rester limitée, l'inflammation de la muqueuse peut aussi s'étendre et gagner les amygdales et l'arrière-gorge. La péri-adénite sous-maxillaire s'observe aussi très-souvent. Mais l'évolution difficile ou vicieuse de la dent de sagesse peut aussi donner lieu à des accidents beaucoup plus graves; ainsi on la voit provoquer l'ostéo-périostite du maxillaire, tantôt à marche subaiguë, et ne suppurant que plus tard, tantôt au contraire, à marche très-aiguë, s'accompagnant de phénomènes généraux intenses et variés et donnant très-rapidement formation à un phlegmon dont le siége occupe toujours les mêmes points. Vous l'observerez vers l'angle de la mâchoire, d'autres fois plus en arrière, dans la région parotidienne ou en avant sous le masséter, à moins que, perforant les fibres de ce muscle, il ne vienne faire saillie sous la peau de cette région. Dans les cas où la dent de sagesse se développe sur l'apophyse coronoïde, ce phlegmon siége alors dans la région temporale profonde ou superficielle. Souvent ces phlegmons débutent par des névralgies faciales, des douleurs dans une des régions

indiquées, des inflammations légères se passant au bout de quelques jours pour revenir de nouveau et disparaître encore, puis un beau jour, sans raison apparente, cette inflammation persiste, s'aggrave et donne alors lieu aux phlegmons que nous venons d'étudier.

Souvent aussi vous verrez ces accidents sous un aspect tout différent. La maladie a déjà parcouru plusieurs phases de son évolution, les phlegmons se sont développés, ont suppuré, et le malade présente alors des fistules plus ou moins nombreuses dans la région massétérine ou autre. Un stylet, introduit dans la fistule, arrive sur la mâchoire dénudée; il faut alors se méfier de cette sensation, qui ne suffit point à elle seule pour établir son diagnostic et se tenir en garde contre cette erreur trop souvent commise de croire à une nécrose obligeant à l'ablation de la mâchoire.

Il y a sept à huit ans, nous nous souvenons avoir vu en consultation avec notre maître regretté M. Nélaton, une jeune fille qui portait à la face sept fistules. Un chirurgien voulant enlever la nécrose, avait fait la section du nerf facial, puis s'était arrêté, n'osant aller plus loin. Les sept fistules guérirent par l'ablation de la dent de sagesse, mais la paralysie persista.

Lorsque la dent n'est gênée que par la muqueuse, l'incision de la gencive suffit souvent, quelquefois il faut recourir à l'excision suivie ou non de cautérisation au nitrate d'argent. Mais lorsque la dent de sagesse a provoqué des phlegmons par son inclusion dans le tissu osseux, il faut nécessairement et à tout prix en faire l'extraction. Dans la période aiguë, tâchez le plus souvent de combattre d'abord les accidents inflammatoires, puis dès que leur intensité diminuera, pratiquez l'extraction sans plus tarder. Nous regrettons de ne pouvoir vous donner des règles précises pour cette opération qui, dans ces cas, présente toujours de très-grandes difficultés. Il vous faudra d'abord tenir ouverte la bouche de votre malade, et vous aurez déjà là une grande difficulté à vaincre. L'anesthésie, les dilatateurs peuvent vous rendre service. Quant à l'extraction elle-même, vous procéderez comme vous pourrez, choisissant l'instrument suivant les cas, quittant l'un pour prendre l'autre quand vous n'aurez pu réussir avec le premier. Essayez d'abord des daviers, la langue de carpe, la clef de Garengeot, peut-être vous faudra-t-il recourir à la gouge et au maillet, ou même au trépan. Quand aux nécroses, elles sont toujours curables si l'on enlève à temps la dent de sagesse, point de départ de tous les accidents.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BOUCHARDAT.

Rôle du vin dans la nutrition.

Quand on cherche à se rendre compte du rôle du vin dans la nutrition, on reconnaît d'abord l'importance de l'association de l'alcool avec un liquide d'une acidité prononcée; les deux saveurs, celle des acides et celle de l'alcool, s'associent heureusement, et, de cette association, il résulte que l'acide modère l'énergie de destruction de l'alcool dans l'économie, et, par là, diminue son action sur le système nerveux.

Le tanin et les matières colorantes exercent sur l'estomac une action qui doit être regardée comme très-favorable, parce qu'elle ranime l'énergie des fonctions digestives. Le bouquet, qui charme les sens du goût et de l'odorat, doit avoir son utilité hygiénique, car on sait, par l'observation de beaucoup d'autres faits, que de très-petites quantités de substances sapides exercent une heureuse influence sur la nutrition.

Le vin, dont la densité est voisine de celle de l'eau, est absorbé moins rapidement que l'eau-de-vie; c'est encore une condition favorable qui a pour effet, en répartissant dans un temps plus long l'absorption et l'utilisation de l'alcool, d'en atténuer les dangers. A dose égale d'alcool, le vin rouge, contenant du tanin, enivre moins, ébranle moins le système nerveux que le vin blanc et surtout que l'eau-de-vie.

Le vin s'absorbe sans subir d'autre modification que celle qui résulte de son mélange avec le suc gastrique; les ferments digestifs n'ont donc pas besoin d'intervenir pour en faciliter l'absorption et le rôle ultérieur dans la nutrition. Ceci explique très-bien l'utilité du vin dans les maladies pyrétiques.

La complexité des matériaux organiques qui entrent dans la composition du vin et qui, à certains égards, se rapprochent de ceux de l'organisme humain, rend bien compte de l'action restaurante du vin chez les individus épuisés par suite d'anémie et d'une alimentation insuffisante.

Mais, avant tout, montrons combien est grande la variété des matériaux utiles qui s'y trouvent (1).

COMPOSITION MOYENNE D'UN VIN ROUGE POUR 1,000 PARTIES

Eau		878
Alcool du vin		100
— butyrique	Traces.	
— amylique, etc.	Traces.	
Aldéhydes, plusieurs	Traces.	
Éthers acétique, caprique, caprilique, etc.	Bouquet.	»
Parfums, huiles essentielles	Bouquet.	»
Sucres, mannite, glycérine, mucilage, gommes		22
Matières colorantes (œnocyanine)		22
— grasses		22
— azotées (ferments)		22
Tanin, acide carbonique		22
Tartrate, acide de potasse (6 grammes au plus)		22
Tartrates, racémates	Avec excès d'acides.	22
Acétates, propionates	Avec excès d'acides.	22
Butyrates, lactates	Avec excès d'acides.	22
Citrates, malates	Avec excès d'acides.	22
Sulfates, azotates	Avec excès d'acides.	22
Phosphates, silicates	Avec excès d'acides.	22
Chlorures, bromures	Avec excès d'acides.	22
Iodures, fluorures	Avec excès d'acides.	22
Succinates	Avec excès d'acides.	22
Potasse, soude, chaux, traces, magnésie, albumine, oxyde de fer, ammoniaque, ammoniaques composés, etc.		22

Que de principes immédiats dans la composition du vin! et mon énumération est loin d'être complète. Il se peut que quelques-uns des acides énoncés soient libres, mais presque tous existent à l'état de sel, avec excès d'acide. Il est évident que quelques-uns des corps que j'ai mentionnés peuvent manquer dans certains vins, et que plusieurs ne s'y trouvent que pour des fractions de milligramme par litre.

La proportion d'alcool varie dans les vins naturels de 5 à 15 pour 100. Voici un tableau qui indique cette proportion pour les principaux vins de France :

RICHESSE MOYENNE EN ALCOOL DES PRINCIPAUX VINS

Nuits, rouge, 1846	13.50
Mont-Rachet, blanc, 1846	14.00
Rouge d'Avallon, 1834	11.14
Blanc pineau chablis, 1842	12.54
Cahors rouge, 1811	12.08
Cahors blanc, 1811	12.33
Bordeaux rouge, 1841	10.10
Saint-Raphaël	15.16
Hermitage	11.00
Sillery mousseux, de	9 à 11.00

(1) *De l'eau-de-vie, ses dangers.* Conférences populaires, par A. Bouchardat et H. Junod. — Un volume in-12. Prix : 1 fr. 25, chez Germer-Baillière.

L'alcool joue, à n'en pas douter, le principal rôle dans l'action physiologique et hygiénique du vin; mais son influence est modifiée par plusieurs autres principes immédiats, notamment par le tanin et les matières colorantes provenant de la pellicule du grain, de la grappe et du pepin.

Le tanin du vin est-il identique avec celui de la noix de galle? Cela est peu probable; mais nous devons avouer qu'une étude sévère de ce principe immédiat du raisin est encore à faire. M. Glénard a isolé du vin rouge deux matières colorantes, qui paraissent être des principes immédiats définis.

Le tanin, qui existe en proportion notable dans certains vins, joue un rôle modérateur des plus importants.

Des acides existent toujours, ou à l'état libre, ou à l'état de sels, avec réaction acide très-prononcée. Dans les vins, la crème de tartre se trouve dans la proportion de 2 à 6 pour 1,000.

M. Pasteur a fait cette découverte importante que l'acide succinique était, comme l'alcool, un produit constant du dédoublement des sucres sous l'influence des ferments alcooliques; cet acide se trouve donc dans les vins.

Il en est de même de la glycérine, dont la proportion est très-forte, et que l'on confondait, avant les recherches de mon illustre ami, avec les matières qu'on nommait extractives.

Les bases sont presque aussi nombreuses dans le vin que les acides; ce sont celles qu'on trouve habituellement dans les organismes vivants : je dois mentionner la potasse, qui, pour une faible proportion, se rencontre à l'état de chlorure dans les muscles de l'homme. Quand la potasse manque ou existe en trop faible proportion dans les aliments, l'usage du vin comble heureusement ce déficit.

Que d'éléments divers se réunissent pour former ce produit désigné sous le nom de *bouquet!* Il résulte de l'union de plusieurs matières odorantes : alcools, éthers, aldéhyde, essences, matières analogues aux principes que M. Millon a désignés sous le nom de parfums.

On doit comprendre combien restent imparfaits les efforts qui tendent à l'imitation de ce précieux produit.

Ce n'est pas une chose aisée que de ranger, dans une classification irréprochable, le nombre infini des vins produits dans les diverses contrées où la vigne est cultivée. Depuis longtemps, je me suis occupé de ce problème. On a publié dans plusieurs ouvrages classiques, mais d'une façon inexacte, ma classification des vins; voici celle que j'ai adoptée comme se prêtant le mieux aux études hygiéniques :

CLASSIFICATION DES VINS ROUGES ET BLANCS

1° *Vins dans lesquels domine un des principes essentiels du vin.*

A. Alcooliques.	vins secs.	Madère, marsala.
	vins sucrés.	Malaga, lunel.
	de paille.	Arbois, hermitage.
B. Astringents taniques. .	avec sucre et alcool.	Saint-Raphaël.
	non sucré.	Cahors.
C. Acides. . .	avec bouquet. . .	Vin du Rhin.
	sans bouquet. . .	Vin de Gouais, d'Argenteuil.
D. Moussseux.		Champagne.

2° *Vins mixtes.*

A. Avec bouquet.	Bourgogne. . . .	Clos-Vougeot, mont-Rachet.
	Médoc.	Château-Larose, sauterne.
	Côtes-du-Rhône. .	Hermitage.
	Midi.	Langlade, saint-Georges.
B. Sans bouquet.		Bourgogne et bordeaux ordinaire.

Je n'admets pas plus la division en vins rouges et vins blancs, que je ne crois naturelle la séparation des cépages à raisins rouges et à raisins blancs.

Je considère comme importante la division première que j'établis, qui constate ou l'harmonie des principes immédiats que l'on trouve dans le vin, ou la prédominance de l'un de ces principes.

La première division des vins alcooliques comprend les vins dont le madère et le marsala sont le type. Ces vins, tels qu'ils nous sont livrés par le commerce, sont presque toujours suralcoolisés; ils contiennent, en effet, jusqu'à 25 pour 100 d'alcool, et la fermentation n'en développe que 15! Ils sont alcooliques et parfumés; ils remplacent utilement l'eau-de-vie; administrés en petite quantité, ils peuvent être utiles aux convalescents et aux vieillards.

Les vins alcooliques et sucrés sont aussi recommandables aux mêmes titres; ils sont également caractérisés par une saveur spéciale; quelques-uns, comme le lunel, sont les produits directs de la fermentation du suc des raisins; les autres, comme le malaga et l'alicante, proviennent de sucs réduits à l'aide de la chaleur et sont, en outre, alcoolisés.

Les vins taniques astringents et sucrés, tels que le vin de Bagnols Saint-Raphaël, l'emportent beaucoup, au point de vue hygiénique, sur les vins qui sont simplement alcooliques ou alcooliques et sucrés, parce qu'ils s'accommodent beaucoup mieux aux aptitudes de l'appareil digestif, quand ils sont pris à *doses modérées.*

SUR LES DILATATIONS SIMPLES

CIRCONSCRITES DES ARTÈRES, DITES ANÉVRYSMES VRAIS.

Par le docteur A. Legroux, ancien chef de clinique de la Faculté.

On sait qu'à l'exception de la dilatation anévryforme de l'aorte et des dilatations athéromateuses des grosses artères chez les vieillards, l'opinion générale se prononce contre l'existence du véritable anévrysme vrai.

M. Legroux vient de reprendre cette question — in *Archives de médecine* — et arrive aux conclusions suivantes :

Les dilatations simples, circonscrites (anévrysmes vrais) des artères autres que l'aorte existent. Il est utile de la maintenir dans le cadre des anévrysmes spontanés. Si la structure anatomique des tumeurs qu'elles forment diffère de ceux-ci, les symptômes cliniques qu'elles occasionnent se retrouvent tous dans les anévrysmes. Enfin la raison péremptoire est que ces dilatations simples peuvent conduire aux anévrysmes mixtes ou diffus par gradation ou par éclat. Ces ditatations peuvent exiger la même thérapeutique chirurgicale. Ces anévrysmes vrais, qu'on peut considérer, quant à leur origine, comme des types d'anévrysmes médicaux, se développent sous l'influence, d'une part, de l'impulsion trop énergique et prolongée du cœur et, d'autre part, de la perte graduelle de la contractilité artérielle. L'insuffisance aortique, avec son hypertrophie cardiaque, dite compensatrice, en est la condition pathogénique la plus favorable. L'endartérite, contemporaine souvent des lésions valvulaires et cardiaques (causes rhumatismales ou autres), constitue une circonstance adjuvante.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 novembre 1874. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Personne, qui se porte comme candidat à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie;

2° Deux notes M. le docteur Bouchard, professeur agrégé à Nancy,

l'une sur des filets anastomotiques trouvés chez les animaux, entre les racines antérieures et les racines postérieures des nerfs rachidiens (commission : MM. Sappey, Colin, Vulpian); l'autre sur un procédé pour la ligature du tronc des artères interosseuses (commission : MM. A. Guérin et Legouest);

3° Une lettre de M. le docteur Combes, demandant l'ouverture de deux plis cachetés, l'un sur une méthode chirurgicale pour la cure radicale des hernies par l'électricité; l'autre sur quelques points de la physiologie et de la pathologie du système nerveux;

4° Une lettre de M. le docteur Beaufumé (de Châteauroux), accompagnant l'envoi d'une pièce anatomique à l'appui d'une observation d'arrachement de la première phalange avec le long extenseur (commission : MM. Verneuil et Gosselin).

PRÉSENTATIONS

M. FAUVEL, au nom de M. le docteur Berchon, médecin principal de la marine, présente un travail manuscrit ayant pour titre : *Du scorbut, de sa prophylaxie, de sa contagion.* Dans ce travail, M. Berchon soutient l'opinion généralement admise sur l'étiologie et la prophylaxie du scorbut. Il cite un grand nombre de faits à l'appui.

M. POGGIALE présente, au nom de M. Baudrimont, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux, membre correspondant, un travail comprenant un grand nombre d'expériences faites sur des mouches avec des agents gazeux ou volatils.

M. LARREY présente une série de brochures : 1° *Considérations anatomo-pathologiques sur les altérations et la gangrène de l'appareil pulmonaire que l'on rencontre dans le scorbut*, par M. le docteur Haspel; — 2° *Deux cas de morsure de serpent venimeux*, par M. le docteur Feuvrier; — 3° *Stomatite ulcéreuse des soldats*, par le même; — 4° *Ovariotomie*, par M. le docteur Marion Syms.

A trois heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour la discussion du rapport de M. Chauffard sur la réorganisation de l'Académie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 octobre 1874. — Présidence de M. PETER.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Bouchut, disant avoir signalé avant M. Dubuc l'apparition du phimosis dans le diabète, et citant à l'appui de sa réclamation l'aphorisme suivant extrait de la deuxième édition du *Dictionnaire de thérapeutique* publié en collaboration avec M. Desprès.

« Le diabète produit quelquefois le phimosis accidentel par suite « de l'irritation que l'urine sucrée entretient sur le prépuce ; »

2° Une lettre de M. Dubuc qui reconnaît la justesse de la réclamation de M. Bouchut, et ajoute qu'il a commis la même omission à l'égard de M. Jaccoud qui, dans son article *Diabète* du nouveau *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, au chapitre intitulé : *Phénomènes dépendants de la glycosurie*, dit ceci : « Chez l'homme il n'est pas très-rare d'observer un gonflement du prépuce, le phimosis et la balanite. »

COMMUNICATION

M. DUROZIEZ termine sa communication sur la digitale. (Voir notre numéro du 31 octobre.)

DISCUSSION

M. BLONDEAU demande pourquoi cet anathème contre le vin de Trousseau, appelé aussi vin de l'Hôtel-Dieu. Pour lui il n'en a vu que de bons effets, et s'il a occasionné des accidents, c'est qu'il a été mal employé.

M. DE BEAUVAIS l'a prescrit à la dose d'une cuillerée à café, trois fois par jour, chez une femme qui ne pouvait supporter la teinture de digitale à la dose de quatre à cinq gouttes. Le vin de Trousseau a été bien toléré et a fait disparaître les troubles cardiaques.

M. DUROZIEZ. Je n'attaque pas le vin diurétique de Trousseau. J'ai dit seulement qu'on le confondait à chaque instant avec le vin diurétique de la Charité, et que cette méprise, faite même par les médecins les plus distingués, avait occasionné de nombreux accidents.

M. PETER. Trousseau a voulu remplacer le vin de la Charité, fort peu diurétique, par un vin qui le fût véritablement et dans lequel il avait ajouté la digitale.

M. DUROZIEZ. J'ai peut-être frappé un peu trop fort, mais cela aura pour résultat de faire apporter une plus grande attention dans l'emploi du vin diurétique de Trousseau.

M. PETER. Je prierai M. Duroziez de nous donner quelques détails plus précis au sujet du délire qu'il a observé chez ses malades qui prenaient de la digitale. A la période cachectique des maladies du cœur, alors que le cerveau est très-excité, on voit souvent apparaître du délire qui a une grande valeur pronostique; je l'ai vu se montrer chez des malades qui ne prenaient pas de digitale et n'en avaient pas pris depuis longtemps. A cette période des maladies du cœur, le délire est une expression des troubles des fonctions du cerveau chez les individus à cerveau facilement excitable. Corvisart avait dit : « Le délire apparaît à la période terminale des maladies du cœur. » Il ne faut donc pas toujours incriminer la digitale, et je demanderai si les malades de M. Duroziez étaient arrivés à cette phase cachectique.

M. DUROZIEZ. J'ai vu le délire se montrer d'une manière passagère à différentes époques de la maladie. J'admets cependant qu'il puisse y avoir du délire produit par un état du cerveau résultant de la maladie du cœur. Mais je crois que bien souvent aussi il est sous la dépendance de la digitale dont on a tellement abusé que presque tous les malades finissent par être *un sac à digitale*. M. Duroziez cite plusieurs cas où de l'oppression, du délire, des troubles de la vue se sont montrés à la suite d'un traitement par la digitale à haute dose et disparurent par la suppression de ce médicament.

M. PETER. J'ai vu des gens qui ne prenaient pas de digitale et se mettaient à délirer; quelques-uns même avaient le délire des grandeurs. Je crois donc que le délire peut apparaître spontanément et que la digitale ne fait qu'en favoriser le développement. Comment M. Duroziez comprend-il que la digitale produise l'oppression, l'essoufflement; les maladies du cœur ne les produisent-elles pas? Et comment faire la part de la maladie et celle du médicament.

M. DUROZIEZ rappelle le fait d'un individu qui fut pris d'étouffement et de suffocation en pleine prise de digitale. On a expliqué, dit-il, l'effet de la digitale par son action sur le bulbe, ce qui la rend ainsi maîtresse de produire tous les accidents possibles, même du côté des poumons, où elle peut occasionner la pleurésie et la pneumonie. J'ajoute que dans l'insuffisance aortique il y a beaucoup de morts subites, et je me demande si, d'en certains cas, ce n'est pas la digitale qui a occasionné la mort.

M. PERRIN. S'est-on toujours inquiété de la provenance de la plante, et les différentes teintures qui en sont faites ont-elles toutes la même force? J'en doute. Il est bien certain que, suivant les localités, où la plante est recueillie, elle doit avoir une activité différente. Le problème se complique donc de plus en plus.

M. FORGET. Tout ce que nous a dit M. Duroziez tend à rendre l'administration de la digitale suspecte d'accidents et à en empêcher l'emploi. Mais ces accidents admis, que M. Duroziez rassure la pratique, et qu'il nous décrive d'une manière générale les indications et les contre-indications de la digitale, dans quelles maladies du cœur et dans quelles limites on peut l'admtn istrer?

M. BLONDEAU. M. Duroziez nous a parlé de cas d'insuffisance aortique où la digitale a fait du mal. Mais on ne la donne pas dans cette maladie du cœur.

M. DUROZIEZ. Je réponds à M. Perrin qu'il est évident que les digitales sont différentes suivant leur provenance. A Strasbourg elles ont une puissance énorme. Avec de la digitale fournie par Quevenne, j'ai été effrayé des effets produits par 4 à 5 centigrammes de poudre. Les digitalines elles-mêmes sont variables. Celle de Nativelle est très-puissante; c'est au médecin qui sait qu'il y a des digitales plus fortes que d'autres à aller doucement et à petites doses.

A M. Forget, qui me demande de formuler les indications et contre-indications de la digitale, je répondrai que je suis incapable de le faire. J'étudie, je cherche, mais je ne puis arriver encore à des con-

clusions précises; c'est un problème difficile, en attendant qu'il soit résolu, je crie à la prudence. Je répondrai à M. Blondeau qu'en effet on ne donne pas de digitale dans les véritables insuffisances aortiques, mais que bien souvent le diagnostic en est très-difficile, et dans ce cas on a pu administrer la digitale.

M. PETER. M. Duroziez a attribué à l'abus de la digitale la production de pleurésies et de pneumonies. J'avoue que je ne puis croire à de pareils méfaits. D'abord il est admis que, dans le cours d'une maladie du cœur, il peut survenir des pleurésies aiguës, des hydrothorax, et même des pneumonies aiguës. Comment la digitale agirait-elle pour les produire? On ne voit pas bien la pathogénie. Pour moi je crois plutôt à des coïncidences.

M. DUROZIEZ. Ceci est un travail à faire. En passant par les voies urinaires, la digitale détermine de la congestion et même de l'inflammation de ces organes. Du côté du tube digestif, j'ai vu se produire dans la bouche une éruption constituée par les plaques ortiées en apparence, qui se sont excavées et qui présentaient de la ressemblance avec la stomatite mercurielle. On a signalé le ptyalisme, et même la stomatite consécutifs à l'emploi de la digitale. L'inflammation peut passer dans l'estomac et les intestins et provoquer les entérites, de la diarrhée, etc...

Du côté des poumons, la question est plus délicate, mais ne pourrait-on pas expliquer les inflammations qu'on y observe par l'action de la digitale sur le pneumo-gastrique et les nerfs partant du centre encéphalique, ce qui donnerait la clef en même temps de l'apparition de méningites graves, ainsi que j'ai eu l'occasion d'en observer.

M. PETER. M. Forget a exprimé quelques *desiderata* au sujet des indications et contre-indications de la digitale. Je vais essayer d'y répondre.

Il y a indication dans les affections du cœur, non-seulement quand le pouls est fréquent et irrégulier, mais surtout quand le cœur est bondissant. La digitale calme les palpitations; quand elles ne sont pas calmées, c'est qu'elles ne relèvent pas d'une maladie du cœur. Dans les cas où il y a une fréquence excessive et continue des battements du cœur, la digitale ne produit aucun effet; c'est qu'il y a quelque chose du côté de l'innervation du cœur, et c'est la forme la plus grave des maladies du cœur. La digitale est impuissante et, par conséquent, nuisible. Ce sont ces cas-là qui désorientent et découragent. J'ai vu cependant des cas où, en forçant la dose, le nombre des battements a pu diminuer de moitié. Mais aussitôt que l'on cessait la fréquence revenait comme auparavant. Il n'est pas douteux que ces phénomènes ne soient sous la dépendance du pneumogastrique, et alors il faut s'adresser à la morphine qui, en excitant le bulbe et les origines du pneumo-gastrique, peut amener une diminution de dix et vingt pulsations là où la digitale n'avait pu produire aucune modification. L'éther donne également de bons résultats en inspiration, en perles ou dans une potion. On peut associer les deux médicaments, on le voit, dans le traitement des maladies du cœur, il y a à faire la part de l'état du *muscle* et de *l'innervation*.

M. GILBERT DHERCOURT PÈRE. Je demande à insister sur les observations présentées par M. Perrin relativement à la provenance des plantes médicinales. Il se peut en effet que la nature du sol et que le degré d'altitude où elles croissent modifient les vertus thérapeutiques de ces plantes; qu'ils les élèvent en puissance ou qu'ils les affaiblissent suivant les cas. Ainsi, en ce qui concerne la digitale qu'on rencontre en abondance aussi bien sur quelques terrains de la Sologne ou du Gâtinais, à 80 ou 100 mètres au-dessus du niveau de la mer, que sur les montagnes du Forez, à 1,000 ou 1,100 mètres d'altitude, il ne me répugne pas de croire que des conditions de végétation si différentes ne sont pas sans influence sur le degré d'activité que possède la plante, et que les préparations pharmaceutiques fournies par elle aux officines de Gien et de Saint-Étienne par exemple, ne doivent pas donner des résultats tout à fait identiques. Là est peut-être la cause secrète de quelques-uns des accidents dont M. Duroziez nous a parlé. C'est un fait à éclaircir.

La séance est levée à cinq heures dix minutes.

Le secrétaire annuel : Dr LOLLIOT.

VARIÉTÉS

Nouveaux éléments de pathologie générale, de sémiologie et de diagnostic (1), par M. E. BOUCHUT.

Si le succès des œuvres d'un médecin peut le dédommager des mécomptes de la lutte professionnelle et des antagonismes qui en résultent, M. Bouchut doit être heureux. Tous ses livres que ne recommande aucun poste officiel ont des éditions successives que rien n'arrête. Aujourd'hui c'est une *troisième édition de ses nouveaux Éléments de pathologie générale, de sémiologie et de diagnostic* que nous annonçons à nos lecteurs.

Le médecin trouve dans ce livre tout ce qui a trait aux grandes questions de la nature de l'homme, de l'étiologie morbide, de la forme des maladies, de leur marche et de leurs terminaisons, du pronostic et des lois générales de la thérapeutique. C'est la première partie.

La seconde est consacrée à l'étude des maladies en général, telles que la *Fièvre* et les *Fièvres*, où se trouvent toutes les recherches modernes sur les ferments et sur la température; — les *Inflammations* comprenant l'étude histologique de ce phénomène; — les *Gangrènes;* — les *Hémorrhagies;* — les *Hydropisies;* — les *Flux;* — les *Pneumatoses;* — les *Nosohémies* ou maladies du sang; — les *Nosorganies;* — le *Parasitisme végétal et animal* comprenant l'étude des maladies parasitaires; — enfin les *Névroses.* C'est dans cette partie que se trouve l'anatomie pathologique générale et l'histologie pathologique ayant nécessité les figures relatives aux différentes altérations de tissu, telles que l'hypertrophie et l'atrophie; les concrétions inorganiques; les néoplasies tels qu'adénomes, stéatoses enchondromes, fibromes, mélanomes, etc.; — les thromboses et les embolies; — les épithéliomes, le cancer, le cancroïde, la dégénérescence tuberculeuse, la dégénérescence amyloïde; les parasites animaux et végétaux de l'homme, etc. Mais ce n'est là que l'histologie pathologique générale conformément au plan du livre.

Une troisième partie est consacrée à la sémiologie et au diagnostic. On y trouve en détail l'exposé de tous les moyens d'exploration des organes et ce qu'ils peuvent donner au diagnostic. La *Cérébroscopie*, la *Percussion*, l'*Auscultation*, y tiennent une place très-étendue. Pour l'élève, c'est un manuel d'ophthalmoscopie médicale, de percussion et d'auscultation très-complet.

Puis viennent les signes fournis au diagnostic par les troubles de l'innervation; par les désordres de l'appareil circulatoire, cœur et artères; par les troubles de l'appareil respiratoire, digestif, biliaire, lacrymal, urinaire, génital, etc.

C'est une sémiologie complète, la seule que nous ayons aujourd'hui.

En somme, cet ouvrage réimprimé avec soin, mis au courant de la science par l'addition de toutes les découvertes récentes, peut être utile au médecin qui veut méditer les lois générales de la pathologie et aux élèves qui ne comprendront rien à l'étude des maladies en particulier, s'ils n'ont pas commencé par connaître les maladies en général, c'est-à-dire l'histoire générale des fièvres, des inflammations, des gangrènes, des hémorrhagies, des hydropisies, des flux, des névroses, etc. A. C.

Les Femmes anglaises au moyen âge

La vie des femmes pendant la période qui s'est écoulée depuis la chute de l'empire romain jusqu'à l'époque qui forme la transition des anciennes mœurs aux mœurs modernes, c'est-à-dire les quinzième et seizième siècles, a été, pour l'Angleterre, étudiée par plusieurs écrivains distingués. Le *Journal officiel* reproduit, d'après un article très-intéressant du *Chamber's Journal*, quelques-uns des traits caractéristiques de la vie anglaise pendant ces longs siècles du moyen âge, dont nulle part peut-être les antiques usages, les mœurs, les traditions, n'ont laissé de traces plus profondes qu'en Angleterre.

(1) *Troisième édition.* — Un volume grand in-8°, de 1,316 pages, avec 300 figures intercalées dans le texte. — Paris 1874. — J. B. Baillière et fils.

La cérémonie du mariage chez les Anglo-Saxons avait un caractère tout à fait primitif; il consistait simplement à se prendre par la main en se promettant amour et affection en présence des parents et des amis : c'était le *hand fœstnung*. L'époux payait au père de la jeune fille une somme d'argent, appelée le *foster-leaw* ou payement de la nourriture. Plus tard, ces coutumes primitives se transformèrent en un système régulier, et le fiancé fut obligé de donner un *wed* ou garantie, d'où est venu le mot anglais *wedding* (mariage). Sous l'influence du christianisme, le consentement de la femme, que l'on fiancait très-jeune, devint nécessaire ; elle avait le droit de rompre le contrat avant sa dixième année, sans que le père eût à rendre l'argent au fiancé. Si la jeune fille voulait annuler le mariage avant sa douzième année, le père devait rendre l'argent ou payer une amende. Un père pouvait de la sorte fiancer sa fille plusieurs fois, recevoir chaque fois de l'argent et persuader à sa fille de rompre le contrat. L'Église, pour obvier à cet abus, décida que la jeune fille qui refusait l'époux choisi pour elle par sa famille entrerait au couvent.

De nouvelles formalités furent introduites dans la cérémonie du mariage. Le jeune Anglo-Saxon, aux fiançailles, mettait un anneau à la main droite de la fiancée; cet anneau, au mariage, passait au premier doigt de la main gauche. Le père, au même moment, remettait au fiancé la chaussure de sa fille; celui-ci touchait sa femme à la tête avec cette chaussure, en signe d'autorité. Cette cérémonie en Angleterre subsiste encore dans cette coutume populaire qui consiste à jeter des souliers au couple nouvellement marié ; on suppose que son origine remonte à un autre usage plus ancien : le maître posait jadis le pied sur le cou du prisonnier ou de l'esclave.

Le lendemain du mariage, l'époux faisait un cadeau à sa femme, ce cadeau s'appelait le *morning-gift*, don du matin, dans des temps plus récents, la valeur de ce cadeau était stipulée avant le mariage. C'est ainsi qu'à la fin du dixième siècle, lady Wynflœd laissa à un de ses parents un domaine qu'elle déclarait avoir été son *morning-gift*. Quand la sœur d'Athelstane, Edgith, épousa Othon, empereur de Germanie, il lui donna comme *présent du matin* la ville de Magdebourg.

Sous les Danois, la situation des femmes était comparativement bonne. La femme avait droit, d'après la loi, à la garde des clefs du mari. Les femmes anglo-saxonnes étaient industrieuses ; elles étaient chargées de la confection des vêtements de la famille. Le *Pœnitentiale* de Théodore de Canterbury (septième siècle) défend aux femmes de coudre des habits, de carder la laine et de tondre les moutons le dimanche. Guillaume de Malmesbury dit que les filles d'Edward (successeur d'Alfred) s'occupaient à filer et faisaient des travaux d'aiguille. Les Normands furent très-frappés de la perfection des travaux à l'aiguille des femmes saxonnes, auxquels ils donnaient le nom de travail anglais « anglicum opus ». Suivant le *Doomsday book*, Alwuyd reçut des terres à Ashley, dans le comté de Buckingham, que le comte Godwin lui donna pour apprendre à sa fille la broderie d'or.

Les femmes anglo-saxonnes se paraient d'anneaux et de bracelets, frisaient leurs cheveux et donnaient de l'éclat aux joues avec de l'antimoine. Les dessins coloriés des manuscrits qui sont parvenus jusqu'à nous nous les montrent dans une tenue modeste : la figure seule et les mains ne sont pas couvertes. Elles portaient des *camisia* sur la peau, puis la tunique, *cyrtel*, et comme surtout une espèce de manteau, très-semblable à la *palla* des Romaines. Dans beaucoup de manuscrits, la chevelure est peinte en bleu, et il est probable que les hommes, aussi bien que les femmes, se teignaient les cheveux. Avant le mariage, la jeune fille portait les cheveux longs et flottants; après le mariage, les cheveux étaient plus courts ou rassemblés. Les deux sexes portaient des gants. Le chef de la famille s'appelait souvent *hlaf-ord*, la source du pain ; sa femme, *hlaf-dig*, distributrice du pain, et les domestiques ou gens de la maison, *hlaf-ætas*, mangeurs de pain.

Au dixième siècle, le sol se couvrit de forteresses et le château fut le symbole de la société féodale. Isolés du monde dans ces châteaux-forts, les hommes étaient très-portés à en sortir pour chercher au dehors des aventures. Jamais la famille réduite à ses plus simples éléments, le mari, la femme et les enfants, n'a vécu dans une plus grande intimité. Quand le seigneur quittait son château, sa femme en restait la maîtresse, ce qui donnait souvent aux femmes de l'époque féodale une dignité, un courage et des vertus qui n'auraient pas trouvé l'occasion de s'exercer dans d'autres circonstances. Cette vie solitaire et sombre du château était favorable aux vertus domestiques et à l'élévation des femmes. Au onzième siècle l'esprit de famille et la vie domestique avaient pris un développement et un empire inconnus jusque-là.

L'habillement était comparativement simple du temps de Guillaume le Conquérant, ou s'il s'y trouve quelques extravagances, c'est dans le costume des hommes.

Une femme devenait souvent noble de son chef et portait par son mariage de vastes domaines dans d'autres familles. Une fois mariée, elle occupait la haute position dans la famille, s'asseyant à la place d'honneur près du seigneur à table, et prenait sa place pendant son absence.

C'était l'usage général que la dame du château allât elle-même à la porte recevoir le visiteur. Quand il partait, le seigneur et la dame le reconduisaient.

Quelquefois, une demoiselle de haut rang s'offrait elle-même comme le prix d'un tournoi. C'est ainsi que Guérin de Metz conquit la main de la belle Fitz Warime, et avec elle le manoir de Whittington.

Dans les dessins des manuscrits, les femmes sont plus souvent représentées filant que dans toute autre occupation. Le psautier de la reine Marie, qui est conservée au Musée britannique, représente Ève filant dans le paradis terrestre. Ce qui est plus curieux, c'est que, dans le moyen âge, la femme était le médecin et quelquefois le chirurgien de la maison. La littérature de l'époque mentionne souvent le talent qu'elle montrait dans ces professions.

Dans le château, la journée commençait au lever du soleil et se terminait vers huit ou neuf heures du soir. Les deux repas principaux étaient le dîner, avant midi, et le souper, vers quatre ou cinq heures. A une période plus récente, les repas se prirent plus tôt, et il y avait un second souper. Après dîner, les chevaliers s'asseyaient autour d'une table dans la salle des banquets, ou dans une salle voisine; on écoutait les chants des ménestrels; on jouait aux dames ou aux échecs; le jeu d'échecs faisait toujours partie d'une éducation libérale.

Les hommes et les femmes se promenaient en se tenant par la main, jamais en se donnant le bras. Avant le seizième siècle, les manuscrits représentent toujours les femmes qui montent à cheval, assises d'un seul côté, ayant les deux jambes à droite et la main gauche vers la tête du cheval, ce qui est exactement le contraire de la mode adoptée aujourd'hui. Précédemment, les mules avaient été en faveur; mais à mesure que la féodalité avança, l'usage du palefroi prévalut. Les voitures, dont on se servait peu, étaient lourdes et incommodes. Quand Richard II se réconcilia avec les bourgeois de Londres, et qu'il entra dans la ville, deux voitures portaient les dames de sa cour ; l'une d'elles fut renversée, ce que Richard Maidstone considère comme un jugement du ciel contre une mode aussi extravagante que celle des voitures.

La chasse au faucon était considérée comme un talent de dames; le premier traité écrit sur ce sujet, en anglais, est de la dame Juliana Berners, prieur du couvent Sopewell, près Saint-Albans. Jean de Salibusry, au douzième siècle, nous dit avec quelle ardeur les dames se livraient à cet exercice. Dans les manuscrits des femmes sont souvent représentées chassant le lapin au furet. La chasse au faucon commençait au mois d'août, et les dames se levaient avec le jour pour chasser les perdrix.

Chaque château féodal formait une sorte de petit État, ayant ses modes particulières. A certaines époques, quand les châtelaines allaient à la cour du roi, elles observaient des modes différentes qu'elles introduisaient ensuite chez elles.

Les vêtements du treizième siècle étaient souvent très-somptueux, composés de riches étoffes et de broderies. On portait généralement des gants, et l'on considérait comme le comble des mauvaises manières de garder des gants pendant les visites, dans les soirées, dans les bals ou en présence de grands personnages. Qnand deux personnes

se rencontraient sur la voie publique, elles retiraient leurs gants pour se donner la main.

Les cheveux, à la fin du treizième siècle, étaient arrangés des deux côtés de la tête de manière à cacher les oreilles. On y ajouta les faux cheveux sous le nom d'atours et on leur donna la forme de cornes, ce qui excitait l'indignation des satiriques de cette période. Le chevalier de la Tour-Landry (1371) nous dit qu'un évêque prêchant contre cette mode devant des dames, leur racontait que le déluge avait été causé par de semblables vanités, et que le démon, on n'en pouvait douter, s'asseyait entre ces cornes.

Terminons par un article qui a souvent aussi soulevé des critiques et des railleries : la parfumerie. Les femmes, au moyen âge, faisaient usage des parfums peu raffinés ; le safran y occupait le premier rang : les merciers vendaient des guimpes parfumées au safran. Le musc, qui passe pour calmer les nerfs, n'était pas non plus inconnu, et l'usage s'en est transmis, de ces temps reculés, à la parfumerie de la moderne Angleterre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'externat. — Suite des questions orales d'anatomie.

Séance du vendredi 6 : Artère humérale.

Séance du lundi 9 : Muscles de la région antérieure de la jambe.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 14 novembre 1874, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° lecture du procès-verbal de la précédente séance; — 2° Élections pour le renouvellement du bureau ; — 3° Cas de chorée généralisée, par M. de Beauvais; — 4° Des injections hypodermiques de morphine, par M. Peter.

— *Hôpital des Enfants malades.* — M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien, reprendra ses leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants, le jeudi 12 novembre, à neuf heures, tous les jours, excepté le jeudi, de huit heures et demi à dix heures et demie. Visite des malades et consultation.

Le jeudi sera consacré à la leçon et aux opérations.

La consultation du samedi sera réservée aux difformités et à l'application des appareils orthopédiques.

— *Clinique médicale de la Faculté.* — Hôpital de la Charité. M. le docteur G. Hayem, agrégé, suppléant de M. le professeur Bouillaud, commencera son cours le jeudi 12 novembre, à neuf heures et demie, et le continuera les jeudis et samedis suivants à la même heure.

Tous les mardis, leçon au lit des malades, à huit heures et demie.

— M. le docteur Reliquet commencera son cours sur les maladies des voies urinaires, le lundi 16 novembre, à cinq heures, amphithéâtre n° 2, de l'école pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants.

— Le docteur Dujardin-Beaumetz commencera un cours public et gratuit de thérapeutique le lundi 17 novembre, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les jeudis et samedis suivants.

— Un médecin, parlant correctement l'anglais et l'allemand, désire se mettre en rapport avec un confrère âgé, exerçant dans l'un des bons quartiers de Paris, qui voudrait vendre sa clientèle ou la céder en partie.

Écrire à D. R., au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Folie héréditaire, leçons professées à l'École pratique par le docteur Legrand du Saulle, lauréat de l'Institut, médecin de l'hospice de Bicêtre (service des aliénés). — Paris, in-8° de 75 pages. — Chez Adrien Delahaye, éditeur, place de l'École-de-Médecine. — Prix : 2 fr. 50.

Des anévrysmes de l'artère pulmonaire développées dans les cavernes du poumon, par le docteur Ernest Chardin. — In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Recherches thérapeutiques et physiologiques sur l'ipéca, par le docteur Chouppe. — In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

De la nature des maladies contagieuses. Extinction de la variole et du choléra, par le docteur Dély. — In-8° de 30 pages. — Prix 1 fr. 25. — Paris, 1874, Germer-Baillière.

La fièvre typhoïde et les bains froids à Lyon pendant l'épidémie des mois d'avril et mai 1874. Extrait des leçons faites à l'hôtel-Dieu de Lyon, par le docteur Bondet, médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur suppléant à l'École de médecine. — In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'uréthrotomie interne employée comme moyen de faciliter la sortie d'un fragment de sonde contenu dans la vessie, par le docteur A. Dubuc. — In-8°. — Prix : 50 centimes. Paris, Adrien Delahaye.

La Mort, sa constatation, ou Procédé à l'aide duquel on peut la reconnaître et éviter des enterrements de vifs, par le docteur H. Hoaran. — In-8°. — Prix : 75 centimes. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 132. — SAMEDI 14 NOVEMBRE 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 14 NOVEMBRE 1874. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

Paris, 13 novembre 1874.

A la suite des manifestations de lundi et mercredi derniers, la Faculté de médecine de Paris vient d'être fermée pour ne rouvrir que le 1er décembre prochain.

Nous ne laisserons pas un événement si grave se produire sans dire toute notre pensée.

Le tumulte pour lequel, à deux reprises, on a empêché M. le professeur Chauffard de faire son cours, a son origine dans deux accusations : l'une d'ordre religieux, la seconde d'ordre politique.

Est-il besoin d'aller plus loin pour comprendre combien ces deux questions sont étrangères à nos études ?

Que nos professeurs soient catholiques, protestants ou juifs, pourquoi protester? Que devient la liberté de penser si nous refusons aujourd'hui à un catholique ce que l'esprit de réaction pourra refuser demain à un protestant, ou après-demain à un juif.

Sur le seuil de l'École de médecine doit s'arrêter la Théologie : elle n'a pas droit d'entrée.

Quant à la question politique à laquelle on a pu faire allusion, le grief n'est pas plus fondé.

La position de M. Chauffard fils près le ministre de l'instruction publique n'est due qu'à son mérite personnel. Cette haute situation, il ne la doit, en effet, qu'à l'institution que nous ne cessons de réclamer, avec vous, c'est-à-dire au Concours.

Espérons que, mieux éclairée sur ses véritables intérêts, la majorité studieuse des élèves saura, dorénavant, prévenir les si regrettables manifestations d'une minorité turbulente.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Nous comptions aujourd'hui, conformément à notre usage, entretenir les lecteurs de la Revue de l'ouverture des cours de clinique annoncés pour cette semaine. Notre déception a été grande, en entrant ce matin à l'hôpital de la Charité, d'apprendre que, par ordre, les cours de clinique étaient interrompus comme les cours de la Faculté. Nous regrettons d'autant plus cette application générale et rigoureuse d'une mesure disciplinaire déjà, regrettable en elle-même, qu'elle frappe plus particulièrement non-seulement sur la partie la plus laborieuse des étudiants, mais encore sur les médecins étrangers et sur un groupe notable de médecins de Paris qui fréquentent habituellement nos cliniques, et que l'on prive ainsi d'un élément important d'instruction complémentaire, en les rendant en quelque sorte responsables et solidaires d'actes auxquels ils sont évidemment étrangers. Nos lecteurs en éprouveront aussi le contre-coup nécessaire, les cliniques officielles nous fournissant habituellement les plus importants sujets d'information. Espérons qu'on ne nous fera pas attendre longtemps la reprise d'un enseignement aussi utile et aussi généralement suivi.

De quelques-uns des procédés opératoires que réclament les cas particulièrement difficiles d'ovariotomie et d'hystérotomie.

Lorsqu'une grande opération chirurgicale, longtemps repoussée à cause de ses difficultés et de ses dangers, a fini par acquérir son droit de cité dans la pratique, grâce à une connaissance plus exacte de tous les éléments du problème et au perfectionnement des procédés, instruments et moyens opératoires; lorsque les indications et contre-indications ont été assez bien étudiées pour qu'on puisse exprimer par des termes mathématiques les chances probables de succès et d'insuccès, et que les divers temps de l'opération ont été combinés, calculés et décrits comme ceux d'une opération réglée, tout n'est pas dit encore. Il reste à faire la part de l'imprévu, qui n'est pas toujours la plus petite et avec laquelle le chirurgien doit toujours s'attendre à compter. C'est le cas de beaucoup de grandes opérations, sans doute, mais plus particulièrement encore celui de l'ovariotomie, et de sa congénère l'hystérotomie, qui, indépendamment des difficultés qui leur sont inhérentes, sont encore trop souvent fécondes en surprises.

Dans l'exposé que nous avons fait, il y a quelques années, de quelques-uns des résultats soumis par M. Péan à l'Académie de médecine, nous avons fait connaître, au moins dans leurs dispositions principales, si non dans tous leurs détails, les procédés opératoires mis en œuvre, nous avons indiqué les précautions infinies, les soins minutieux que réclament particulièrement ces opérations, insistant surtout sur ce fait que ce n'est qu'à ce prix qu'étaient obtenus des résultats qui ont été accueillis avec un certain étonnement. Ces faits, en se multipliant depuis, ont multiplié aussi les occasions d'étudier toutes les difficultés, prévues ou imprévues, qui peuvent se dresser devant l'opérateur et de faire de nouveaux appels aux ressources de la médecine opératoire et de la thérapeutique. Un

ancien interne et collaborateur de M. Péan et qui, en cette double qualité, a assisté et pris part à un grand nombre de ces opérations, M. le docteur Urdy, vient, dans sa thèse inaugurale, de faire un exposé et un examen, au point de vue du manuel opératoire, de quelques-unes de ces difficultés et des procédés qu'elles ont suggérés. Aujourd'hui que l'ovariotomie n'est plus en question, que son utilité et ses services ne sont plus contestés, et que le nombre des chirurgiens enhardis à l'entreprendre s'accroît tous les jours, nous considérons comme un devoir de faire connaître ou tout au moins de signaler tout ce qui peut contribuer à multiplier les chances de succès entre les mains de l'opérateur.

Ovariotomie.

M. Urdy groupe sous deux chefs principaux les accidents qui sont de nature à nécessiter des modifications dans le procédé opératoire.

La tumeur (kyste ou tumeur fibreuse) a contracté des adhérences qu'il est impossible ou dangereux de détacher. Ces adhérences sont telles, dans quelques cas de kyste ancien et volumineux, que la tumeur se confond entièrement avec le péritoine. Voici la méthode que M. Péan met en usage dans ces cas, et qui variera, comme on va le voir, selon que ces adhérences indissolubles sont limitées ou étendues.

Les adhérences sont limitées. Elles ont lieu avec la paroi abdominale, avec une anse intestinale, ou avec l'épiploon. M. Péan a recours alors à la méthode d'excision partielle du kyste ou de morcellement, s'il s'agit d'une tumeur solide.

Dans le premier cas (adhérence du kyste avec la paroi abdominale) avec une broche métallique à pointe d'acier, il traverse la tumeur à 3 ou 4 centimètres du point adhérent et pose une ligature immédiatement au-dessous; il n'y a plus alors qu'à sectionner les tissus, c'est-à-dire les deux parois du kyste, le plus près possible de la surface adhérente, de manière à ne conserver absolument que cette dernière. La broche empêche la ligature de glisser, et celle-ci, en maintenant rapprochées les parois du kyste, s'oppose à ce que les liquides qu'il pourrait encore contenir ne tombent dans la cavité péritonéale. L'hémorrhagie arrêtée, s'il en survient, par une compression exercée sur la surface de section, on abandonne dans la cavité abdominale le segment de kyste qu'il a été impossible de détacher.

S'agit-il d'une tumeur solide, auquel cas l'hémorrhagie est beaucoup plus à redouter, les pinces hémostatiques à mors allongés transversalement en forme de T sont appliquées sur les parties saignantes et maintenues jusqu'au moment où, toute trace d'hémorrhagie ayant cessé, on juge le moment opportun de refermer la cavité abdominale.

L'adhérence a lieu avec une anse intestinale. Dans ce cas, M. Péan, au lieu d'abandonner librement dans la cavité péritonéale l'anse intestinale avec le lambeau de kyste ou de tumeur fibreuse, dont il est impossible de la détacher, fixe le tout à la paroi abdominale antérieure. A cet effet, il conserve un lambeau de tumeur assez grand pour qu'il puisse être traversé par plusieurs points de suture. Cela fait, lors de la fermeture de l'abdomen, il comprend ce lambeau dans une ou deux sutures métalliques qui doivent servir à fermer la plaie des parois abdominales. De cette façon l'anse intestinale est maintenue dans le voisinage de cette dernière.

L'adhérence a lieu avec l'épiploon. La conduite qui a donné jusqu'ici les meilleurs résultats consiste à sectionner les plus gros vaisseaux entre deux ligatures, à une certaine distance du point où ils s'enfoncent dans le tissu de la tumeur, à jeter sur l'épiploon une ou plusieurs ligatures, puis à la couper avec le bistouri immédiatement au-dessous de ces dernières.

Les adhérences sont étendues. La tumeur maintenue immobile dans l'abdomen par des adhérences qui comprennent un tiers ou même une moitié de sa surface, ne peut être enlevée en totalité. C'est en vue de ce cas, l'un des plus difficiles qui puissent se présenter dans la pratique de l'ovariotomie, que M. Péan a imaginé un procédé mixte, tenant à la fois du procédé de la canule à demeure de l'ancienne méthode, de l'incision et de la nouvelle méthode de l'extirpation du kyste. Elle consiste à exciser les parties libres du kyste et à abandonner toute sa partie adhérente au-dessous d'une ligature opérant une constriction assez solide pour prévenir toute hémorrhagie, mais disposée cependant de façon à permettre l'introduction immédiate de tubes propres à faciliter l'écoulement au dehors des liquides qui devront être fournis ultérieurement par la cavité du kyste. Pour faciliter et rendre possible et utile cette dernière application, dans le cas de kyste multiloculaire, celui-ci est préalablement rendu uniloculaire par la rupture des cloisons. Les deux modes de terminaison observés à la suite de l'application de cette méthode sont l'élimination en masse ou l'atrophie et la transformation fibreuse, à la suite d'une suppuration de longue durée, et, dans quelques cas, la persistance d'une fistule abdominale.

Hystérotomie.

Nous avons dit que l'utilité et les services de l'ovariotomie n'étaient plus contestés. Il n'en est pas tout à fait de même de l'hystérotomie, dont l'opportunité fait encore question pour beaucoup de chirurgiens. Le sujet ne peut manquer de se présenter un jour ou un autre au débat de l'Académie. Nous n'avons pas l'intention de soulever ici cette grave question, qui demande à être très-sérieusement étudiée. M. Urdy, dans sa thèse, n'a pas jugé à propos non plus de la discuter. Mais ce que les faits qu'il a vus lui ont permis d'affirmer, c'est la possibilité d'enlever les fibromes interstitiels de l'utérus et cet organe lui-même, avec des chances de succès que la statistique démontre être égale, jusqu'à présent, à celles de l'ovariotomie dans les cas de kystes adhérents.

Nous allons suivre M. Urdy dans l'exposé de ce que le manuel opératoire de la gastrotomie offre de spécial lorsqu'il s'agit de tumeurs solides au lieu de kystes.

Lorsque le corps fibreux est d'un volume peu considérable et pédiculé, l'ablation s'en fait sans difficulté. Le cas est le même que pour le kyste de l'ovaire simple, sans adhérences.

Les difficultés n'existent que dans les deux circonstances suivantes :

La tumeur fibreuse ou fibro-cystique offre un volume considérable.

La tumeur mise à découvert dans la plus grande étendue possible, on protége les parois de l'abdomen ainsi que les intestins au moyen de serviettes chauffées à 30 degrés, puis on s'occupe de réduire son volume. C'est ici que s'applique la méthode par morcellement de M. Péan. Il commence par traverser la partie moyenne de la tumeur, au besoin même la partie la plus accessible par plusieurs anses de fils métalliques. Les fils sont ensuite serrés à l'aide de serre-nœuds ordinaires, de façon à interrompre la circulation dans toute la partie qui se trouve située au-dessus des ligatures. On peut alors exciser cette partie en toute sécurité et diminuer d'autant le volume de la masse morbide. Si, malgré cela, la tumeur reste encore trop volumineuse, on recommence la même manœuvre

un peu plus bas, et ainsi de suite jusqu'à ce que la réduction soit jugée suffisante.

On évite, par cette méthode, l'hémorrhagie, les tiraillements sur le pédoncule ou sur son point d'implantation, les résultats qui pourraient en résulter.

Une fois la tumeur réduite à un volume qui lui permet de franchir les lèvres de l'incision, il s'agit de former un pédicule et de terminer l'opération.

Voici quelques-unes des difficultés, parfois très-grandes, peut présenter ce temps de l'opération.

Si le fibrome a l'utérus pour point de départ, ce dernier organe, amputé au niveau de l'isthme, constituera lui-même un excellent pédicule que l'on fixera à l'angle inférieur de l'incision adbominale. Les difficultés seront plus grandes si la tumeur a pris naissance dans l'épaisseur du ligament large. On devra chercher dans ce cas à énucléer la portion restante de la tumeur et à l'isoler de sa coque enveloppante. Cette dernière sera ensuite traitée soit comme un pédicule, soit comme une partie kystique à laquelle la méthode de suppuration partielle sera applicable.

M. Urdy rapporte, à cette occasion, une observation de tumeur fibro-cystique pédiculée (corps fibreux à Geodes) du poids de 7 kilog. 500 grammes qui a été enlevée par ce procédé de morcellement. Dans ce cas, M. Péan avait été assez heureux pour pouvoir former un pédicule avec la membrane d'enveloppe du corps fibreux.

Le corps fibreux remplit l'excavation pelvienne; il est impossible de former un pédicule par suite de l'ablation de la presque totalité de l'utérus. C'est ici que les difficultés s'élèvent au plus haut degré et qu'il est le moins aisé d'indiquer une manière uniforme d'agir. Dans un cas de ce genre, où l'on avait affaire à un kyste aréolaire multiloculaire, ayant contracté des rapports anormaux, et qui présenta des complications graves pendant l'opération, M. Péan dut procéder à l'ablation presque totale de l'utérus, ce qui nécessita le drainage du cul-de-sac postérieur du vagin.

Nous aurions voulu pouvoir résumer quelques-uns des faits cités par l'auteur à l'appui de ce qui précède, mais ces citations nous entraîneraient trop loin.

Nous renvoyons, du reste, pour la connaissance plus exacte des procédés et surtout plus complète des faits, n'ayant eu l'intention ici que de donner quelques indications sommaires, à la thèse de M. Urdy et au travail précédent de MM. Péan et Urdy sur l'hystérotomie (1).

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND. — M. Fleury.

Absence congénitale de la vessie. — Incontinence d'urine, péritonite développée à la suite de cathétérisme (2).

Une jeune fille de la campagne, bien constituée, réglée depuis deux ans, est reçue à l'Hôtel-Dieu de Clermont le 5 septembre 1874 pour y être traitée d'une incontinence d'urine qui existerait, dit-elle, depuis un an et qui serait survenue à la suite d'une rétention provoquée par une maladie dont le nom lui est inconnu.

La vulve, la partie supérieure et interne des cuisses sont le siége d'un érythème douloureux analogue à celui que l'on observe chez les femmes qui ont une fistule vésico-vaginale. Quelle peut en être la cause?

J'introduis une sonde d'argent dans la canal de l'urèthre, elle pénètre sans difficulté; mais son contact est douloureux, et bientôt elle est arrêtée à 4 centimètres de longueur à peu près.

Je crois d'abord que la vessie s'est rétractée et que l'instrument explorateur touche le fond de l'organe qui vient coiffer son col, comme nous l'observons quelquefois à la suite des cystites chroniques ou des fistules vésico-vaginales.

En introduisant le doigt dans le vagin on sent que l'anneau vulvaire est relâché, le col de l'utérus est allongé, mais on ne trouve rien à la paroi antérieure du conduit vulvo-utérin qui puisse rendre compte de cette incontinence. Il est impossible d'examiner les urines puisqu'elles s'écoulent continuellement et qu'on ne peut en recueillir dans un vase.

L'état général est excellent, toutes les fonctions de l'économie s'exécutent à merveille.

Je renvoie au lendemain l'exploration au spéculum; mais le 7, lorsque je me dispose à examiner la malade, je trouve l'hypogastre un peu douloureux et le pouls fréquent; la figure offre une teinte légèrement violacée, comme on l'observe dans la bronchite typhoïde; néanmoins la peau est très-peu chaude, la malade répond d'une manière précise aux questions qu'on lui adresse.

Serions-nous au début d'une fièvre typhoïde? Serait-ce un commencement de péritonite? La première affection ne marche pas aussi promptement. Quelle pourrait être la cause de la péritonite? Le cathétérisme a été simple, court et facilement supporté par la malade. Quelques jours auparavant la même exploration avait été faite dans une salle de médecine, il n'en était rien résulté de fâcheux (cataplasmes sur le ventre, boissons rafraîchissantes, bains de siége, diète).

Les jours suivants ces symptômes se sont accentués, l'abdomen est peut-être cependant un peu moins douloureux; mais la jeune malade, qui est calme le jour, est très-agitée pendant la nuit et pousse des cris qui empêchent ses voisines de dormir; le pouls est faible et très-fréquent; la teinte asphyxique du visage augmente; la langue se sèche, les dents et les gencives se couvrent d'un enduit futigineux; elle succombe huit jours après le début du mal.

L'autopsie devait offrir un grand intérêt; elle a été pratiquée dans la journée du 16.

Un épanchement de pus s'est fait dans l'abdomen; ce liquide est peu abondant, mais il est étendu en masse sur toutes les anses intestinales.

J'ai enlevé avec soin les organes génitaux urinaires après avoir scié les deux branches qui forment l'arcade du pubis.

La matrice seule s'aperçoit dans le bassin, il n'y existe aucune apparence de vessie; la paroi supérieure de l'urèthre est divisée dans toute sa longueur, l'instrument s'arrête au niveau du col de l'organe.

Je cherche à y arriver par les urétères. Ces canaux offrent leur disposition et leur calibre normaux. Un stylet introduit dans leur cavité vient aboutir sur les côtés du cul-de-sac qui termine l'urèthre; la vessie n'existe donc pas; les urétères arrivent directement au canal de l'urèthre; le rein gauche est converti en kystes nombreux qui renferment une matière crémeuse d'un blanc jaunâtre; le rein droit est sain.

Cette jeune fille a donc succombé à une péritonite dont la cause est bien bénigne, car on ne peut l'attribuer qu'à l'exploration qui a été pratiquée; nous avons vu qu'elle a été simple et facile.

Des faits semblables existent dans la science. Comment, avec une absence complète de la vessie, peut-on expliquer une incontinence d'urine qui ne remonterait qu'à un an?

Après sa mort j'ai recueilli quelques renseignements auprès de sa mère, qui nous a dit que depuis l'âge de quatre ans l'enfant urinait sous elle. Il est certain que cette infirmité était congénitale.

Si depuis un an elle était devenue insupportable pour cette jeune fille, c'est que probablement à la suite de la maladie dont elle a été atteinte, les urines sont devenues plus âcres et ont irrité les parties avec lesquelles elles étaient en contact.

L'absence de la vessie pouvait donc faire croire à l'existence d'un état maladif dont la nature fût restée complétement inconnue si la malade n'eût pas succombé dans notre hôpital.

J'ignore si des faits semblables existent dans la science, c'est une question que je soumets à mes savants collègues de la Société de chirurgie.

(1) Grand in-8° de 228 pages avec planches. — Paris, 1873, chez Adrien Delahaye.

(2) Lu à la Société de chirurgie, séance du 28 octobre 1874.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 octobre 1874. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. Duplay offre le quatrième fascicule du tome IV du *Traité de pathologie externe* de Follin et Duplay.

M. Vanzetti, membre correspondant à Padoue, fait hommage d'une brochure sur l'*Uncipression*, nouveau procédé pour arrêter l'hémorrhagie de certaines plaies.

M. Demarquay offre de la part du docteur Henri Terrillon de Varsovie, un ouvrage : *Philosophie de la nature*.

M. Larrey présente, de la part de M. Henri Dumont, un travail manuscrit : *Recherches sur certaines tumeurs cutanées molles non décrites* (rapporteur M. Horteloup). M. Larrey fait, en son propre nom, don à la bibliothèque de 68 thèses de chirurgie.

PRIX LABORIE

La société reçoit et admet, pour le concours du prix Laborie, les deux travaux suivants :

1° *Du silicate de potasse dans le traitement de l'érysipèle.*

2° *Recherches sur la compression élastique comme méthode d'ischémie dans les opérations.*

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. Demarquay. La question de l'algidité dans l'étranglement herniaire m'a occupé depuis longtemps. Je me rappelle avoir reçu dans mon service, en 1854, un homme porteur d'une hernie étranglée et présentant une telle algidité qu'on l'avait fait entrer comme cholérique. Ayant eu pourtant l'occasion d'observer, dans des cas analogues, tantôt un abaissement, tantôt une élévation de température, je fis des expériences dans le cabinet de M. Claude Bernard, et j'observai que lorsque sur les chiens je déterminais un étranglement très-rapproché du duodénum, les vomissements étaient plus rapides, plus fréquents, et la réfrigération était notablement augmentée. On pourrait conclure que lorsque chez l'homme on observe une algidité rapide et intense on a affaire à un étranglement situé très-haut.

M. Verneuil. Quand je me suis occupé de la question de l'algidité, j'étais disposé à attribuer ce phénomène à l'étranglement lui-même. Les expériences sur les animaux, faites à mon instigation par M. Terrillon, n'ont pas donné les résultats que j'attendais, et à plusieurs reprises la réfrigération ne s'est pas montrée après l'étranglement. Quant à l'importance du siége signalée par M. Demarquay, j'ai recueilli un fait qui ne concorde pas avec l'opinion qu'il émettait ; j'admets cependant d'une manière positive l'influence de l'étranglement sur l'algidité, et si les lois qui président à cette influence ne sont pas encore connues, il faut reconnaître que la réfrigération est un signe précieux pour faire distinguer l'obstruction simple du véritable étranglement. Je me rappelle avoir observé un cas remarquable dans ce sens. Un malade se présente à l'hôpital avec des douleurs abdominales atroces. Son ventre est plutôt déprimé que ballonné, il n'y a pas d'obstruction apparente. Il a 35 degrés et une fraction de température, abaissement que l'on n'observe qu'à la suite des grands désordres produits par un traumatisme considérable. Sur ce signe je diagnostiquai un étranglement ; je n'en restai pas moins désarmé, ne pouvant, sans la moindre donnée, pratiquer l'opération; le malade succomba dans la nuit qui suivit son entrée, et à l'autopsie nous trouvâmes un étranglement de 25 c. intéressant le gros intestin. Toute l'S iliaque avait passé sous le bord du mésentère et se trouvait étranglée comme par une ligature. On voit que bien que l'étranglement intéressât ici la partie la plus basse de l'intestin, la réfrigération n'en était pas moins considérable.

M. Demarquay. Je ferai remarquer qu'il y avait ici non pas un véritable étranglement, mais plutôt une invagination. Je concède cependant que l'étendue peut avoir une grande part dans le refroidissement. Notons pourtant qu'un phénomène étranger vient compliquer souvent la question ; je veux parler de la gangrène qui, ainsi qu'on le sait, produit le refroidissement alors même qu'elle n'occupe qu'un espace fort limité. Pour nous borner à la question de l'étranglement herniaire, j'ai, je le répète, constamment observé dans mes expériences que l'algidité était toujours proportionnée à la hauteur plus ou moins considérable du point où l'on pratiquait l'étranglement. Je ne voudrais pas critiquer les expériences de M. Terrillon; mais on sait qu'après ces opérations la péritonite éclate à un moment donné, et c'est alors que survient une élévation de température qui peut devenir une cause d'erreur.

M. Verneuil. Je me bornerai à répondre à M. Demarquay que la gangrène était absolument étrangère au fait que j'ai cité, et que M. Terrillon a trop l'expérience des vivisections pour ne point savoir à quel moment il est utile d'observer. Le développement de la péritonite n'a donc pu influencer en rien le résultat de ses expériences.

LECTURE

M. Guyon fait la lecture suivante au nom de M. Fleury (de Clermont), membre correspondant :

Absence congénitale de la vessie. — Incontinence d'urine. — Péritonite développée à la suite du cathétérisme. (Voir plus haut.)

COMMUNICATION

Polypes des arrière-narines. — M. Trélat. J'ai déjà entretenu la société d'une série de faits qui m'ont paru intéressants; je veux parler de ces polypes que j'ai caractérisés par ce mot : *polypes des arrière-narines*, polypes muqueux, mais présentant une procidence dans la gorge et un aspect tout spécial qui pourrait les faire confondre avec les polypes naso-pharyngiens qui sont, ainsi qu'on le sait, sarcomateux, et d'une tout autre nature que les premiers.

On m'a amené cette année un jeune homme de dix-sept ans, présentant en arrière du voile du palais une tumeur que mon doigt ne pouvait circonscrire qu'incomplétement. J'insistai pour qu'il entrât dans mon service, et nous pûmes l'examiner à loisir.

Je trouvai alors, derrière le voile du palais, une tumeur bilobée d'un centimètre et demi de diamètre qui obéissait avec une grande docilité aux contractions du voile lui-même. Il me fut impossible de déterminer par le toucher son implantation. Au fond de la narine gauche, nous constatâmes l'existence d'un polype muqueux. Ce signe d'une très-grande importance diagnostique venait du reste se joindre à d'autres signes favorables, à savoir l'absence d'hémorrhagies, de douleurs, de dysphagie, en un mot d'une gêne quelque peu notable. Dans une troisième séance qui devait n'être qu'une séance d'essai, et qui, par le fait, devint définitive, j'introduisis dans le nez une petite tige destinée à conduire et à faire passer en arrière de la tumeur le fil du galvano-cautère. A un moment donné, je sentis le polype étranglé par le fil qui, avec la tige conductrice, constituait absolument un serre-nœud. Ne pouvant résister à la tentation d'en finir sur-le-champ, si cela était possible, j'opérai des tractions, et je pus amener d'arrière en avant la totalité de la tumeur qui présentait en effet deux lobes postérieurs et un chapelet muqueux antérieur; je suis persuadé que tous nos collègues ont observé des faits de ce genre; mais ce qui m'a frappé, c'est que j'ai trouvé dans mes livres la relation d'opérations graves, de véritables mutilations faites dans le but d'extirper des polypes naso-pharyngiens dont l'implantation se trouvait être très-mince. Ainsi, sans vouloir en quoi que ce soit attaquer en pareille occurrence le diagnostic et l'opportunité de l'opération, suis-je absolument convaincu qu'en raison de la facilité de l'erreur à commettre, on a parfois inutilement pratiqué des mutilations de la face pour des polypes des arrière-narines confondus avec les polypes naso-pharyngiens. En résumé, les polypes des arrière-narines présentent dans l'arrière-gorge une saillie dure, charnue, qui peut induire en erreur ; ils se distinguent des sarcomes par l'absence d'hémorrhagie, de dysphagie, par la coïncidence fréquente de polypes muqueux dans l'une ou l'autre narine; mais, comme leur couleur et leur consistance peuvent tromper, il faut y regarder à plusieurs fois.

avant d'établir le diagnostic d'une manière absolue et surtout avant d'instituer le traitement si différent suivant que l'on aura affaire à telle ou telle espèce.

DISCUSSION

M. DUPLAY. J'ai rencontré quelques cas analogues à ceux qu'a cités M. Trélat, et, tout en constatant certaines difficultés, je dois dire que sur trois cas qui se sont présentés à moi et que j'ai opérés, je n'ai pas hésité, et je ne crois pas avoir eu grand mérite à cela. La coexistence des polypes muqueux dans la partie antérieure des fosses nasales, de même que la consistance spéciale de la tumeur, doivent éclairer le chirurgien; j'estime même qu'il y aurait quelque danger à porter le trouble dans l'esprit des praticiens, relativement à une question dont la solution me paraît sinon facile, au moins toujours possible, à la condition d'apporter à son examen tout le soin nécessaire et de ne pas considérer les exceptions comme la règle, témoin le cas cité par M. Gosselin où il y avait coexistence d'un polype muqueux avec un polype naso-pharyngien. Pour moi je me suis toujours bien trouvé de laisser un doigt à la partie postérieure des fosses nasales et de fixer ainsi la masse, puis d'insinuer par la partie antérieure de petites pinces qui vont à la rencontre de mon doigt et ne peuvent manquer aussi de saisir le pédicule. En résumé, je ne considère pas le point de diagnostic traité par notre collègue comme très-difficile, au moins dans l'immense majorité des cas.

M. DESPRÈS. J'ai vu deux polypes des arrière-fosses nasales. Un dans le service de Velpeau. Il avait le volume d'un œuf de pigeon et n'était le siége d'aucune hémorrhagie. Velpeau diagnostiqua un polype naso-pharyngien et l'enleva en deux temps. Il sectionna d'abord avec le serre-nœud toute la partie qui faisait procidence; puis, trois jours après, il arracha le pédicule à l'aide de pinces introduites par les narines. En rapprochant mes souvenirs de la description faite par M. Trélat, je crois bien que c'était un polype muqueux modifié.

L'an dernier j'ai observé, sur une femme de soixante-huit ans, un polype analogue à celui que nous a décrit M. Duplay. Une des narines était oblitérée, et l'on sentait derrière le voile du palais une tumeur bien circonscrite, que je diagnostiquai polype muqueux, éclairé, du reste, par un petit polype muqueux bien net visible dans l'autre narine. Je l'extirpai en introduisant le doigt par la partie postérieure, le repoussant en avant et l'arrachant à l'aide de pinces introduites par la narine.

M. DUBRUEIL. Je me souviens d'avoir vu, dans le service de Jarjavay, une tumeur rétro-palatine, molle, blanchâtre, en forme de massue, que Jarjavay n'hésita pas à considérer comme un polype muqueux et à l'arracher comme il a été dit précédemment.

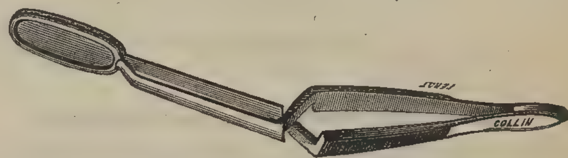
M. DEMARQUAY. Je suis de l'avis de M. Duplay. J'ai vu un certain nombre de ces polypes, et j'ai dû de ne point hésiter aux conseils que donnait Blandin à ce sujet. « Si l'on porte, disait-il, le doigt en arrière du polype, et si l'on peut remonter vers l'apophyse basilaire sans constater son insertion, on a affaire à un polype de la partie postérieure des fosses nasales. J'en ai lié ou arraché plusieurs, et je me suis en général bien trouvé de les enfiler de façon à les empêcher d'être déglutis et de déterminer des accidents de gastro-entérite analogues à ceux que j'ai vus dans le service de Breschet, à la suite d'un accident de cette sorte.

M. TRÉLAT. Je n'ai pas dit que le diagnostic fût très-difficile, j'ai dit qu'il y avait des tumeurs rétro-pharyngiennes simulant les polypes naso-pharyngiens; et je crois avoir bien fait d'insister sur ce point de diagnostic. M. Duplay, M. Dubrueil, ont vu des tumeurs rosées, blanchâtres, présentant tous les caractères des polypes muqueux. Cela n'est point mon cas, lequel avait des caractères de dureté et de couleur analogues à ceux des sarcomes. Il faut également tenir compte du point de départ dans l'examen. M. Duplay a été consulté pour un polype du nez, c'est consécutivement qu'il a découvert la tumeur rétro-palatine. C'est, au contraire, pour une tumeur du pharynx que l'on m'a amené le jeune homme dont j'ai décrit l'histoire, et ce n'est qu'après que le polype du nez m'est apparu. Le but de ma communication est purement et simplement de mettre en garde contre la ressemblance que le temps peut créer au point de vue de l'aspect, de la forme, de la couleur et de la consistance entre les polypes muqueux des arrière-narines et les sarcomes naso-pharyngiens, je ne doute pas, pour ma part, qu'à une époque qui ne remonte guère à plus de douze ans, bon nombre de ces erreurs n'aient été commises; depuis la plupart des chirurgiens se sont occupés de la question, et il n'y a rien d'étonnant à ce que l'on sache mieux aujourd'hui qu'alors établir une distinction bien tranchée.

M. FORGET. M. Trélat me paraît avoir été dans son langage quelque peu au-delà de sa pensée en faisant remonter à douze années seulement le progrès relatif à la question des polypes muqueux ou naso-pharyngiens. Je me souviens d'avoir entendu, il y a trente ans, Lisfranc faire une clinique sur le même sujet, insister sur ces cas douteux analogues à ceux qu'a cités M. Trélat, et décrire même tout au long le procédé d'extraction à l'aide du doigt placé en arrière et de la pince introduite en avant. Il ne faudrait, par conséquent, pas dire que nos maîtres en ignorassent aussi complétement.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. TILLAUX présente un instrument de Collin, destiné à faciliter l'opération de la fistule recto-vaginale. Construit sur le principe de la pince de Desmarres, destinée à l'extirpation des kystes des paupières, cet instrument se compose de deux mors, l'un plein, l'autre en forme d'anneau. L'un s'introduit dans le rectum, l'autre dans le vagin et



tous deux limitent en se rapprochant les bords de la fistule, qu'ils permettent d'aviver sans une goutte de sang et même de suturer, car la mors plein est concave et muni d'une plaque cornée qui facilite le passage des aiguilles et des fils. On peut en un mot, à l'aide de cet instrument, opérer à ciel ouvert la fistule recto-vaginale.

COMMUNICATION

Nouveau procédé d'opération de la fistule recto-vaginale. — M. DEMARQUAY. Je demande à la société, à l'occasion de la communication intéressante de M. Tillaux, de faire connaître un nouveau procédé opératoire qui m'a donné tout récemment un très-beau résultat. J'ai eu occasion de faire une série d'opérations pour guérir des fistules recto-vaginales sans réussir. La cause de mes revers tenait, à deux choses : à l'accumulation des matières intestinales dans le gros intestin, à leur volume et à leur dureté, et surtout à la résistance de l'anus, quand il s'agissait de les faire sortir; pendant les efforts que la malade faisait pour aller à la garde-robe, la cicatrice se rompait en tout ou en partie, et les matières passaient de nouveau par le vagin; il y avait encore une condition anatomique d'insuccès : c'était la tension dans le sens transversal de la paroi inférieure du vagin. Pour faire disparaître ces mauvaises conditions, voici le procédé que j'ai mis en usage sur une jeune femme affectée d'une large fistule recto-vaginale, amenée par une manœuvre malheureuse d'un instrument tranchant dans l'ablation d'un polype utérin. L'opération doit être divisée en deux temps. L'opération préliminaire ayant pour but de faire disparaître les obstacles qui s'opposent à la guérison. Pour cela je fends l'anus et la paroi postérieure du rectum comme dans l'opération de la fistule à l'anus jusqu'au coccyx. Cette opération a pour résultat : 1° d'amener un relâchement considérable dans la paroi postérieure du vagin, et 2° de permettre d'opérer la fistule par le rectum, en quelque sorte à ciel ouvert, et 3° enfin de permettre aux matières intestinales de s'écouler facilement au dehors.

Quant au deuxième temps de l'opération, il se fait : 1° sur la surface intestinale où l'on pratique un large avivement obliquement taillé comme cela se passe dans la fistule vésico-vaginale opérée suivant le procédé américain; 2° l'avivement étant fait largement et l'écoulement sanguin étant arrêté, je fais une suture métallique avec les aiguilles courbes de Blandin, en traversant la paroi inférieure du vagin, j'adosse complétement les surfaces avivées, à l'aide d'une série de points de suture dont les fils sont tordus dans le vagin comme dans la fistule vésico-vaginale. Cela se fait facilement en raison du relâchechement des parties, par suite de l'incision profonde du sphincter. Grâce à cette incision, non-seulement les matières ne séjournent point

dans le gros intestin, mais j'en provoque facilement l'expulsion à l'aide d'un léger laxatif. Des injections d'eau fraîche sont faites chaque matin dans le vagin. Comme il n'y a point de tension dans les parties réunies, on peut laisser les fils en place aussi longtemps qu'on veut. Je propose de les laisser huit à dix jours.

Quant au premier temps de l'opération, consistant à inciser profondément la partie de l'anus, voici ce qui se passe: petit à petit cette plaie se cicatrise et arrive à une guérison complète, absolument comme s'il s'agissait d'une opération de fistule à l'anus. Ma malade, guérie de sa fistule et de l'opération préliminaire, conservait très-bien ses matières intestinales, comme si le sphincter n'avait point été intéressé.

Mais, dira-t-on, votre opération préliminaire est grave. A cela je répondrai: Je l'ai faite souvent pour rendre facile des opérations sur le rectum et cela sans inconvénient, et puis il y a-t-il pour une jeune femme une infirmité plus dégoûtante que celle d'une fistule recto-vaginale, et ne faut-il point à tout prix l'en débarrasser?

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

VARIÉTÉS

Les universités d'Oxford et de Cambridge.

A Oxford et à Cambridge, quand on entre dans la ville universitaire, on se croirait transporté dans un autre siècle et dans un autre pays. Les rues principales sont bordées sans interruption, à droite et à gauche, de véritables palais, d'une architecture à la fois austère et splendide. Ces palais sont les colléges dont se compose chacune de ces universités. On en compte 20 à Oxford; 17 à Cambridge, sans compter les cinq hôtels d'Oxford.

Dans cette dernière université, on remarque surtout le *Christ-Church*, ou *Collége de l'Église du Christ*, qui domine la ville de toute la hauteur de ses tours majestueuses; à l'intérieur, sa cour quadrangulaire si vaste, sa cathédrale du douzième siècle, son réfectoire de 100 pieds de long et de 50 d'élévation, avec ses voûtes de chêne sculpté, ses élégants pendentifs, ses vitraux qui portent les armes royales rappellent fièrement l'époque de Henri VIII et du cardinal Wolsey, ses fondateurs. C'est dans une des tours du portail d'entrée que s'élève le beffroi de Tom, le bourdon d'Oxford, cloche deux fois aussi grosse que celle de Saint-Paul de Londres, mais dont la voix grave n'est pourtant pas toujours écoutée, quand, le soir, elle sonne la retraite pour les étudiants du collége.

Moins imposant, plus délicat d'exécution architecturale est le charmant collége gothique de Sainte-Marie-Magdeleine, bâti au quinzième siècle, et dont les tourelles, les clochetons, les ogives encadrés de pierre se cachent au milieu de la verdure qui l'enveloppe de tous côtés. On se croirait revenu aux temps du moyen âge, à voir les étudiants circuler en robe noire et en bonnet universitaire carré, d'où retombe un gland de soie, et se perdre sous ces ombrages séculaires, dans ces corridors gothiques, sous ces voûtes ogivales.

La ville universitaire de Cambridge, qui n'occupe que deux rues, est plus admirable encore. Le collége Royal (King' College) est certes un palais de roi. Les colléges de la Trinité et de Saint-Jean (Trinity de Saint-John), plus grands que tous les autres de la même université, sont peut-être les plus magnifiques institutions collégiales qui existent en Europe. Ce qui augmente encore la beauté de ces établissements, ce qui leur prête un charme particulier, c'est qu'ils sont presque tous situés sur les bords d'une rivière, la Cam, et accompagnés de vastes jardins, nous devrions dire de parcs somptueux.

La rivière, sur laquelle sont jetés des ponts que MM. Demogeot et Montucci, dans leur rapport, qualifient de ravissants, bordée de prairies et de saules pleureurs, porte une foule de bateaux et de yoles pavoisés, dont les étudiants se servent pour exécuter ces régates, qui font partie de la série d'*athletic sports*, un des amusements de la jeunesse anglaise.

Les universités d'Oxford et de Cambridge ne ressemblent guère à ce que nous avons coutume d'appeler de ce nom, sur le continent. Ce ne sont pas uniquement des établissements d'instruction, mais bien plutôt des centres traditionnels, où les jeunes gens des classes élevées et d'autres viennent se former à la vie sociale anglaise.

« L'étude n'est ici qu'un moyen, qu'un instrument, j'ose même dire, pour quelques-uns, qu'un prétexte, dit le rapport que nous citions tout à l'heure. La vie anglaise avec ses qualités et ses défauts, l'énergie du caractère, la force des muscles qui le soutient, la loyauté des relations sociales, la générosité de la conduite, le sentiment de la responsabilité, la haine de toute chose basse et vile, le décorum même dans le vice; tel est le fond et la base de l'éducation universitaire. »

Ces établissements ne sont donc pas des écoles spéciales, professionnelles, pratiques. Elles prennent le jeune homme à la sortie de ses études secondaires, le gardent trois ou cinq ans et lui donnent en compensation une culture générale, une science désintéressée qui peut lui être utile dans toutes les situations de la vie, mais qui, à la vérité, ne s'applique positivement à aucune. Aussi beaucoup de jeunes gens se destinant aux professions libérales, futurs avocats, avoués, ingénieurs, médecins, ne fréquentent-ils pas les cours de ces universités de luxe. Ils courent au plus pressé, à l'enseignement pratique et professionnel, négligeant la théorie pure.

De telles institutions ne sont viables que dans un pays d'aristocratie et de grandes fortunes patrimoniales, comme l'Angleterre. Les distinctions sociales, soigneusement abolies sur le continent dans les établissements d'éducation qui réunissent la jeunesse, sont au contraire soigneusement maintenues dans ces universités anglaises; des priviléges sont accordés aux pairs et fils de pairs, de pairesses, aux baronnets et à leurs fils; ceux-ci ont au réfectoire une table spéciale dressée sur une estrade, ils portent un gland d'or au bonnet, leur robe, dans les solennités, est chamarrée d'or.

Les pensionnaires-gentilshommes portent, eux, la robe de soie, et ainsi de suite. « Les Anglais, qui forment leurs étudiants pour une société où les rangs sont fortement marqués, pensent qu'il est bon d'accoutumer les apprentis de la vie à voir les inégalités que la société virile leur réserve, et à les subir sans humiliation ni jalousies. »

A Oxford et à Cambridge, l'université proprement dite a été peu à peu absorbée par les différents colléges qui se sont fondés dans leur sein; mais, actuellement, cette absorption regrettable tend à disparaître et les universités à reprendre leur vie et leur activité particulières. C'est ce que l'enquête qui vient d'avoir lieu aura pour but de réaliser.

En Angleterre les universités se sont formées et développées comme ailleurs, mais ce qui les distingue des établissements similaires du continent, c'est que les premières ont gardé fidèlement, jusqu'à nos jours, la plupart de leurs coutumes et de leurs règles primitives. A l'origine, elles se modelèrent sur l'Université de Paris, la mère et le modèle de toutes. Des deux côtés de la Manche, s'échangeaient maîtres et écoliers. A Paris, au moyen âge, la *Nation de Normandie*, — on sait ce qu'on appelait *nations* dans les universités — était peuplée d'Anglais. Par compensation, les étudiants français affluaient à Oxford; on en comptait, dit-on, plus de mille, en 1229, sous Henri III, — ce qui est un chiffre considérable. Les uns et les autres étaient fiers de leurs priviléges; ils en abusèrent dès qu'ils se virent soustraits à la juridiction civile; le soir, ils parcouraient les carrefours, battant les bourgeois et brisant les portes des cabarets.

La conséquence de cette extrême licence, à Oxford comme à Paris, fut qu'on restreignit la liberté des étudiants. Au lieu de les laisser loger au hasard chez l'habitant, et jusque dans les tourelles des murs de la ville, abandonnés à eux-mêmes sans guides, sans surveillance, on établit des hôtels, — qui existent encore à Oxford sous le nom de Halls, — et dans lesquels les étudiants paisibles vivaient sous la direction d'un maître ès arts nommé par eux. De cette institution à la fondation de monastères laïques, de colléges où les étudiants se réunissaient pour étudier, de même que dans les couvents religieux les moines se réunissaient pour prier, il n'y avait qu'un pas. Cette création ne supprima point la classe des étudiants libres, où « martinets », comme on les appelait sur le continent. Les hôtels continuèrent à exister à côté de ces couvents de l'étude, sur les bords de la Cam et de l'Isis, comme sur la rive gauche de la Seine, à la mon-

tagne Sainte-Geneviève, dans le quartier de l'Université. A Oxford, on comptait jusqu'à 300 établissements de ce genre.

Des personnes charitables commencèrent à entretenir à leurs frais un certain nombre de pauvres écoliers. Ces générosités se multiplièrent; des legs considérables furent laissés pour perpétuer la charité des donateurs. Certaines de ces donations furent assez splendides pour que les collèges pussent vivre sur leurs propres fonds.

Les étudiants entretenus aux frais de personnes charitables, appelés d'abord *écoliers* (latin, *scolares;* anglais, *scholars*), puis agrégés (latin, *socii*; anglais, *fellows*) ne reçurent dans le principe qu'une très-modeste allocation. Au collége Balliol (Oxford), fondé entre 1262 et 1268, on ne leur donnait pour leur nourriture que 1 penny (10 cent.) en semaine, et 2 pence (20 cent.) le dimanche. Soixante ans plus tard, ils touchaient 11 pence (1 fr. 10) par semaine. Le collége Brasenose, dont les statuts datent de 1520, ne donnait encore à ses agrégés que 12 pence (1 fr. 20) par semaine.

Il y a loin de cette maigre allocation aux traitements que reçoivent aujourd'hui les agrégés des deux universités, 5,000 à 7,500 fr. Ces traitements ne les obligent même pas à résidence. Ils peuvent en jouir, même en se livrant à d'autres carrières; s'ils restent dans le collége pour se vouer à l'enseignement, ils peuvent en cumuler le montant avec leurs émoluments de professeurs; s'ils sont ecclésiastiques, elle leur reste leur vie durant, tant qu'ils n'auront pas contracté mariage. Bref, c'est une libéralité comme on n'en fait qu'en Angleterre, et qu'on offre à l'élite des jeunes gens sortis avec distinction, aux examens des colléges, pour leur donner le temps et les moyens de se faire une carrière. A ce titre, c'est une institution des plus recommandables, à supposer qu'on pose des limites à la durée de cette faveur, et qu'on la restreigne à un délai de sept ou dix ans, assez large pour que ceux qui jouissent de l'indemnité aient eu le temps de se créer une position, qui leur permettra de s'en passer désormais.

A Oxford et à Cambridge, universités qui ne comptent guère que 3,800 élèves, le nombre des *fellowships* ou indemnités aux *fellows* (agrégés) n'est pas moindre que 800. C'est surtout cette classe qu'on a voulu atteindre, comme nous l'avons dit précédemment, l'extension du système ayant conduit à des abus fâcheux. Les agrégés ne prennent, pour ainsi dire, aucune autre part à l'œuvre d'éducation qui est la raison d'être des universités; ils vivent à Londres ou en d'autres villes, exerçant des professions fort lucratives; car ce sont en général les avocats, les médecins, les professeurs les plus répandus et les plus suivis. L'université, par conséquent, est privée de cette puissante ressource.

Aussi, comme le dit fort bien le rapport que nous avons déjà cité, de MM. Demogeot et Montucci : « Ces universités possèdent sans doute quelques hommes du plus haut mérite; elles comptent bon nombre de jeunes gens de talent et de grande espérance; mais le savants mûris par l'étude y sont rares. Ils s'élèvent comme ces arbres de haute futaie qu'a épargnés la hache au milieu d'un jeune et vigoureux taillis; ils ne forment pas une forêt. Les universités et les colléges, avec leurs dotations considérables, avec leurs immenses ressources, pourraient et devraient être pour le pays des foyers de lumières, des académies vouées à l'avancement de toutes les sciences; elles ne sont guère que de splendides et dispendieuses écoles pour les classes les plus riches de la nation. » Ce sont les considérations de ce genre qui ont déterminé l'enquête dont nous avons parlé, laquelle doit mettre les universités d'Oxford et de Cambridge en rapport avec les besoins du temps.

Une autre particularité curieuse et qui est un restant des mœurs du moyen âge, c'est le droit de police municipale que possèdent ces universités. Leurs procureurs (*proctors*) peuvent faire des visites domiciliaires chez les étudiants en ville. Le soir, ils parcourent les rues pour empêcher ou réprimer le désordre, pour noter les écoliers turbulents ou ceux qui ne porteraient pas la robe de leur état, et aussi pour éloigner ou appréhender « toute autre robe suspecte et non universitaire » qui serait trouvée rôdant autour des *hôtels*.

(*Journal officiel.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpital de la Pitié. — M. le docteur T. Gallard reprendra ses leçons de clinique médicale le samedi 21 novembre 1874, à neuf heures du matin (amphithéâtre n° 3). — Mardi et samedi. Leçon à l'amphithéâtre. — Jeudi. Examen au spéculum. — Tous les matins. Visite et interrogatoire des malades par les élèves (salles Saint-Athanase et du Rosaire).

— M. le docteur Mallez commencera son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire, le mardi 17 novembre, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, pour le continuer les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 133. — MARDI 17 NOVEMBRE 1874. 47e ANNÉE. MARDI 17 NOVEMBRE 1874. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT

Des maladies du cœur chez les enfants

DE L'ENDOCARDITE DANS LES MALADIES AIGUES FÉBRILES DE L'ENFANCE.

I

Les maladies observées sur l'homme vivant et que révèle la clinique forment un groupe particulier, que l'on ne saurait identifier avec l'évolution des altérations anatomiques. Elles sont la maladie, tandis que les autres ne sont que des lésions. Or *la lésion* et *la maladie* sont deux choses très-distinctes et si, habituellement, la lésion et les symptômes marchent ensemble, ceux-ci indiquant celle-là, il n'en est pas toujours ainsi, et l'on sait des lésions qui n'ont été révélées que par l'autopsie, sans qu'aucun symptôme ait pu les faire soupçonner, comme on sait des maladies mortelles dont la lésion est parfaitement ignorée. C'est ce que, dans un chapitre de ma *Pathologie générale* consacré *aux maladies latentes* (1), j'ai essayé de démontrer par un nombre surabondant de preuves.

Ainsi, chez les vieillards, Piorry et Dechambre ont indiqué que certaines maladies des orifices du cœur, telles que rétrécissements ou insuffisances, découvertes sur le cadavre n'avaient, pendant la vie, produit aucun des souffles qui les caractérisent habituellement. Des cancers profonds, des tumeurs hydatiques enkystées et pétrifiées, provenant du foie, comme celle que j'ai présentée à la Société anatomique en 1842, des calculs biliaires, des pneumonies chroniques, des concrétions pulmonaires énormes, des tumeurs du cerveau et du cervelet, surtout des tubercules quelquefois énormes peuvent se développer, séjourner et s'arrêter comme lésion sans rendre les sujets malades et n'être reconnus qu'à l'autopsie lorsqu'une maladie intercurrente en fournit l'occasion. Tous ces faits se trouvent dans ma *Pathologie générale* et dans une thèse de Guillot intitulée : *la Lésion et la Maladie*.

Ces réflexions préliminaires s'appliquent de tout point aux lésions du cœur chez les enfants qui passent souvent inaperçues et qui ne constituent pas ce qu'on appelle des maladies du cœur. En effet, cliniquement, les maladies du cœur sont rares dans l'enfance, et anatomiquement, elles sont très-communes, car tout état fébrile les provoque. Seulement, ce n'est pas une maladie, c'est une lésion temporaire qui disparaît sans produire de symptômes, et il n'y a que lorsqu'elles s'établissent définitivement en altérant le diamètre des orifices qu'elles deviennent appréciables. Dans ces cas mêmes, leurs symptômes diffèrent de l'adulte, car on ne rencontre que bien rarement ce faciès empourpré, livide et bouffi qui est le type des affections cardiaques chez l'homme. C'est ce qui fait qu'on dit habituellement, et que j'ai pu dire, que les maladies du cœur étaient rares chez les enfants.

Aujourd'hui, mieux informé, et après des études suivies pendant plusieurs années, je dois reconnaître que ces maladies sont très-communes, mais qu'elles se présentent plutôt sous la forme anatomique que sous la forme clinique. C'est le résultat de ces recherches que je livre à la méditation de mes confrères. On y trouve des faits nouveaux, expliquant un certain nombre de phénomènes obscurs ou ignorés, mais par-dessus tout, des faits dont l'existence éclaire l'origine de bien des affections cardiaques, de la pathologie cardiaque, et qui ramènent l'esprit à la considération rétrospective de doctrines oubliées sur les causes de la fièvre.

Si la question est à peu près nouvelle par la manière dont je l'envisage, elle ne l'est pas dans ses éléments, car déjà l'endocardite végétante a été signalée comme pouvant être la complication d'un grand nombre de maladies aiguës.

Ainsi, en dehors des endocardites végétantes si connues du rhumatisme articulaire aigu et chronique; de la pneumonie; de la pleurésie; des fièvres éruptives et typhoïdes signalées par Bouillaud dans son *Traité des maladies du cœur;* par Simonet dans son mémoire *sur l'endocardite*, par Blache; des faits de ce genre ont été publiés par un grand nombre de médecins pour différentes maladies.

En 1865, Bridger, dans l'*American journal*, indique cette endocardite dans le croup et déclare l'avoir observée vingt-quatre fois sur soixante-quinze autopsies.

En 1872, avec mon interne Labadie-Lagrave, nous l'avons signalée à l'Académie des sciences dans l'*angine couenneuse* et les *maladies septicémiques*, puis ce dernier en a fait l'objet d'une thèse excellente, à laquelle je ne reproche qu'une chose, c'est d'avoir, contrairement à la règle, publié vingt-quatre observations de mon service sans indication d'origine, de façon à laisser croire qu'elles sont personnelles à l'auteur. Les observations d'un service appartiennent au chef, et celui qui les emprunte doit au moins dire d'où elles viennent.

(1) E. Bouchut, *Eléments de pathologie générale*, 3e édition, page 285.

Cette endocardite a aussi été indiquée par Robinson Beverley dans une thèse de 1872 sur la *thrombose cardiaque du croup*, mais elle n'est que mentionnée par l'auteur, ayant eu principalement pour but de montrer que la cause de la mort dans cette maladie dépendait surtout des caillots formés dans le cœur et dans les gros vaisseaux, selon l'idée de Meigs. En effet, ce médecin, dans le *Dublin quaterly Review*, de 1866, indique déjà comme cause de mort, *dans le croup*, la présence de la thrombose cardiaque, mais il ne parle pas de l'endocardite.

On connaît les travaux de Desnos et Huchard qui, en 1866, dans l'*Union médicale*, ont décrit l'endocardite végétante de *la variole*. Elle a été également indiquée par Duroziez (*Gazette des Hôpitaux*, 1867).

Des endocardites semblables ont été encore observées dans la *pyémie* par Traube, 1856; dans la *fièvre puerpérale* par Wesphal, 1861; dans la *maladie de Bright*, par Nogar; dans l'*érysipèle*, par Jaccoud; dans l'*érythème noueux*, par moi; dans la *syphilis*, par Virchow, 1858, etc.

D'une manière générale, on peut dire qu'elle se montre dans les *maladies fébriles aiguës*, comme un effet de la fièvre, témoignage de l'angio-cardite dont Bouillaud parlait autrefois. C'est aussi l'opinion de Billroth et de Weber, qui pensent que le sang d'un homme atteint de fièvre violente, quelle qu'en soit la cause, est gravement modifié et que le sujet peut être atteint d'inflammation secondaire des différents organes et particulièrement de l'endocarde.

En résumé, chez l'enfant comme chez l'adulte, la fièvre vive et prolongée produit facilement une endocardite végétante, et je vais en donner de nouvelles preuves.

Pour étudier dans leur ensemble les effets des maladies aiguës fébriles sur l'endocarde, voici comment j'ai procédé : je me suis mis à l'étude du cadavre à l'amphithéâtre de l'hôpital des Enfants-Malades, sans me préoccuper des conséquences, et ne m'occupant que de la constatation des faits. J'ai examiné indistictement le cœur de tous les sujets que j'ai pu avoir et qui venaient des différents services de médecine ou de chirurgie de l'hôpital. Là, sur le bulletin de mort, indiquant le nom, l'âge de l'enfant, j'inscrivais le diagnostic de la maladie, l'état du cœur, de ses thromboses et de ses lésions valvulaires, me réservant d'analyser et de conclure lorsqu'il y aurait un nombre suffisant de faits. J'ai procédé de même à l'hôpital Necker, en étudiant les cœurs des sujets adultes, que l'on mettait de côté pour moi, et à Clamart, où M. Dubrisay a bien voulu me chercher quelques renseignements de même nature.

Pendant trois ans, je me suis borné à recueillir les faits, et maintenant que je me crois en possession d'un nombre suffisant, j'ai cessé les observations anatomiques pour les éclairer par les faits cliniques.

L'anatomie pathologique m'ayant démontré la présence très-fréquente d'une forme spéciale d'endocardite dite *végétante*, j'ai dû rechercher si cette lésion ne se révélait pas durant la vie par quelque souffle vasculaire appréciable, et, d'une autre part, dans les cas où ce souffle a été constaté, quelle était la durée de ce souffle et ses conséquences pour l'avenir.

De cette façon, j'ai pu me convaincre que, si les lésions du cœur sont très-communes dans les maladies aiguës chez les enfants, les maladies du cœur sont infiniment plus rares, et que cette phrase de Corvisart : *Haeret lateri lethalis arundo*, prise dans un sens absolu est tout à fait fausse.

Mes recherches cadavériques m'ont appris que, sur *deux cents autopsies* faites au hasard, sur des enfants morts de maladies les plus variées, inflammatoires, diathésiques, éruptives traumatiques, les neuf dixièmes des cadavres présentent des traces d'endocardite végétante, faible ou forte ou bien caractérisée, des thromboses cardiaques assez anciennes pour produire des effets fâcheux, et que cette endocardite végétante occupe tous les orifices du cœur, mais de préférence l'orifice mitral. Le même fait s'observe chez l'adulte, mais à un degré de fréquence moindre.

Les maladies dans lesquelles j'ai rencontré cette endocardite végétante sont :

Le croup,
L'angine couenneuse,
La diphthérite cutanée,
La paralysie suite d'angine couenneuse,
La fièvre typhoïde,
Le choléra,
La chorée,
La pleurésie simple,
La pleurésie purulente,
La pneumonie,
La méningite tuberculeuse,
La méningite traumatique,
La résorption purulente,
La tuberculose générale,
Le rachitisme réuni à la tuberculose,
L'entérite chronique,
L'entérite tuberculeuse et le carreau,
La péricardite,
L'albuminurie,
La variole, la rougeole et la scarlatine,
La gangrène de la vulve,
L'hémorrhagie ombilicale du nouveau-né,
La microcéphalie avec cachexie et convulsions mortelles,
Le mal de Pott,
La suppuration du thymus,
La périostite phlegmoneuse aiguë,
Le tétanos,
La cyanose congénitale, morte de rougeole,
La laryngite aiguë simple,
La péritonite, suite d'opération d'anus artificiel,
La cystotomie,
La brûlure,
Le traumatisme suite d'écrasement par les roues d'une voiture,
L'hémorrhagie méningée.

Dans cette énumération se trouvent des affections traumatiques que le hasard m'a offert, et j'ai été heureux de voir quel pouvait être le résultat de la fièvre traumatique sur la formation des endocardites végétantes. J'en reparlerai plus loin.

Comme ce sont des faits d'amphithéâtre recueillis sur des sujets morts dans d'autres services que le mien, et que je n'avais pas vus dans leur vie, je ne sais pas quels ont été les résultats de l'auscultation à leur égard ; mais, dans la plupart des faits relatifs à des sujets morts dans mon service, j'ai constaté l'existence d'un bruit de souffle cardiaque indiquant la lésion trouvée sur le cadavre.

Maintenant, en dehors des faits anatomiques, il y a les faits cliniques de maladies semblables ou autres, l'érysipèle et l'érythème noueux, non suivis de mort, et dans lesquels j'ai observé des souffles à la base ou à la pointe, au premier ou au second temps, aux deux temps à la fois, souffles qui ont duré plus ou moins longtemps. D'après les recherches cadavériques, je me crois en droit d'attribuer ces souffles à des

endocardites végétantes semblables à celles que je viens de signaler, et cette conclusion est inattaquable.

Dans quelques cas, la lésion existe, mais le souffle ne peut être perçu, je veux parler du croup et de la broncho-pneumonie, lorsque les enfants ne peuvent suspendre leur respiration et que les râles bronchiques couvrent le bruit du cœur. J'en reparlerai plus loin.

D'après cette courte exposition, chacun peut voir que l'endocardite est très-fréquente chez les enfants dans le cours des maladies aiguës fébriles, qu'elle peut être constatée pendant la vie, et qu'on la rencontre plus souvent sur le cadavre que sur le vivant, par suite de certaines difficultés d'examen spéciales à l'enfance. De plus, elle coïncide avec les maladies aiguës inflammatoires, avec les inflammations simples ou gangréneuses, avec les fièvres continues ou éruptives, avec la fièvre traumatique, c'est-à-dire *avec tout état fébrile quelle qu'en soit la cause.*

Ce fait n'est pas entièrement nouveau, mais il est un peu oublié, peut-être même de celui qui lui a donné la première indication. Ainsi, dans son *Traité des maladies du cœur*, Bouillaud insiste beaucoup sur la coïncidence de l'endocardite avec le rhumatisme articulaire aigu, la pneumonie, la pleurésie, et il mentionne seulement la fièvre typhoïde et les fièvres éruptives. Dans sa pensée, la fièvre n'est qu'une *angio-cardite*, c'est-à-dire une inflammation de la membrane interne des vaisseaux, caractérisée par la rougeur de la membrane interne du cœur et des artères, ce qui nous ramène à cette idée pyrétologique de Galien, *qu'un feu intérieur, né dans le cœur et se propageant au reste du corps, est la cause de la fièvre.*

Mes observations viennent à l'appui de cette manière de voir, et il est de la dernière évidence que tout état fébrile agit sur la membrane interne du cœur et des artères pour y produre, chez les enfants surtout, un certain degré d'irritation hypérémique et nutritive. Je ne dirai pas que ce phénomène doive être considéré comme la cause de l'état fébrile, ce qui ne serait que répéter Galien, mais je ne dirai pas non plus que ce soit la fièvre qui, par les altérations, la chaleur et la vélocité du sang, produise l'endocardite. Personne ne saurait rien dire de certain à cet égard. On ne peut trancher ces questions que par des hypothèses, et mieux vaut s'en abstenir.

Contentons-nous donc de savoir que la lésion anatomique de la fièvre est une inflammation de la membrane interne du cœur, d'abord limitée aux orifices, et pouvant s'étendre sur les parois du ventricule et au tissu du cœur, ainsi qu'à la tunique interne des artères. C'est le fait tel qu'il résulte de *deux cent autopsies d'enfants*, de *vingt autopsies d'adultes* et de *deux cent soixante-douze observations cliniques*. Qu'un autre plus téméraire entreprenne de dire quelle en est la cause, qu'il ose aller plus loin et en faire le principe de l'état fébrile, et je l'applaudirai s'il parvient à découvrir un argument sérieux qui résolve ce vieux problème, encore à l'étude depuis mille huit cents ans ; mais pour moi, ne voulant pas quitter le terrain solide de l'observation pour me lancer dans les domaines mouvants de l'imagination, je m'arrête pour étudier simplement l'endocardite fébrile telle que je l'ai observée. Procéder autrement serait temps perdu, et, en médecine, la vie est trop courte pour s'arrêter sur des questions insolubles, dont le moindre inconvénient est la prolixité des écrivains. *Multa paucis.*

En 1872, au mois de juillet, lorsqu'avec mon interne Labadie-Lagrave je communiquai à l'Académie des sciences le commencement de ces recherches sur l'endocardite végétante de la diphthérite et des maladies septicémiques, je pensais que la nature du mal était pour beaucoup dans le développement de cette lésion. Mais lorsque je découvris que la fièvre traumatique d'une cystotomie ou d'une opération d'anus contre nature produisait des effets semblables, il m'a fallu modifier cette opinion et ne voir dans l'endocardite végétante qu'une lésion concomitante de tout état fébrile. C'est ainsi que la question se trouve présentée dans la sixième édition de mon *Traité des maladies des enfants*, publiée en 1874.

En voici un cas assez rare observé chez un enfant atteint de *suppuration du thymus* à la suite d'une rougeole et d'une scarlatine.

Endocardite végétante, suite de rougeole, de scarlatine et de suppuration du thymus. — Le 28 juillet 1872, chez une fille de deux ans, morte d'entérite chronique, après avoir eu le mois précédent, à l'hôpital, une rougeole, puis une scarlatine, je trouvai avec Labadie-Lagrave, mon interne :

Le *thymus en suppuration* entièrement détruit, formant un abcès descendant sous le sternum jusqu'au niveau de la troisième côte, sur la ligne médiane, sans adhérence avec les poumons. Cet abcès, formé d'un liquide épais, crémeux, fusait sous les muscles du cou jusque sous le menton, et il n'a pas été possible d'en découvrir l'origine.

Dans le cœur, *une endocardite végétante*, formée par un gonflement rouge, épais, mamelonné sur le bord des valvules mitrales dont les colonnes tendineuses sont épaissies. Pareille lésion existe sur le bord de la valvule tricuspide. La substance du cœur n'est pas malade.

Les poumons ne renferment que de la pneumonie lobulaire sans infarctus. *(A suivre.)*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. DOLBEAU

Des fistules dentaires.

(Leçons recueillies par M. V. PIETKIEWICZ.)

On donne le nom de fistules dentaires à des orifices cutanés ou muqueux qui sont l'origine d'un canal artificiel, aboutissant toujours à une dent malade.

Le siége habituel des fistules cutanées est à la face et dans les régions voisines, régions parotidiennes, temporales, cervicales. Elles ont été amenées le plus souvent par une périostite alvéolo-dentaire, déterminant un abcès migrateur. Ce sont surtout les molaires dont la racine est placée au-delà du cul-de-sac muqueux qui donnent lieu à ces fistules cutanées. On les rencontre surtout à la face, mais très-rarement sur la ligne médiane correspondante aux canines et aux prémolaires qui déterminent plutôt des fistules muqueuses. Celles qui ont pour origine une dent de la mâchoire supérieure siégent presque toujours au voisinage de la joue vers la fosse canine, tandis que l'orifice de celle qui viennent de la mâchoire inférieure se trouve directement sur la mâchoire en avant de son angle ou dans la région massétérine ou parotidienne, quand ces fistules ont pour point de départ la dent de sagesse, ce qui est le cas le plus fréquent. D'autres fois, l'ouverture de l'abcès se fait très-loin de son point d'origine; ainsi il y a peu de temps nous avons observé à Tours, en consultation avec M. le docteur Duclos, une fistule produite par une dent de la mâchoire inférieure, et dont l'orifice se trouvait au cou vers l'insertion sternale du sterno-mastoïdien.

Le plus souvent elles se présentent sous l'aspect d'une petite dépression rougeâtre, d'autres fois c'est une boursouflure violacée, rougeâtre, amincie. Tantôt il n'y a qu'un seul trajet, d'autres fois, au contraire, il y a des trajets très-nombreux lais-

sant sourdre de la sérosité purulente. Le cathétérisme de ces trajets est toujours difficile, ils sont étroits, anfractueux ; très-rarement on arrive sur la mâchoire ou la dent, et il faut alors agrandir le trajet.

Souvent la palpation fait constater l'existence d'un cordon s'étendant de la peau jusqu'au voisinage de la mâchoire, ce sont les parois indurées du trajet qui donnent aux doigts cette sensation. Ces orifices ne donnent lieu à aucun écoulement pendant la mastication.

Que leur orifice soit unique ou multiple, que leur trajet ait une plus ou moins longue étendue, les fistules dentaires sont absolument incurables sans intervention chirurgicale.

Il est facile de diagnostiquer une fistule dentaire, mais il est quelquefois difficile de déterminer quelle est la dent qui est en cause. Plusieurs dents contiguës, en effet, peuvent être malades simultanément, et il est alors permis d'hésiter. La percussion des dents malades déterminera le choix le plus souvent, d'abord la percussion est quelquefois un peu douloureuse, puis la dent rend un son particulier et présente ordinairement une coloration plus foncée. Quelquefois aussi on enlève la dent malade, et, malgré cela, la fistule ne guérit pas ; en faisant la dilatation du trajet pour explorer le maxillaire, on arrive sur une autre racine, la première dent malade a déterminé non-seulement une périostite et la fistule consécutive, mais elle a nécrosé la cloison alvéolaire voisine et mis à découvert une racine saine et blanche qu'il faut alors enlever pour la guérison de la fistule.

Enfin je ne veux point terminer cette étude rapide sans vous mettre en garde contre une erreur de diagnostic dont nous avons observé un intéressant exemple sur le fils d'un de nos confrères. Je veux parler de fistules s'ouvrant dans les fosses nasales et la narine et prises pour un ozène. Un trajet fistuleux se dirigeant d'une dent malade vers les narines permettra d'établir le diagnostic dans ces cas difficiles.

L'extraction de la dent ou des débris de la dent qui a occasionné la fistule est le seul traitement efficace de cette affection. On a proposé aussi l'emploi d'injections irritantes ; mais ce moyen n'a jamais donné de succès.

Une méthode ingénieuse a aussi été essayée pour transformer en fistule gingivale une fistule cutanée, dans les cas où l'on sent très-bien le trajet fistuleux dans le cul-de-sac gingival. L'ouverture du trajet à ce niveau établit une fistule muqueuse et détermine la cicatrisation de l'orifice cutané ; mais malheureusement la cure n'est pas durable le plus souvent, et la reproduction de la fistule constitue la règle.

DES PHÉNOMÈNES PRÉCURSEURS ET CONCOMITANTS DE LA SÉCRÉTION LACTÉE

Par le Dr Chantreuil, ancien chef de clinique d'accouchements.

Le titre que nous venons de transcrire est celui du mémoire qui a obtenu le prix Capuron de l'Académie de médecine pour 1873. Nos lecteurs en liront avec intérêt les conclusions que nous empruntons aux *Archives de Tocologie* (novembre 1874).

Parmi les phénomènes qu'on a l'habitude de rapporter à la sécrétion du lait, les uns en dépendent d'une façon évidente ; ce sont les modifications qui surviennent au niveau des seins : augmentation de volume et de consistance, irrégularité et déformation de ces organes, écoulement du lait. Les autres, au contraire, sont, depuis nombre d'années, l'objet de sérieuses discussions ; ce sont les phénomènes généraux : troubles du côté de la circulation, de la calorification, des lochies, de l'utérus, de la sécrétion urinaire, etc,

L'analyse de nos observations et les travaux des auteurs français ou étrangers qui nous ont précédé dans cette voie, nous conduisent à formuler les propositions suivantes :

1° L'entité morbide désignée sous le nom de *fièvre de lait* n'existe que très-rarement ; cette expression nous représente dans la plupart des cas la synthèse d'une série d'accidents morbides ordinairement peu graves, tels que crevasses, angéioleucite du sein, embarras gastrique ; tranchées utérines avec ou sans expulsions de caillots ; fièvre traumatique primitive ou secondaire liée au processus des plaies utérine, vaginale, vulvaire ; métrite légère, etc.

2° Dans les cas tout à fait normaux, le pouls ne dépasse pas 76 dans la période d'établissement de la sécrétion laiteuse, par conséquent, il ne peut être question de fièvre. S'ensuit-il que la montée du lait ne manifeste en aucune façon son influence sur la circulation ? Non certes ; il semble, au contraire, que le ralentissement du pouls signalé par M. Blot, chez les femmes récemment accouchées cesse à cette période, c'est-à-dire que le pouls, au lieu de rester à 48,56, remonte à 72,76.

3° Quant à la température, elle suit souvent les variations du pouls, mais elle me paraît donner des résultats plus certains, parce que la calorification est en relation plus directe avec la fièvre que ne l'est la circulation.

A. Dans les cas normaux, caractérisés par l'absence complète d'altérations soit du côté des seins, soit du côté des organes génitaux ou autres, la température absolue ne s'élève pas, pendant la période de *sécrétion lactée*, au-dessus de 38°,2 et même 37°,8, chiffres qui ont été adoptés, comme exprimant la température moyenne, par tous les auteurs qui se sont occupés de thermométrie. Les nombres que nous avons trouvés sont en effet : 36°,8, 37,3, 37,4, 37,6 ; rarement 37°,8 et 38°,2. Dans ce dernier cas, nous trouvions déjà des lésions du mamelon ou d'autres analogues.

B. Devons-nous, comme nous le faisions déjà remarquer pour le pouls, en conclure que, pendant l'intervalle de temps qui correspond à la montée du lait, il n'y ait aucune élévation de la température par rapport à celle des jours précédents? Je répondrai également non.

Nos observations nous apprennent que la température, après avoir été élevée immédiatement après l'accouchement, baisse le jour suivant, remonte, dans les *cas normaux*, d'une légère fraction de degré comprise entre 0° et 0°,5, pendant la période de sécrétion du lait, puis s'abaisse ou s'élève plus tard, suivant les circonstances.

C. Cette légère différence de température qui existe entre les deux premières périodes et qui n'implique, en aucune façon, par elle-même l'idée de fièvre, peut être attribuée au travail physiologique des mamelles, mais aussi au processus des solutions de continuité des organes génitaux, et peut-être même aux modifications qui surviennent dans tout l'organisme à cette époque.

D. Pour les différences de température comprises entre 0°,5 et 1°, nous avons pu les expliquer par les accidents morbides légers signalés dans la proposition (1°). Une différence supérieure à 1° indiquait la coïncidence d'un état morbide avec la montée du lait.

4° Quant aux cas de *fièvre de lait* proprement dite, caractérisés par une élévation de pouls à 130, 132, par un frisson, comme dans les faits rapportés par MM. Béhier, Blot, Charpentier, nous ne pouvons les nier, puisqu'ils ont été constatés par des observateurs aussi distingués ; mais ce que nous pouvons affirmer, c'est que ces faits sont exceptionnels, puisque nous n'en avons pas rencontré un seul cas sur cinquante observations prises au hasard.

5° La suspension momentanée de la rétraction de l'utérus et la diminution des lochies au moment de la montée du lait sont des phénomènes généralement admis par les auteurs ; après avoir consulté mes observations, je crois qu'un jugement définitif sur cette question est difficile à prononcer, et que celle-ci doit être réservée.

6° Nous croyons, comme M. Blot, à la glycosurie physiologique et à l'influence de la *sécrétion lactée* sur sa production, dans les conditions signalées par M. de Sinety.

7° Les mêmes conclusions s'appliquent aux cas extraordinaires de *sécrétion lactée :* avortement, accouchement prématuré, après la mort du fœtus dans l'utérus, accouchement gémellaire, grossesse extra-utérine, chez les femmes accouchées depuis nombre d'années, chez les vierges, les hommes, les nouveau-nés, etc.

8° Les maladies graves de l'utérus ou des autres organes ont ordinairement sur la *sécrétion lactée* une influence néfaste, qui peut aller jusqu'à la suppression complète de cette fonction.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 novembre 1874. — Présidence de M. Perrin.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine de la semaine.

M. Larrey offre, de la part du docteur G. Cerfmayer, une observation imprimée : *Opération césarienne pratiquée sur une femme rachitique au dernier degré; succès pour la mère et l'enfant.*

M. Giraldès offre : *Calendar of the Royal college of surgeons of England.*

PRIX LABORIE

La société reçoit et admet au concours du prix Laborie les travaux suivants :

1° Étude sur la môle hydatoïde;

2° Étude sur les cals douloureux;

3° Contribution à l'histoire de la luxation de l'extrémité supérieure du radius;

4° De l'hypertrophie de la prostate.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

De l'uncipression, nouveau procédé pour arrêter les hémorrhagies artérielles, par M. le profes seur Vanzetti, de Padoue (analyse par M. Verneuil). — Peu de temps avant l'époque où la Société de chirurgie mettait à son ordre du jour le traitement des hémorrhagies de la paume de la main (août 1874), notre éminent collègue lisait à l'Institut des lettres, sciences et arts de Vienne, une note intéressante sur le même sujet (14 août 1874), note qui vient de paraître dans la *Gazette médicale de Padoue* (19 et 26 septembre).

Nous tenons en si grande estime tout ce qui sort de la plume de M. Vanzetti, que vous m'aviez chargé de vous faire connaître ce travail et d'en reproduire les points principaux dans notre bulletin.

M. Vanzetti rappelle combien les plaies artérielles peuvent devenir dangereuses par les difficultés qu'on éprouve à arrêter l'hémorrhagie, difficultés encore accrues par les effets de la compression exercée sur la plaie. Il proclame que la manière la plus sûre d'arrêter l'écoulement du sang consiste à débrider hardiment la plaie trop étroite pour découvrir le vaisseau blessé et le lier au-dessus et au-dessous du point lésé. C'est là, dit-il, une loi cardinale qu'on doit toujours avoir présente à l'esprit. Cependant les chirurgiens cessèrent de rechercher d'autres moyens, parce que le débridement de la plaie peut être par lui-même difficile, dangereux, impraticable en certains cas, et que d'ailleurs, même à son aide, des opérateurs habiles ont dû renoncer à la ligature directe et se voir forcés de découvrir l'artère plus ou moins loin de la blessure.

Heureusement, des moyens plus simples ont été trouvés et ont surtout réussi, tels sont la compression digitale indirecte, la flexion et l'extension forcées du membre, la ligature percutanée, l'ago-filopressure, etc., et malgré tout, les cas d'hémorrhagie sont si différents, compliqués, embarrassants, que la chirurgie souhaite toujours la découverte de nouveaux procédés.

M. Vanzetti, ne voulant pas prolonger ces généralités, concentra son attention sur les plaies artérielles de la paume de la main de l'avant-bras, et cite à ce propos l'excellente thèse de M. le docteur Martin (Paris, 1870) et l'exposé historique écrit par Adam Kiewiez, et couronné par la faculté de Würsbourg (1872). Il rapporte, à son tour, trois cas dans lesquels il parvint à arrêter des hémorrhagies graves, suite de blessure par instruments tranchants aigus, par un procédé qui, d'abord employé par hasard, fut ensuite appliqué avec préméditation. Ce procédé est par lui-même un acte chirurgical si simple, si ordinaire, si naturel, si vulgaire, il s'exécute si communément quand on paralyse la ligature elle-même, qu'on s'étonne qu'il n'ait point été utilisé jusqu'ici.

Pour l'employer, il n'est plus nécessaire de voir l'artère lésée, on n'a besoin ni de scalpel, ni de pinces, ni de fil, ni de bandes, ni de compression, ni d'instruments nouveaux. Tout chirurgien, même inexpérimenté, pris à l'improviste et sans aides, peut à l'instant trouver ce qu'il lui faut dans la maison du riche, la chaumière du pauvre et la masure du paysan.

On ne saurait mieux faire connaître la nature et le mode d'emploi du procédé susdit, qu'en rapportant les cas où il a été mis en usage avec succès.

Un paysan de cinquante ans, très-robuste, fut blessé à la main gauche par la pointe d'un couteau de boucher. Il arrêta d'abord le sang avec son mouchoir enroulé autour de la main, et rentré chez lui, manda un chirurgien, qui appliqua un bandage compressif. Douze jours se passèrent sans accidents; le treizième jour, hémorrhagie abondante, que le praticien arrêta avec un appareil plus serré que le premier. Nouvelles hémorrhagies les vingt-quatre, vingt-cinq et vingt-huitième jours. Le 14 juillet 1870, on apporte à la Clinique ce malheureux dans un état effrayant d'anémie et de stupeur. L'artère humérale comprimée et le bandage enlevé, on trouve la main et la moitié de l'avant-bras gonflées, rouges et chaudes. La plaie longitudinale, mesurant 1 centimètre et demi, siége au dos de la main, dans le premier espace interosseux; ses bords sont meurtris, ecchymosés, séparés par des caillots qu'on expulse par la pression. Dès qu'on suspend la compression de l'humérale, la cavité se remplit de sang rutilant, s'échappant de deux points. On débride en haut et en bas, dans l'étendue de 2 centimètres environ, et on cherche l'artère, mais sans succès, au milieu des tissus infiltrés de sang et enflammés. On allait se décider à lier l'humérale quand, dans une nouvelle tentative, on parvint enfin à placer des ligatures, qui firent immédiatement cesser l'écoulement sanguin.

Dans la crainte néanmoins que l'artère ne fût pas réellement comprise dans les ligatures, et que l'hémorrhagie ne revînt plus ou moins vite, on jugea opportun de tenir les bords de la plaie bien écartés à l'aide de deux crochets doubles et aigus plongés profondément et maintenus constamment tendus au moyen de cordons fixés à leur manche et noués à l'autre extrémité à deux points saillants du plan incliné, sur lequel reposait la main.

Le malade passa une nuit agitée, mais la nuit suivante fut assez tranquille. Le surlendemain, à cinq heures du matin, le sang partit de la lèvre droite de la main. L'aide de clinique, accourant aussitôt, chercha, mais en vain, à appliquer une nouvelle ligature; en revanche, il arrêta l'hémorrhagie dès qu'il eut implanté de nouveau dans le point saignant et maintenu bien tendu, le crochet qui s'était relâché.

A onze heures du matin, le même jour, le sang s'échappa également de la lèvre gauche; il fut aussitôt arrêté par la même manœuvre. Depuis, il ne reparut plus.

Les crochets furent maintenus en place quarante-huit heures. Après quoi, la plaie suivit sa marche régulière, et vingt-huit jours plus tard, le paysan quitta l'hôpital, ne conservant qu'un peu de gêne et de douleur dans les mouvements du pouce.

Réfléchissant à la manière dont s'était faite l'hémostase, M. Vanzetti en attribue l'honneur aux crochets qui, certainement, avaient entouré l'artère dans leur concavité et l'avaient ainsi maintenue comprimée. Il en conclut que ce procédé pourrait être utilisé dans d'autres cas, il se mit alors à méditer sur la forme et la couleur des crochets, sur les meilleurs moyens de les tenir convenablement tendus et d'immobiliser pendant le temps nécessaire les parties accrochées; il chercha à ne pas s'illusionner sur le résultat d'un seul cas et à ne pas exagérer les mérites du procédé; il se rappela d'ailleurs que Pilha avait vu plusieurs hémorrhagies rebelles de la paume de la main, ayant déterminé un degré extrême d'anémie, et qui cependant n'avaient pas exigé la ligature, parce que le simple débridement avait arrêté l'écoulement du sang. L'hémostase, due sans doute à l'irritation causée par les incisions, par la pression des éponges, par le contact des instruments et enfin par l'action de l'air, ce qui revient à dire que

les seuls actes exécutés pour découvrir l'artère avaient suffi à en rendre la ligature inutile. Bien que M. Vanzetti fût convaincu que, chez son malade, l'hémorrhagie ne se fût point arrêtée toute seule, comme en somme il avait débridé la plaie, longtemps recherché l'artère, et donné large accès à l'air extérieur, il voulut tenir compte des remarques du chirurgien de Vienne avant de juger définitivement les crochets et désira ardemment employer ceux-ci seuls et sans aucune recherche préalable du vaisseau lié.

L'occasion se présenta le 6 décembre 1870.

Un garçon de vingt-huit ans s'implanta profondément la pointe d'un couteau dans la main gauche; il l'enveloppa dans un mouchoir et accourut à la Clinique. La plaie, située un peu au-dessous du milieu de la paume de la main, entre le métacarpien de l'index et du médius, était transversale d'à peine 1 centimètre, profonde et saignant abondamment, quand on ne comprimait plus l'artère humérale.

Le blessé étant placé sur un lit et la main appuyée sur un plan incliné, on introduisit profondément à travers les bords de la plaie deux crochets aigus simples, qui arrêtèrent le sang dès qu'ils furent écartés avec une certaine force, il paraissait même suffisant de tirer sur un seul crochet. Néanmoins les deux furent convenablement fixés, comme dans le premier cas, et rien autre ne fut prescrit.

Le lendemain matin, ce jeune homme trouvait singulier qu'on lui tînt de la sorte la main accrochée quand l'hémorrhagie avait cessé depuis tant d'heures déjà, profita d'un moment où il n'était pas surveillé pour enlever prestement les crochets. Il n'y eut pas lieu de les remettre, ni alors ni plus tard, et huit jours après le blessé quitta la Clinique.

La troisième observation fut prise en avril 1872.

Un menuisier robuste, de cinquante-quatre ans, s'implanta à la face antérieure de l'avant-bras gauche la pointe triangulaire d'un de ses outils. Un jet de sang formidable s'échappa, et, malgré les efforts des assistants, un litre et demi de sang s'échappa avant l'arrivée du chirurgien. Deux médecins avaient d'abord entouré le bras avec un lien. Le chirurgien appliqua un tampon sur la plaie et amena en voiture à l'hôpital le blessé, qui s'évanouit deux fois pendant le trajet.

Le chirurgien de garde, pendant qu'un infirmier comprimait l'humérale, chercha vainement le vaisseau blessé. Alors il appliqua méthodiquement un bandage roulé depuis le bout des doigts jusqu'au coude.

Le lendemain matin, l'hémorrhagie ne s'était pas reproduite et le bandage ne présentait pas une goutte de sang. M. Vanzetti prévint cependant les élèves qu'il ne fallait pas trop se fier à la compression, que l'hémorrhagie reviendrait probablement tôt ou tard, et qu'ils eussent à se tenir prêts, à la première apparition du sang, à employer des moyens plus efficaces. Ces paroles, entendues par le blessé, agitèrent sans doute son cœur, en tout cas, à peine étaient-elles prononcées, que le bandage se pénétra instantanément de sang.

L'humérale comprimée et les bandes enlevées, on découvrit sur le trajet de l'artère cubitale, à 7 centimètres du poignet, une plaie transversale de 1 centimètre et demi, d'où s'échappait le sang; aussitôt deux crochets simples furent insinués dans la plaie et en écartant très-obliquement les bords pour mieux contenir les deux chefs du vaisseau qu'on supposait coupés en travers. Cette première tentative échoua, ainsi qu'une seconde, dans laquelle les crochets furent tendus plus vigoureusement et dans une autre direction, ainsi qu'une troisième... Pendant les trois moments où la compression humérale avait été suspendue, un lac de sang avait inondé le coussin sur lequel reposait le membre. M. Vanzetti fut un instant fort découragé; mais, ayant remplacé le crochet simple supérieur par un crochet double, il put instantanément arrêter le sang pour toujours.

Les cordons des crochets furent attachés à deux tiges de bois fixées perpendiculairement aux côtés du lit. Le blessé, gardé à vue, resta deux jours sur le lit d'opération. Le crochet supérieur était animé d'un mouvement de pulsation communiqué certainement par l'artère. Ce phénomène s'observait encore le lendemain soir et cessa la nuit suivante.

Le surlendemain, après quarante-huit heures, les crochets furent enlevés avec précaution et le malade fut transporté dans la salle. Il retourna chez lui le vingt-deuxième jour et reprit son travail le vingt-huitième, sans aucune gêne.

M. Vanzetti ignore quelle place occupera l'uncipression parmi les moyens de l'hémostase chirurgicale; mais en tenant compte des trois succès précités, elle doit pouvoir se recommander aux jeunes chirurgiens, peu inexpérimentés, aux médecins, à tous ceux, en un mot, qui ont coutume de n'opposer aux hémorrhagies des gros vaisseaux que la glace, les hyptiques et les bandages compressifs; moyens qui devraient être rayés de la liste des moyens à opposer aux sérieuses hémorrhagies. Ces moyens, en effet, sont non-seulement impuissants, mais encore pernicieux, parce qu'avec leur résultat trompeur et passager, ils entretiennent les illusions des blessés et des praticiens jusqu'au moment où surviennent les hémorrhagies secondaires, capables d'entraîner la mort pendant qu'on va chercher et qu'arrive un chirurgien capable de les arrêter. Il est donc à désirer que l'uncipression se montre assez efficace pour pouvoir au moins être toujours expérimentée dans la pratique commune au lieu et place de l'infidèle et funeste bandage compressif.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Dictionnaire de chimie pure et appliquée (1),

Publié sous la direction d'Ad. Wurtz, doyen de la Faculté de médecine.

Le dix-huitième fascicule de ce très-intéressant ouvrage s'ouvre par la continuation des composés ammoniés de platine pour se terminer par l'étude des substances protéiques. Comme toujours ce fascicule renferme quelques monographies complètes. C'est ainsi que nous relevons d'abord une étude sur le plâtrage des terres arables, d'où il ressort que le plâtre n'a d'action favorable que sur les prairies artificielles, et cela surtout au printemps et par un temps un peu humide : nulle, sur le développement des céréales, l'action du plâtrage est très-remarquable sur la production des légumineuses. Après cette étude vient celle de l'industrie du plâtre.

L'histoire du plomb, au point de vue physique, chimique, métallurgique, et de ses nombreuses applications forme un des chapitres les plus intéressants de ce fascicule. Nous dirions peut-être le plus remarquable, si nous n'avions pas encore l'étude complète du potassium, et le très-curieux article consacré aux poteries. Ici l'illustration devait jouer un grand rôle pour nous faire comprendre tous les moyens dont se sert l'industrie. Ce chapitre ne sera pas lu seulement par le chimiste, il intéressera vivement l'amateur de porcelaines, car il y trouvera des détails très-curieux sur toute cette fabrication qui est devenue si artistique.

Nous signalerons enfin l'étude des poudres.

On voit que cette livraison ne le cède en rien à celles qui l'ont précédée. La marche si régulière de cette publication fait entrevoir, dans un très-court espace de temps, son complet achèvement, et nous posséderons alors une œuvre où se reflétera le mouvement complet des idées chimiques depuis le commencement de ce siècle.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

379. Trémeau de Rochebrune. De quelques manifestations de la syphilis congénitale et spécialement de l'infiltration fibro-plastique du foie chez le fœtus et le nouveau-né.

380. Veyssière. Recherches cliniques et expérimentales sur l'hémianesthésie de cause cérébrale.

381. Viollaron. De la méningite cérébrale rhumatismale.

382. Petitjean. Contributions à l'histoire des crises gastriques dans l'ataxie locomotrice.

383. Kahn. Du leucome complet de la cornée et de son traitement.

(1) Livr. 18e, un vol. gr. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris 1874. — L. Hachette et Ce.

384. Vigouroux. Des corps étrangers organiques des articulations et de leur traitement.

385. Montfort. Des eaux potables et de leur purification.

386. Augier. De l'anémie artificielle dans les opérations sur les membres. (*Méthode d'Esmarch.*)

387. Huc-Mazelet. Du gonflement que l'on observe sur le dos de la main à la suite de quelques paralysies des extenseurs des doigts.

388. Cognes. Contribution à l'étude du cornage chez l'homme.

389. Barèty. De l'adénopathie trachéo-bronchique en général, et en particulier dans la scrofule et la phthisie pulmonaire, précédée de l'étude topographique des ganglions trachéo-bronchiques.

390. Auguste. Étude hygiénique sur l'usage de la flanelle en contact avec la peau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 14 novembre, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. Farge, directeur de l'école de médecine d'Angers : 27 ans de service. — Chauffard, auditeur de 1re classe, chef du cabinet du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts : services exceptionnels comme chef du cabinet du ministre. — Moncoq, services exceptionnels (travaux scientifiques remarquables).

— Par arrêté en date du 3 novembre 1874, le nombre des places d'agrégé stagiaire des facultés de médecine (section d'anatomie et de physiologie) mises au concours qui s'ouvrira à Paris le 14 novembre 1875, est porté de cinq à six.

— Le jury pour le concours de l'agrégation se compose comme il suit :

M. Chauffard, président;
MM. Béhier, Charcot, Lasègue, Lorain, de Paris;
M. Dupré, de Montpellier;
M. Hirtz, de Nancy;
M. Hérard, de l'Académie de médecine;
M. Raynaud, agrégé.

— *Concours de l'externat.* — Voici les deux dernières question d'anatomie :

Mercredi 11 : Artère axillaire.
Vendredi 14 : Clavicule.

— Quelques journaux ont été mal renseignés au sujet de la fermeture de l'Ecole de médecine. Les cours de la Faculté et les cliniques sont suspendus jusqu'au 1er décembre. Les examens sont également suspendus. Mais l'Ecole pratique n'est pas fermée, et les élèves peuvent continuer les dissections; les cours libres de l'Ecole pratique sont ouverts aux élèves.

— *Corps de santé militaire.* — Par décret en date du 7 novembre, ont été promus dans le corps des officiers de santé militaire de l'armée de terre, savoir :

Au grade de médecin principal de 1re classe : MM. Potier-Duplessy et Mouillac.

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Reeb et Weber.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Bouland, Lévi, Guirard, Goguel et Millet.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Charpentier, Laurent, Lescœur, Marchant, Poignon, Accolas et Richard.

— *Corps de santé militaire.* — MM. les médecins-majors de 1re classe Martinet et Richepin, et M. le pharmacien-major de 1re classe Maublanc viennent de prendre leur retraite.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Bezins, Balansa et Thomas, médecins-majors de 1re classe; de M. Sueur, médecin aide-major de 2e classe.

— La 16e série des *Merveilles de l'Industrie*, ou *Description des principales industries modernes*, par Louis Figuier, vient de paraître à la librairie Furne et Jouvet. Consacrée à l'industrie des *peaux et fourrures*, elle renferme 70 gravures, représentant les instruments et appareils en usage pour le travail des peaux et la préparation des fourrures, ainsi que les animaux qui fournissent au commerce les différentes pelleteries.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Délire des persécutions, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, lauréat de l'Institut, médecin de l'hospice de Bicêtre (service des aliénés). 1 vol. in-8° de 524 pages, deuxième tirage. — Prix : 6 fr. (Ouvrage couronné par la Faculté de médecine de Paris, prix Châteauvillard.) — Paris, Adrien Delahaye.

Résumé de pathologie et de clinique chirurgicales, livre à l'usage des examens et des concours, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. de 520 pages avec 107 figures. — Prix : 5 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité pratique de la détermination des drogues simples d'origine végétale, par le docteur G. PLANCHON, professeur à l'école supérieure de pharmacie de Paris. — Tome second, fascicule 1er, pages 1 à 320 avec figures dans le texte. — Tome second, fascicule 2e et dernier, paraîtra fin décembre. — Prix de l'ouvrage complet : 20 francs. — F. Savy.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine. — Chez Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 134. — JEUDI 19 NOVEMBRE 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 19 NOVEMBRE 1874. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie continue à nous faire des loisirs. Après la lecture d'un mémoire de M. Maurice Perrin sur l'amputation sous-astragalienne dont il a fait ressortir les avantages sur les autres procédés d'amputation de l'arrière-pied, l'Académie s'est formée en comité secret pour la suite de la discussion du rapport de M. Chauffard sur la reconstitution de l'Académie. Ce comité secret ne sera par le dernier, l'Académie n'étant pas encore parvenue, paraît-il, à s'entendre sur les termes d'une décision définitive.

Les représentants de quelques-unes des sections qui se trouvent amoindries ou menacées d'un effacement plus ou moins complet dans l'avenir par le projet de la commission, ne paraissent pas disposés à céder sans combat, si tant est qu'ils doivent céder. Nous ne saurions prévoir encore quelle sera l'issue de la lutte; mais on peut, par le fait même de sa persistance, pressentir que le projet de la commission, s'il est adopté, ne le sera qu'avec d'assez profondes modifications qui le rendront moins..... révolutionnaire.

Pendant que se débattent ainsi à huis clos les destinées de l'Académie, la question du scorbut engagée entre MM. Villemin et Le Roy de Méricourt continue à s'instruire par voie de correspondance. Nous mettons aujourd'hui même sous les yeux de nos lecteurs la communication faite par M. Berchon, dans la dernière séance. Dans la séance d'hier, c'est M. le docteur Espagne (de Montpellier) qui, par l'organe de M. Chauffard, a présenté à l'Académie quelques explications sur des faits que M. Villemin lui a empruntés dans son travail. Il résulterait de ces explications que ces faits n'auraient pas en réalité, du moins dans la pensée de M. Espagne, la signification qui leur a été donnée dans le débat. Enfin quelques journaux ont publié, à cette occasion, des relations d'épidémies partielles observées plus ou moins récemment et qui nous ont paru de nature à apporter un contingent utile à la discussion. Nous reviendrons en temps opportun sur tous les éléments de cette discussion.

Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU

M. B. BALL, suppléant de M. le professeur BÉHIER.

Leçons recueillies par H. LIOUVILLE (1).

Messieurs, les troubles de la sensibilité et de la motilité occupent incontestablement la première place dans la symptomatologie des tumeurs cérébrales. Il faut cependant, pour avoir une notion complète du sujet, indiquer sommairement les autres accidents qui peuvent en être la conséquence.

L'intelligence subit, chez la plupart des malades, un affaiblissement progressif : la mémoire est surtout altérée. Mais l'aliénation mentale proprement dite est relativement peu fréquente, et bien qu'on rencontre souvent des tumeurs cérébrales à l'autopsie des aliénés, il semblerait y avoir, en pareil cas, plutôt une coïncidence qu'un véritable rapport de cause à effet.

A côté des troubles intellectuels, il faut placer certains phénomènes qui se rattachent évidemment à un trouble profond des fonctions cérébrales : ce sont les vertiges, la somnolence, le coma, et les accès apoplectiformes.

Le vertige, qui se rencontre assez souvent dans les tumeurs cérébrales, ne paraît correspondre, au point de vue des localisations, à aucun siége précis. Au reste, les causes de ce phénomène sont trop mal connues pour qu'il soit possible d'en discuter le mode de production.

La somnolence, qui peut être presque continuelle, est un premier degré du coma, qui lui succède le plus souvent; c'est là presque toujours le signe avant-coureur d'une fin prochaine.

Les accidents apoplectiformes qui surviennent quelquefois dans le cours de l'évolution d'une tumeur intra-crânienne simulent à s'y méprendre la physionomie d'une hémorrhagie cérébrale : perte subite de connaissance, hémiplégie plus ou moins complète, retour graduel des facultés, rien ne manque au tableau : et cependant, c'est en dehors de toute hémorrhagie que se produisent le plus souvent les accès. Sans doute, un épanchement sanguin peut se faire au sein de la tumeur ou dans son voisinage immédiat; mais alors les symptômes observés ne présentent pas toujours le type apoplectique. Il est probable que les alternatives de turgescence et d'affaissement de la tumeur, dont l'existence ne saurait être contestée, ne sont pas étrangers aux manifestations de cette espèce.

Parmi les troubles viscéraux, nous citerons surtout les vomissements, la syncope et les modifications du pouls.

(1) Suite. — Voir les numéros des 22, 24, 29 septembre, 8 et 13 octobre.

Les vomissements sont un symptôme dont l'importance, au point de vue du diagnostic, ne saurait être exagérée, mais dont la fréquence est loin d'atteindre les proportions qu'on lui attribue généralement. Ils se rencontrent environ une fois sur six. Ils affectent quelquefois un type périodique.

Il est intéressant de remarquer que ce phénomène extrêmement incommode est assez bien supporté par la plupart des malades et ne paraît pas altérer notablement la nutrition.

La syncope est un accident d'autant plus grave que chez les malades qui présentent cette prédisposition fâcheuse, les pertes de connaissance peuvent se reproduire plusieurs fois par jour, et le malade peut être frappé d'une mort subite.

Quant à l'état du pouls, il est très-variable; mais, en définitive, c'est le ralentissement qui prédomine; on a vu le nombre des pulsations descendre à 35 ou 40 par minute.

Il est enfin un phénomène extrêmement remarquable, qui se produit quelquefois ici; nous voulons parler de *l'apparition de la tumeur à l'extérieur du crâne.* On comprend que cet accident doit se produire bien plus facilement lorsque les lésions occupent les enveloppes du cerveau que lorsqu'elles se sont développées au sein même de l'encéphale : néanmoins on a vu des tumeurs des hémisphères se montrer ainsi à l'extérieur, et donner lieu parfois à des erreurs de diagnostic très-graves : en présence d'une saillie molle et fluctuante, le médecin croyant avoir affaire à un abcès, est tenté de l'évacuer par une incision, et cette opération, si légère en apparence, est toujours (ou presque toujours) suivie de mort.

Il est important de noter qu'en pareil cas, une pression légère exercée sur la tumeur extérieure détermine un certain degré de paralysie dans les parties correspondantes, et peut même donner lieu à une perte de connaissance complète. Il va sans dire qu'il ne faut point abuser de ce moyen de diagnostic.

Souvent aussi le doigt appliqué sur la tumeur y perçoit des battements, isochrones à ceux du pouls; et une exploration attentive permet aussi de reconnaître dans certains cas les bords de l'ouverture osseuse qui lui a livré passage.

Les tumeurs cancéreuses et les hydatides jouissent presque exclusivement du privilége de se frayer un chemin à travers les parois du crâne. Les autres productions morbides dont le cerveau peut devenir le siége ne franchissent presque jamais les limites de la boîte crânienne.

La *marche* des tumeurs cérébrales est habituellement progressive; cependant il existe à cet égard une grande irrégularité. Tantôt l'affection demeure latente pendant un long espace de temps, pour se manifester brusquement par des symptômes d'une haute gravité, qui aboutissent promptement à la mort; tantôt l'existence de la maladie ne s'accuse, pendant longtemps, que par un seul phénomène (strabisme, céphalalgie, vomissements); tantôt enfin, et c'est le cas le plus fréquent, on voit se dessiner peu à peu des phénomènes de compression, qui acquièrent de jour en jour une signification plus précise. La céphalalgie ouvre habituellement la scène, viennent ensuite les convulsions et les paralysies; enfin le malade tombe dans la somnolence et meurt dans le coma, à moins qu'une mort subite ne survienne inopinément, soit par syncope, soit à la suite d'une attaque apoplectiforme, ou d'un violent accès d'épilepsie.

Mais, ce qu'il ne faut jamais oublier, c'est que les malades peuvent éprouver un soulagement prolongé et revenir en apparence à la santé, même après avoir présenté les symptômes les plus graves, et lorsqu'on les croyait définitivement perdus. Les améliorations de ce genre sont nécessairement passagères, et la terminaison de la maladie est fatalement la mort, sauf dans le cas où les lésions reconnaissent une origine syphilitique.

Quant à la durée, elle est impossible à préciser d'une manière absolue en raison des débuts insidieux de l'affection; toutefois on peut lui assigner une moyenne de deux ans; le minimum serait de quelques jours; le maximum, de quatre ou cinq années.

Il nous reste maintenant à discuter les éléments du diagnostic et du pronostic et à formuler sommairement les règles qui doivent présider au traitement.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Deux observations de balles ayant séjourné pendant un temps très-long, l'une dans le sinus maxillaire, l'autre sous le scapulum et ayant été extraites (1)

Par le docteur A. PAMARD, d'Avignon.

R..., soldat au 12e de ligne, a reçu à la bataille de Saint-Privat, le 18 août 1870, un coup de feu à la face : il a perdu immédiatement connaissance, puis toute sa tête s'est enflée, et il est resté, dit-il, comme fou pendant cinq ou six jours. Il avait été recueilli par une ambulance militaire française : les chirurgiens qui lui donnaient des soins ont exploré sa plaie à diverses reprises et n'ont jamais reconnu la présence d'un projectile.

Après la capitulation de Metz, il a été emmené en captivité à Dantzig : là, il a dû entrer à l'hôpital, la plaie de la face étant restée fistuleuse; les chirurgiens prussiens ont, à deux reprises, retiré des esquilles; ils ont aussi, mais vainement, cherché s'il y avait réellement un corps étranger. R... a été rapatrié : la plaie s'est depuis lors complétement cicatrisée, mais il souffre constamment de la tête, et c'est pour être soulagé de ses douleurs qu'il demande à entrer à l'hôpital, où il est placé sans mon service le 16 mars 1872.

Etat actuel. — Douleurs siégeant dans le maxillaire supérieur droit et s'irradiant de là dans toute la moitié droite de la tête; il y a impossibilité de mâcher les aliments avec les molaires de ce côté; en pressant sur la moitié droite de la voûte palatine, ou sur la partie antérieure du maxillaire supérieur, tout à fait au fond du cul-de-sac formé par la muqueuse, alors qu'elle quitte la face postérieure de de la lèvre, en dehors de la saillie formée par la canine droite, on produit une sensation douloureuse. Sur la joue droite existe une cicatrice déprimée et adhérente à l'os; elle est située à 3 centimètres de distance de l'aile droite du nez, immédiatement au-dessus d'une ligne horizontale rasant le bord inférieur des narines, et en dedans d'une ligne verticale passant par l'angle externe de l'œil, dont elle est aussi distante de 3 centimètres. Il n'y a pas de gonflement ni de saillie appréciable soit à l'extérieur, soit dans les cavités voisines.

Je me trouvais donc en face d'une blessure qui ne pouvait être que le trou d'entrée du projectile. Il n'y avait pas de trou de sortie. Qu'était-il devenu? Il n'avait pas été extrait; le malade l'affirmait, et chaque fois que je l'interrogeais, il répondait avec insistance : « La balle est restée dedans ». Il n'avait pu se faire jour au dehors par les cavités voisines : la direction de la blessure suffisant à éloigner une idée pareille. Il fallait donc bien dire comme le malade : « La balle est restée dedans »; mais où était-elle? Après plusieurs examens répétés, après avoir contrôlé à diverses reprises les signes accusés (je ne pouvais fonder mon diagnostic que sur les signes subjectifs), il me parut logique d'admettre que le projectile s'était logé dans le maxillaire supérieur, et qu'il se trouvait dans le sinus maxillaire.

Je proposai au malade de faire une opération, que j'appellerai volontiers exploratrice, ce qu'il accepta sans hésiter, car il lui tardait d'être délivré des souffrances qu'il éprouvait.

Le 28 mars, je fis une incision verticale de 3 centimètres de hauteur; elle intéressait la cicatrice dans toute son épaisseur et arrivait

(1) Communiqué à la Société de chirurgie, séance du 4 novembre 1874.

jusqu'à l'os. Au moyen d'un stylet, je pénétrai dans l'intérieur du sinus maxillaire, et j'y trouvai immédiatement un corps dur, donnant la sensation métallique.

Remplaçant alors le stylet par le meilleur instrument explorateur que je connaisse, par celui dont je me suis toujours servi pendant la campagne 1870-1871, par le petit doigt, il me fut facile de constater qu'il existait à la partie antérieure du sinus maxillaire, une perte de substance de forme circulaire, qui put admettre l'extrémité de mon doigt : dans l'intérieur du sinus, je trouvai le corps métallique, que d'après sa forme arrondie, j'estimai être une balle. Je parvins bien à la saisir avec une pince, mais il me fut impossible de l'extraire : son diamètre était plus grand que celui de la perte de substance osseuse. Il fallait donc agrandir celle-ci : c'est ce que je fis le lendemain.

Le malade ayant été préalablement chloroformé, je rafraîchis l'incision faite la veille, je la prolongeai d'environ un centimètre à chacune de ses extrémités : sur la partie moyenne de cette première incision, et à son côté externe, j'en fis une seconde qui lui était perpendiculaire. Je pus alors disséquer deux lambeaux triangulaires, comprenant toutes les parties molles avec le périoste, et les détacher de l'os ; je mis aussi à découvert la face antérieure du maxillaire supérieur au pourtour de la perte de substance dont j'avais reconnu l'existence, mais seulement dans la moitié externe. Cela fait, il me fut facile, au moyen d'une gouge et d'un maillet, d'agrandir la plaie osseuse, d'introduire dans la cavité du sinus une pince à balles, et d'en retirer le projectile. C'était une balle Dreyse portant à son sommet et sur ses parties latérales quelques éraflures, comme on en trouve sur toutes celles qui sont venus frapper des os. La cavité du sinus était lisse, polie, et la muqueuse qui la tapisse ne paraissait nullement altérée. Les suites furent des plus simples : néanmoins la cicatrisation complète se fit un peu attendre, et l'on vit persister pendant un certain temps, un écoulement muco-purulent, qui se faisait jour par la plaie et par la marine. Les douleurs de tête disparurent sitôt après l'opération, mais l'opéré conserva encore pendant un certain temps de la difficulté à mâcher les aliments du côté droit.

Le fait d'un corps étranger qui séjourne pendant dix-huit mois dans nos tissus sans y être retrouvé ne présente rien de bien nouveau, ce qui me paraît intéressant, dans cette observation, c'est le diagnostic auquel je n'ai pu arriver que par induction, et en me fondant sur le dire du malade, c'est ensuite le lieu où était venu se loger le projectile, épuisent ce qui lui restait de force d'impulsion pour pénétrer à travers la paroi antérieure du sinus maxillaire, et, enfin, la réparation partielle de la perte de substance subie par l'os, à travers laquelle on ne pouvait extraire la balle qui y avait passé dix-huit mois auparavant.

L'année suivante j'avais l'occasion d'opérer un soldat du même régiment qui avait été, lui aussi, blessé à Saint-Privat : le diagnostic a été des plus faciles, l'opération des plus simples, mais le trajet suivi par le projectile me paraît des plus intéressants.

Alphonse D..., âgé de trente-cinq ans, soldat au 12e régiment de ligne, entre dans mon service le 2 janvier 1873. Il présente, au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate gauche, une tumeur qui est apparue vers le milieu du mois de novembre dernier. Cette tumeur est constituée par un corps dur, facile à déplacer, siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané et ayant le volume d'une balle. On trouve dans la région sus-épineuse droite, à 4 centimètres en dedans de l'extrémité externe de la clavicule, un peu en arrière d'une ligne fictive qui partirait de l'articulation acromio-claviculaire et se dirigerait directement en dedans, une cicatrice qui serait l'orifice d'entrée du projectile.

Le diagnostic de la nature de la tumeur ne me parut point douteux ; une simple incision intéressant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le muscle grand dorsal, me permit d'extraire une balle, moins de huit jours après, la plaie étant complétement cicatrisée, et le blessé reprenait son service le 27 janvier.

Mais souvent une balle, qui pénètre dans la région sus-épineuse droite, peut-elle venir se montrer au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche, après être restée pendant plus de deux ans sans manifester sa présence par aucun signe. Voyons quels sont les commémoratifs : quand D... fut blessé, il était à genoux, le genou droit reposant sur le sol, la jambe gauche en demi-flexion, le bras gauche allongé sur son fusil et le bras droit collé au corps, la main sur la gâchette, tout prêt à faire feu : le projectile le frappa de haut en bas, car l'ennemi occupait les hauteurs dominant les positions françaises. L'attitude du blessé, au moment où il a été frappé, et la direction suivant laquelle le projectile lui est arrivé, expliquent comment celui-ci a pu venir se loger dans l'omoplate gauche, dans ce tissu cellulaire lamelleux, lâche, et abondant qui unit le grand dentelé à la face antérieure sous-scapulaire. Il ne pouvait trahir là sa présence par aucun signe, il n'y avait ni tumeur ni gêne de mouvements : et, si les chirurgiens qui ont recherché le projectile n'ont pu le remontrer, c'est que nul d'entre eux n'a songé à mettre en pratique le procédé qui a si bien réussi à M. Legouest auprès d'un illustre blessé, c'est-à-dire de le placer dans la même attitude qu'il avait au moment où il a été frappé ; ce qui permet de retrouver le trajet du corps vulnérant.

Logé dans le tissu cellulaire qui se trouve en avant du sous-scapulaire, le projectile qui était sollicité par deux forces agissant toutes deux dans le même sens, la pesanteur et les mouvements du scapulum, est descendu peu à peu au-dessous et en dehors de l'angle de l'omoplate.

Là il n'était plus recouvert par la peau et le grand dorsal : il était facile de constater sa présence, et c'est alors que je l'ai extrait, le 4 janvier 1873, plus de deux ans après qu'il avait pénétré dans les tissus du blessé.

DU SCORBUT

DE SA PROPHYLAXIE. — DE SA CONTAGION

Par le docteur E. Berchon, directeur du service sanitaire de la Gironde, des Landes, des Basses-Pyrénées et de la Charente-Inférieure.

La question du scorbut, portée devant l'Académie de médecine, s'est principalement maintenue, jusqu'à présent, sur le terrain dogmatique ou théorique, et la note que je soumets à la savante compagnie (1) n'a pas la prétention d'entrer à fond dans la discussion qui a pour adversaires résolus MM. Villemin et Le Roy de Méricourt. Mon but est plus modeste, et je veux seulement exposer un fait de pratique, une sorte d'expérience dont le résultat me paraît avoir quelque intérêt à être rappelé.

Le scorbut, qui a occupé tant d'esprits de premier ordre, fait écrire tant de volumes et sert encore de titre, de nos jours, à un si grand nombre de thèses inaugurales, a pourtant son histoire bien faite depuis Lind, dont l'ouvrage renferme la bibliographie effrayante de cette maladie, de 1541 à 1754, bibliographie complétée plus tard par le professenr Baumes et par le médecin de la marine Marquis.

On pourrait croire en lisant cette longue énumération de travaux, de livres, et de mémoires, qu'il n'y a plus rien à dire sur ce sujet; mais le scorbut fait encore tous les ans quelques victimes. Il a fortement sévi pendant nos dernières guerres et certaines stations navales le voient d'ailleurs reparaître, à époques presque fixes, spécialement celle de Terre-Neuve, soit sur les nombreux navires employés à la pêche de la morue, soit sur les bâtiments de guerre chargés de protéger cette importante portion de nos armements de commerce.

M. de Méricourt avait d'autant plus de droits d'entrer en lice, dès qu'il s'agissait de cette maladie, qu'un long séjour à Saint-Pierre-Miquelon lui avait permis de voir, dès le début de sa carrière maritime, un très-grand nombre de scorbutiques sur les navires de la station et à l'hôpital de terre. Et je puis bien invoquer, tout d'abord, une aussi large expérience que la sienne, parce que j'ai été son successeur immédiat aux îles qui représentent actuellement les seuls restes de notre antique domination et prépondérance dans l'Amérique du Nord. J'ai

(1) Voir la séance du 10 novembre 1874.

fait de plus deux campagnes sur toutes les côtes de l'île de Terre-Neuve, visitant un grand nombre de malades à bord des navires marchands ou dans les havres de pêche.

C'est surtout de ma dernière campagne sur *le Caméléon*, en 1854, que je veux entretenir un moment l'Académie, et c'est à cette époque que j'ai fait l'expérience que j'indiquais au commencement de cette note. J'étais alors médecin en chef de la division composée du brick *le Ducouëdic*, de l'aviso *le Tonnerre* et, plus tard, de la frégate *la Constitution*.

Dès notre arrivée, ma première préoccupation avait été de prévenir l'invasion du scorbut si facilement engendré, dans ces parages, par des causes multiples, permanentes et plus ou moins intenses, selon les saisons et les années, à savoir et à titre principal : l'humidité constante et pénétrante de l'atmosphère et, par conséquent, des logements et des vêtements des hommes à bord ; le défaut de vivres frais ou, plutôt, le peu d'abondance de la viande sur pied et des végétaux ; l'absence fréquente de l'influence bienfaisante du soleil obscurci presque sans cesse par des brumes épaisses ; les pluies abondantes et la nullité des distractions que procure la visite de villes importantes sous des climats moins rigoureux.

Mon séjour antérieur dans le pays m'avait appris à redouter les effets de l'ensemble de ces fâcheuses conditions sur les équipages, et j'étais parfaitement résolu à les combattre ou, mieux, à les prévenir. La tâche, du reste, me semblait facile, car ma conviction était entière, et il me paraissait suffisant de m'efforcer d'annihiler (autant qu'il serait en mon pouvoir) les causes plus haut énumérées pour obtenir le succès. Les deux commandants de la station et du *Caméléon*, MM. Belvèze et Barbet, partageaient nettement mes appréhensions, car ils avaient vu le scorbut régner, avec plus ou moins d'intensité, sur les navires qu'ils venaient de commander pendant les deux dernières années. Je parvins à leur faire adopter aussi mes espérances, et ils me fournirent avec empressement l'appui de leur autorité pour instituer, dès le début de la campagne, les moyens de résistance ou, plutôt, de prophylaxie que je vais énumérer sommairement.

Je m'occupai, en premier lieu, de la nourriture des hommes. Nous eûmes de la viande fraîche aussi souvent que possible, et nous nous efforçâmes de l'obtenir de bonne qualité, ce qui arrive assez rarement dans les stations éloignées où l'on est loin de pouvoir toujours acheter des animaux convenablement nourris et engraissés comme en Europe. Cette insuffisance de qualité, comme l'amaigrissement et le dépérissement rapides des bestiaux embarqués vivants donnent certainement la clef de l'invasion du scorbut à bord de certains navires où la distribution de viande fraîche est restée vraiment abondante et régulière.

Ce fait d'observation m'engageait d'ailleurs à chercher d'autres ressources, et comme je connais le pays de longue date ; je profitai de cette expérience pour faire entrer dans l'alimentation journalière de l'équipage une large portion des trésors considérables que renferment ces parages dans les bandes innombrables de poissons, de mollusques, de crustacés, qui viennent, à tour de rôle, se succéder en phalanges pressées sur les fonds de mer de cette partie de l'Amérique.

Je fis organiser, tous les jours où le temps ne s'y opposait pas d'une manière formelle, des pêches de morue, de capelan, de homards, etc., qui abondent dans toutes les baies où stationnent les pêcheurs et les navires de guerre. Cette pêche se faisait avec un grand canot du bord, armé de quatorze hommes et d'un patron, et si j'insiste sur ce dernier point, c'est qu'il a son importance. Il faut que les hommes désignés pour la pêche journalière aient une embarcation de grande dimension, pour être à l'abri des coups de mer de ces régions houleuses et souvent dangereuses. Ces hommes seraient constamment mouillés dans un petit canot. Ils pêcheraient mal, rapporteraient peu de poisson et rentreraient à bord fatigués, dégoûtés et certainement plus disposés à contracter le scorbut que s'ils étaient restés dans les batteries ou dans les entre-ponts où ils peuvent se réfugier en temps de pluie.

Les divers aliments ainsi recueillis (presque toujours en grande quantité) étaient immédiatement distribués entre les tables avec une justice qui n'admettait qu'une exception : la part des malades invariablement prélevée la première sur tous les navires de guerre. Les têtes de morue servaient à confectionner d'excellentes soupes, et le même poisson était servi sous toutes les formes : bouilli, rôti, assaisonné en bouille-abaisse, au vin, etc., variétés de préparation qui ont un véritable avantage dans la question qui nous occupe. Je ne saurais trop le faire observer.

Les homards qui pavent, pendant plusieurs mois, le fond des baies de Terre-Neuve ; les anguilles qui peuplent ses étangs, ainsi que les truites et les saumons apportaient leur contingent aux repas, en même temps que quelques hommes spéciaux étaient envoyés à terre pour chasser et revenaient souvent avec de notables quantités de gibier. Les côtes de ces mers sont, en effet, fréquentées par des migrations considérables d'oiseaux qui, arrivant avec l'été très-court de ces parages, disparaissent, à époques presque fixes, dès que les neiges ont annoncé l'approche de l'hiver.

Et je dois ajouter, à ce propos, que la marine a dès longtemps songé à utiliser ces ressources spéciales, puisqu'elle accorde, en pur don et tout exceptionnellement, pour ces stations si rudes du Nord, la poudre et le plomb nécessaires pour la chasse.

Ce n'était pas tout. Nous faisions préparer à terre de la bière de bourgeons de sapin, dite bière de spruce ou sapinette, boisson ordinaire des gens du pays, devenue la ration habituelle des équipages du commerce, qu'on finit par boire avec plaisir quand sa confection a été bien surveillée, et que je regarde comme éminemment bienfaisante contre le scorbut.

Nous nous efforcions de créer des jardins, dès que notre séjour se prolongeait sûrement dans un havre, et nous y semions des radis, de la salade, tout ce qui peut lever rapidement, en quelques semaines. Et je faisais, moi-même, à terre, la recherche des végétaux pouvant être introduits dans l'alimentation quotidienne.

Je puis affirmer, sous ce rapport, que la menthe, mise en petits paquets, dans les soupes de têtes de morue, donne à cet aliment principal des tables du marin une saveur très-appréciable à tous les palais. L'oseille sauvage, le cresson, rendaient aussi quelques services, et la connaissance des végétaux utilisables sous toutes les latitudes constitue, à nos yeux, une science des plus utiles pour les médecins naviguants.

Tous ces soins ne seraient peut-être pas suffisants dans certaines conditions de longueur des campagnes, ou d'intempéries prolongées, et nous aurions recours, de plus, à un système régulier de promenades, dont les bons effets sont incontestables en pareil cas. Ces débarquements avaient, du reste, leurs avantages particuliers par les bains que pouvaient prendre les hommes dans les nombreux et gracieux ruisseaux du pays ; par le lavage assuré de leurs effets et par la récolte de nombreuses baies de genévrier, de fraisier et surtout de framboisier, arbustes très-communs dans chacun des ports que nous visitions.

L'exercice du corps était aussi largement assuré. Le moral se ressentait de cette liberté d'allures. La santé bénéficiait de toutes ces mesures, et je ne crains pas d'être accusé d'avoir rendu trop attrayant le récit de mon expérience. Tous les navigateurs des mers du Nord savent que je n'ai pas exagéré les avantages du pays, chaque contrée offre d'ailleurs des ressources analogues qu'il faut rechercher, dont il faut exciter la récolte par les hommes, en même temps qu'on plaide près de l'autorité pour que cet ensemble de mesures proplylactiques soit institué dès le début, rigoureusement observé et surveillé, seules conditions de succès.

Les travaux du bord et les exercices militaires, loin d'être négligés, n'étaient que mieux exécutés par des matelots contents et valides, grâce au roulement prescrit pour faire aller successivement à terre toutes les catégories de l'équipage. Il y a temps pour tout dans les longues journées du marin, si l'on sait en bien employer et utiliser toutes les heures.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 novembre 1874. — Présidence de M. DEVERGIE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

Le rapport de MM. les médecins des épidémies du département de la Gironde pour l'année 1873. (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Deux lettres de MM. Bourgoin et Méhu, qui se portent comme candidats à la place vacante dans la section de pharmacie.

2° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Séjournet à Bourges. (Le dépôt est accepté.)

3° Un mémoire de M. le docteur Colombat (de l'Isère), intitulé : *Orthophonie au point de vue pédagogique.* (Commissaires : MM. Bouvier, Baillarger, Hervez de Chégoin, Moutard-Martin).

PRÉSENTATIONS

M. H. ROGER présente, au nom de M. Luys, un ouvrage intitulé : *Études de physiologie et de pathologie cérébrales.*

M. LE ROY DE MÉRICOURT présente, au nom de M. Frédéric Hétet, professeur de chimie aux écoles de la marine, un ouvrage ayant pour titre : *Cours de chimie élémentaire.*

M. CHAUFFARD présente une note manuscrite de M. le docteur Espagne (de Montpellier), sur le scorbut.

M. GUBLER présente, de la part de M. Bonnewyn, pharmacien à Ixelles, une brochure intitulée : *Observations sur la digitaline cristallisée.*

M. LARREY présente le seizième volume des rapports du département médical de l'armée anglaise.

Enfin M. BLOT, en présentant, au nom de M. le docteur Vidal, un travail sur l'inoculabilité des pustules d'ecthyma, donne de vive voix quelques détails sur les expériences de l'auteur, et fait passer sous les yeux de l'Académie de belles préparations, qui permettent d'apprécier les effets des auto-inoculations.

Nous reviendrons incessamment sur l'objet de cette communication.

M. BÉCLARD mentionne, parmi les ouvrages imprimés faisant partie de la correspondance :

1° Un ouvrage intitulé : *La responsabilité criminelle et la capacité civile dans les états de trouble intellectuel, ou Éléments de psychiatrie médico-légale à l'usage des médecins et des jurisconsultes*, par le docteur de Krafft-Ébing, professeur de psychiatrie à l'université de Gratz (Autriche), traduit de l'allemand par M. le docteur Chatelain.

2° Un mémoire de M. le docteur G. L. Ponza, médecin en chef de l'hôpital des aliénés d'Alexandrie (Italie) sur la transfusion du sang artériel d'agneau chez les aliénés. Le docteur Ponza a pratiqué la transfusion du sang artériel d'agneau chez trois aliénés pellagreux anémiques et débilités par la diarrhée, qui datait de plusieurs mois. Immédiatement après la transfusion, la diarrhée fut arrêtée et le sang injecté agissant comme reconstituant, améliora de la manière la plus satisfaisante l'état des trois malades. Aussi le docteur Ponza conseille-t-il la transfusion comme médication reconstituante, comme excitant diffusif et propre à combattre le défaut de quantité voulue des globules rouges du sang normal.

— M. LE PRÉSIDENT rend compte de la visite qu'il a faite avec MM. Gosselin, H. Roger et Chauffard, conformément au désir qui a été exprimé dans la dernière séance, à M. Amédée Latour retenu depuis quelque temps éloigné de l'Académie par une douloureuse maladie, pour lui exprimer les sympathies de ses collègues. M. le président est heureux d'apprendre à l'Académie que M. Latour est en voie de convalescence et qu'il espère pouvoir assister bientôt aux séances.

LECTURE

Amputation sous-astragalienne. — M. MAURICE PERRIN, candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire, lit un mémoire sur la valeur clinique de l'amputation sous-astragalienne.

M. Perrin, constatant le faible contingent apporté par les chirurgiens à cette amputation, d'où il semblerait résulter qu'après avoir inspiré confiance aux chirurgiens français, elle n'a pas été sanctionnée par la pratique générale, se propose de démontrer que les avantages cliniques de cette opération sont assez considérables pour mériter d'attirer de nouveau l'attention. De l'exposé du résultat qu'il a obtenu chez un de ses opérés et du parallèle établi entre ce procédé et les autres, le conduit à conclure : que l'amputation sous-astragalienne est, de toutes les amputations qui se pratiquent sur l'arrière-pied, celle qui offre le plus de garanties et qui mérite la préférence toutes les fois qu'elle est possible.

Le mémoire de M. Perrin est renvoyé à la section constituée en commission d'élection.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour la suite de la discussion du rapport de M. Chauffard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 novembre 1874. — Présidence de M. PERRIN.

M. VERNEUIL termine sa communication :

M. Vanzetti résume son mémoire dans les quelques propositions suivantes :

Pour arrêter efficacement une hémorrhagie dans une plaie par instrument pointu, on peut se contenter d'en tenir écartés les bords au moyen de deux crochets portés dans le fond de la plaie et maintenus en place pendant vingt-quatre, trente, quarante heures ou plus. Dans certains cas, un seul crochet peut suffire ; dans d'autres, on peut avoir besoin d'en employer plusieurs.

L'arrêt de l'hémorrhagie est dû : à la pression directe ou indirecte exercée par les crochets sur l'artère ; à la courbure que celle-ci subit dans les tissus que le crochet tire au dehors ; à des changements dans ses rapports avec les parties voisines dus à la traction exercée.

Pour atteindre ce but, il peut être nécessaire de répéter plusieurs fois cette manœuvre ; de placer les crochets dans des points différents ; d'exercer la traction dans des directions diverses plus ou moins obliques, latérales ou verticales ; d'employer des crochets de courbures variées, simples ou doubles.

La douleur causée par les crochets est, en général, passagère et moindre que celle que produirait une pince.

Les crochets mousses, dilatateurs, etc., dont on se sert dans les

opérations pour écarter les lèvres de l'incision et qui sont plus ou moins larges, ne peuvent faire une pression *linéaire*, et par suite, ne peuvent servir à l'uncipression.

On peut se servir de toute pointe ou tige mince en fer courbée au préalable, avec ou sans manche; une épingle à cheveux, une fourchette de table, une grosse aiguille, etc. D'autres crochets sans manche, percés d'un trou à l'autre extrémité, ou munis d'un anneau pour permettre d'y fixer un fil, élastique ou non, peuvent encore être employés.

L'immobilité de la partie blessée et la tension continue des crochets sont nécessaires. Le chirurgien saura trouver, d'après les circonstances du temps et du lieu la manière la plus facile et la plus simple de donner au membre blessé une position convenable et l'immobilité désirée.

Le moyen le plus simple d'obtenir une tension continue est de fixer le crochet à un gros fil, et l'autre extrémité de celui-ci à un point immobile, le bois du lit, un bâton ou, mieux, l'appareil destiné à obtenir l'immobilité du membre, etc.

Au lieu des crochets, on pourrait se servir de tout autre instrument pouvant comprimer les bords de la plaie de dedans en dehors, comme, par exemple, le dilatateur des paupières.

L'artère blessée peut se trouver à l'une ou à l'autre des extrémités de la plaie; et, dans ce cas, l'uncipression doit être faite non suivant la direction transversale des bords de la plaie, mais suivant la direction longitudinale.

Si l'artère située à l'extrémité de la plaie est entièrement coupée, pour pouvoir saisir et comprimer les deux bouts, il faut appliquer à cette extrémité deux crochets suivant une direction plus ou moins oblique, quand un seul crochet double ne peut remplir le but désiré.

Le temps pendant lequel les crochets devront rester en place varie avec le volume de l'artère, et suivant les règles données dans ces dernières années pour l'acupressure; ce temps sera suffisant pour la cicatrisation de la plaie vasculaire.

On peut se servir des crochets aigus employés par les chirurgiens pour faire tendre une tumeur ou une partie à reséquer. Suivant les cas, on emploiera les crochets simples ou doubles à pointes plus ou moins longues, suivant la profondeur, à courbures plus ou moins prononcées, en demi-cercle ou en faux, etc...

On peut quelquefois se servir encore de crochets à pointes mousses, préférables lorsqu'il s'agit d'une plaie étroite, qu'on craint de léser un nerf, ou l'artère que l'on veut comprimer.

M. Verneuil ajoute les réflexions suivantes :

Telle est l'uncipression avec ses états de service jusqu'à ce jour. Evidemment, et M. Vanzetti le reconnaît le premier, il faudra des faits plus nombreux pour décider si elle doit rester dans la pratique usuelle ou rejoindre dans l'oubli bien d'autres procédés ingénieux qui, à diverses époques, sont entrés en concurrence avec la ligature sans jamais parvenir à la détrôner.

Si M. Vanzetti était à notre tribune, ce dont nous nous féliciterions tous, je lui soumettrais quelques remarques; il me permettra donc de les énoncer en son absence.

L'uncipression aurait, suivant son auteur, deux avantages principaux; elle serait d'une exécution facile et pourrait être pratiquée en tout temps, en tout lieu, sans nécessiter le concours d'aides exercés, qu'on ne trouve pas facilement. Il me paraît indispensable de faire quelques réserves sur chacun de ces points.

Certainement il est assez facile d'introduire un crochet aigu au-dessous de l'artère blessée ou du point d'où sort le jet sanguin; c'est ce que nous faisons journellement quand, au lieu de la pince ordinaire, nous employons le ténaculum pour poser une ligature. Tout le monde sait aussi que ce ténaculum mis en place, il suffit de le soulever, de l'attirer à soi pour arrêter le jet du sang. C'est sur ce fait si simple que repose sans conteste le principe du procédé. Il faut pourtant convenir que l'exploitation des crochets peut être malaisée, et la troisième observation de M. Vanzetti l'atteste suffisamment. Mais supposons la difficulté vaincue, une autre surgit, elle réside dans la fixation solide, invariable, des crochets susdits. Il est indispensable que les cordons attachés à l'instrument soient convenablement tendus, pas trop, car une traction trop énergique déchirerait les parties molles transfixées, et assez cependant, car le moindre relâchement soustrairait l'artère à la compression linéaire qui doit effacer sa cavité. L'indocilité des malades, l'intolérance des tissus pour le corps étranger, la difficulté d'immobiliser absolument et pendant longtemps la région blessée, suscitaient certainement plus d'un obstacle à l'application et à la réussite de l'entreprise. Ajoutons qu'en certaines régions, le voisinage immédiat des veines et des nerfs satellites interdira l'usage des crochets, comme il fait proscrire ces ligatures médiates portées avec une aiguille courbe, qui sont d'un emploi si commode en certains cas spéciaux.

L'uncipression est passible d'un certain nombre des objections justement adressées à l'acupressure, dont elle se rapproche d'ailleurs sous plus d'un rapport.

M. Vanzetti a surmonté les difficultés, nul ne s'en étonnera qui connaît son habileté; mais qui pourrait dire que les médecins et les apprentis chirurgiens auxquels s'adresse notre collègue, seront aussi heureux?

Reste le second avantage, celui qui dispense l'opérateur du concours à peu près indispensable de ses aides, lorsqu'il entreprend l'opération parfois si difficile de la ligature directe dans la plaie.

Nous autres écrivains classiques, habitant les grandes villes et pratiquant dans les grands hôpitaux, où nous entoure une cohorte d'assistants dévoués, nous parlons bien à notre aise de l'exécution des opérations laborieuses. Rien ne nous manque pour les mener à bonne fin. Mais ne devons-nous pas nous préoccuper de la position si différente de l'humble praticien de campagne, livré à ses propres forces et contraint d'engager une bataille, où il représente à lui seul le général, les officiers et les soldats. C'est en pensant à lui, c'est en plaignant ses embarras, que nous devons imaginer ou préconiser des procédés simples et efficaces, qu'il pourra mettre en pratique dans les conditions si variées que rappelle M. Vanzetti dans son élégant langage, c'est-à-dire dans le palais du riche, la bicoque du pauvre et la chaumière du paysan.

Parmi ces ressources d'une application si élémentaire se comptent déjà la compression digitale, dont la renaissance doit tant à l'éminent chirurgien de Padoue. Les attitudes forcées sur lesquelles Thierry, Malgaigne et d'autres encore ont si justement attiré l'attention. L'acupressure elle-même, malgré ses imperfections et jusqu'à cette compression directe et indirecte, que je combats énergiquement comme méthode définitive, mais que j'admets comme expédient provisoire, très-utile jusqu'au moment le plus prochain possible où l'on appliquera les mesures radicales.

Sans contredit, l'uncipression entre dans la série des moyens hémostatiques temporaires capables de devenir à l'occasion définitifs: A ce titre, je l'accepte sans restriction et je remercie, pour ma part, M. Vanzetti de nous l'avoir fait connaître et de l'avoir si soigneusement décrite.

Mais, dira-t-on, cette part est bien restreinte, les crochets méritent mieux. Ils ont réussi dans le premier cas, là où la ligature des deux bouts avait échoué, et ont très-promptement, très-simplement, très-efficacement arrêté les hémorrhagies dans les deux autres. Pourquoi donc ne point leur accorder sans arrière-pensée une valeur curative absolue. Si l'analyse de ces trois faits ne menaçait de m'entraîner trop loin, je pourrais répondre et justifier mes réserves; mais, pour le moment, je me contente de dire que, tout en reconnaissant loyalement les succès du nouveau procédé, je n'en reste pas moins convaincu que la ligature des deux bouts reste la première de toutes les méthodes, un cas de blessure pour la continuité des artères.

Néanmoins, pour prouver tout le cas que je fais du second avantage inhérent à l'uncipression, je suis prêt à communiquer à la société une série de cas difficiles et graves où l'application de la ligature était impossible, et où j'ai eu recours à un seul expédient, le seul admissible peut-être, et qui s'est montré aussi simple dans son exécution qu'efficace dans ses résultats. Je veux parler du séjour prolongé dans la plaie de la pince avec laquelle on a saisi l'artère ouverte. Ce procédé, qu'on pourrait à la rigueur dénommer *forcipressure* (forceps, *forcipis*, pince, tenaille), est fort ancien. Plus d'un d'entre vous sans doute l'ont utilisé, mais son emploi n'a pas été généralisé comme il le mérite.

DISCUSSION

M. DEMARQUAY. Au point de vue de la priorité, je ferai observer que le procédé décrit par M. Vanzetti a été employé il y a longtemps par un chirurgien français, M. Masteimat-Lageinard qui, pour arrêter une hémorrhagie consécutive à une trachéotomie eut l'idée d'employer des épingles recourbées en crochet et fixées à l'aide de fils.

M. LARREY. Je ferai observer à M. Demarquay que le procédé si ingénieux de M. Masteimat-Lageinard n'était pas dirigé contre une hémorrhagie (il n'y eu avait pas), il était destiné à obvier à l'absence de canule.

Je demanderai à M. Verneuil si, au point de vue de l'hémostase, M. Vanzetti établit quelque rapport, quelque analogie entre l'acupressure et ce qu'il appelle l'uncipression. Je me rappelle que, dans un mémoire que Velpeau fit sur les agents hémorrhagiques, il accorda une certaine part à l'acupressure, et je ne puis m'empêcher de trouver entre cette méthode et celle de M. Vanzetti un certain rapport.

Pour le principe général, pour la commodité pratique d'un tel procédé, je ne puis qu'approuver et apprécier à sa juste valeur une méthode d'hémostase qui peut rendre les plus grands services, surtout dans la chirurgie militaire, où l'on est souvent dominé par les circonstances, et où l'on fait souvent comme on peut, et non comme l'on voudrait.

M. VERNEUIL. M. Vanzetti reconnaît la parenté qui existe entre l'acupressure et l'uncipression. Du reste, si l'on veut bien examiner la procédé de M. Vauzetti, l'uncipression n'est autre chose que le premier temps de l'usage du ténaculum prolongé durant un temps plus ou moins long.

Il sera temps, du reste, au moment de la discussion qui pourra s'établir sur les divers agents hémostatiques, de comparer sa méthode à celles qui l'ont précédée.

M. LE PRÉSIDENT. Cette discussion sera reprise et annoncée huit jours à l'avance. (*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

391. Vuillemin. Du délire dans la fièvre typhoïde.
392. Tariote. Considérations sur les occlusions intestinales en général, et sur le traitement des occlusions à début rapide en particulier par l'opium.
393. Dubuclet. Essai sur l'épithélioma du pied.
394. Simon. De l'action nerveuse dans l'hémorrhagie spontanée. (*Déductions thérapeutiques.*)
395. Ravet. De l'endocardite dans l'état puerpéral.
396. Carnat. De quelques signes de la pleurésie.
397. Georges. De l'endurcissement physique du soldat.
398. Mercier. Considérations cliniques sur quelques cas de fractures comminutives avec plaies.
399. Berthout. De la dacryocystite chronique simple.
400. Péride. Étude sur les séquestres profonds des os.
400 *bis*. Defau. Étude sur les tubercules de la prostate.
401. Bertrand. Maladie de Ménière.
402. Pinet. Essai sur la goutte saturnine.
403. Ambiel. Quelques considérations sur le traitement et les suites des fractures transversales de la rotule.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé de la marine. — A la suite du concours ouvert le 15 septembre dernier, dans les écoles de médecine navale, ont été promus ou nommés :

Au grade de médecin de 1re classe. — MM. Nègre (Antoine), Leclerc, Seney, Latière (Émile-Victor-Léon), Delisle, Trucy, Martinenq, Foll, Rousse, Balbaud, Cotino, Rousseau (Albert), le Tersec (Ernest-Théodore) et Mathis.

Au grade de médecin de 2e classe. — MM. Corre, Dalmas, Fontan, Guyot, Ambiel, Harmand, Mousse, Ayme, Duchateau, Prat, Gueit, Duthoya, Ledrain, Miquel, Vantalon, Senès, Guillaud, Fontorbe, Cival, Cognes, Bayol, Nicomède, Tardif, Soulages, Faucher de la Ligerie et Clavel.

Au grade d'aide-médecin. — MM. Rochard, Cauvin, Reynaud, Blanc, Barthe, Canolle, Borel, Chevrier, Granjon-Rozet, Gueit, Godet, Cosson, Bréjon, Baril, Grisolle, Philip, Aubœuf, Rangé, Sibaud, Flagel, Paponnaud, Partafaz, Borély, Buisson, Drago, Arami, Nodier, Vaucel et Rédarès.

Au grade de pharmacien de 1re classe. — MM. Chalmé, Léonard et Raoul.

Au grade de pharmacien de 2e classe. — MM. Rouhaud, Piriou, Peytral et Despretz.

Au grade d'aide-pharmacien. — MM. Geoffroy, David, Bourdon, Durand, Baillet, Baus, Minier et Gairoard.

— M. le docteur Brun commencera un cours public d'accouchements à l'Ecole pratique (amphithéâtre n° 2), le jeudi 19 novembre, à huit heures du soir, et le continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

— M. le docteur Onimus commencera son cours public le mardi 24 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les samedis et mardis suivants. Il traitera de la différence d'action des courants induits et des courants continus.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 135. — SAMEDI 21 NOVEMBRE 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 21 NOVEMBRE 1874. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Sur l'inoculabilité des pustules d'ecthyma simplex ou typhoïde.

Nous signalions dans la dernière séance de l'Académie de médecine, comme nous ayant offert un intérêt particulier, une communication faite au nom de M. le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, sur des expériences d'inoculation de l'ecthyma simplex ou de l'ecthyma typhoïde. Nous sommes en mesure de donner aujourd'hui quelques détails sur l'objet de cette communication.

La pustule d'ecthyma est-elle inoculable à l'homme sain? Quels sont les résultats de l'auto-inoculation? Telles sont les deux questions sur lesquelles M. Vidal a désiré s'éclairer par voie expérimentale.

La première question n'a pas reçu de solution. On va voir pourquoi. La seconde a été élucidée par les expériences.

La pustule d'ecthyma est-elle inoculable à l'homme sain? M. Vidal a eu dans le temps la tentation de résoudre cette question. Ayant été témoin, alors qu'il était interne à l'hôpital de Tours, d'auto-inoculations de pustules d'ecthyma de la fièvre tyhpoïde, suivies du développement de nouvelles pustules identiques à celles qui avaient fourni la matière d'inoculation, il eut l'idée, pendant le cours d'une épidémie de fièvre typhoïde qui sévissait à la Maison municipale de santé, de reprendre ces expériences d'inoculation, dans la pensée qu'il serait possible de reproduire artificiellement la fièvre typhoïde à un degré d'intensité moindre qu'à l'état spontané et de conférer ainsi à l'inoculé une sorte d'immunité semblable à celle que produit l'inoculation de la variole ou celle de la péripneumonie épizootique. Il fit deux essais d'inoculation, l'un sur lui-même et l'autre sur un élève qui voulut bien se prêter à cette expérience, avec du pus pris sur des pustules d'ecthyma d'un sujet atteint de fièvre typhoïde. Le résultat fut nul. Il n'était permis d'en rien conclure. M. Vidal n'a pas répété cette expérience. On comprendra très-bien, dit-il, que le médecin, mieux instruit des dangers de l'inoculation des produits septiques, n'ait pas songé à renouveler les imprudentes tentatives de l'étudiant. La question est donc restée sans solution. Mais il a repris la question des auto-inoculations, et, sur ce second point, il est à même de répondre à la question posée.

Ses recherches d'auto-inoculation ont porté principalement sur l'ecthyma simplex et sur l'ecthyma de la fièvre typhoïde. Il les a fait suivre de contre-épreuves consistant à faire simultanément des piqûres simples ou des piqûres avec des épingles humides roulées dans la poussière ou dans la matière de l'expectoration des malades, lesquelles ont toujours été négatives, donnant ainsi une valeur positive aux résultats des inoculations faites avec la matière ecthymateuse.

Les expériences, au nombre de quatre, ont toutes réussi. Nous ne rapporterons que la dernière, faite avec des pustules d'ecthyma simplex, et qui suffira pour montrer l'évolution et les générations successives des pustules d'inoculation.

Le sujet de cette expérience était une femme de vingt-neuf ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis pour un impétigo de la face et de la partie antérieure de la poitrine. Cette affection était en voie de guérison, lorsqu'il survint des pustules d'ecthyma simplex, au nombre de quatre, sur la face externe de l'avant-bras droit.

Sans attendre la purulence complète, M. Vidal chargea la pointe d'une épingle avec la sérosité de ces vésico-pustules et fit trois inoculations sur le bras gauche. Le soir même, les trois points piqués étaient rouges, légèrement tuméfiés et étaient le siége d'une cuisson.

Le lendemain, les trois piqûres faisaient une saillie boutonneuse.

Le quatrième jour, les trois pustules étaient formées. Elles consistaient en une phlyctène centrale, soulevée par de la sérosité citrine, reposant sur une base rouge, indurée, formant auréole.

Le cinquième jour, les pustules étaient bulleuses, mais ne se remplissaient pas de pus. Le contenu était trouble.

Les pustules mères du bras droit qui avaient servi à faire l'inoculation étaient devenues croûteuses et laissaient suinter un liquide séreux, se concrétant à l'air.

Ce même jour, inoculation du liquide des jeunes pustules et nouvelle inoculation du liquide des anciennes. De plus, inoculation par trois piqûres du liquide ecthymateux préalablement exposé aux vapeurs de l'huile essentielle de térébenthine.

Voici quels furent, le lendemain, les résultats de ces inoculations :

Les inoculations faites avec le liquide des pustules primitives en voie de dessiccation avaient parfaitement réussi; la vésicule était saillante, le pourtour rosé.

Les inoculations produites par le liquide des pustules déjà inoculées ou de seconde génération avaient moins bien réussi; l'épiderme était bien soulevé, mais le cercle rougeâtre périphérique était peu marqué.

Les piqûres faites avec l'épingle chargée de liquide ecthymateux soumis aux vapeurs de l'essence de térébenthine avaient encore moins bien réussi. Le centre de la piqûre était à peine soulevé, légèrement papuleux; l'auréole rosée manquait presque complétement, et le centre de la vésicule rudimentaire était jaunâtre, caractère que n'offraient pas les autres inoculations.

Les pustules de la première inoculation commençaient à se dessécher le septième jour; elles étaient recouvertes d'une croûte jaunâtre. La rougeur périphérique s'était effacée; il restait un léger empâtement.

Enfin une dernière tentative fut faite le neuvième jour; une inoculation fut pratiquée avec le liquide des pustules de seconde génération qui tendaient à se guérir rapidement. Les piqûres furent à peine marquées le jour suivant par une légère élevure; la pustulation avorta.

Il y a eu, comme on le voit, une progression décroissante à chaque génération. A la troisième, le résultat a été presque insignifiant et les dernières inoculations ont été les premières guéries.

En résumé, des résultats de ses expériences, M. Vidal tire les conclusions suivantes :

Les pustules de l'ecthyma de la fièvre typhoïde et celles de l'ecthyma simplex sont auto-inoculables.

La pustule d'inoculation suit, dans les phases de son développement, une marche identique à celle de la pustule spontanée.

Le liquide pris sur ces pustules de seconde génération est aussi auto-inoculable.

Son activité va en diminuant dans les inoculations successives. Son pouvoir reproducteur cesse à la troisième ou quatrième génération.

Du traitement des fièvres puerpérales par l'alcool.

A l'occasion des faits de fièvres puerpérales traitées par l'alcool, dont nous avons entretenu récemment nos lecteurs, M. le docteur Liegey (de Choisy-le-Roi) nous écrit pour nous faire savoir que, depuis longtemps, il met en usage diverses substances alcooliques chez les femmes atteintes de fièvre puerpérale, et il nous demande la permission de joindre son appel au nôtre à cet égard. Nous acceptons de grand cœur le concours de notre honorable confrère. Voici le rappel de quelques-unes des publications qu'il a faites sur ce sujet :

Dans un mémoire lu en novembre 1871 à la Société d'émulation de Paris, sous ce titre : *De la haute et fréquente utilité de l'alimentation tonique et des substances alcooliques, du vin, particulièrement dans les maladies de nos jours*, M. Liégey présentait les conclusions suivantes :

1° Depuis un certain nombre d'années (trente ans environ), la constitution médicale s'est modifiée dans le sens asthénique;

2° C'est à ce changement qu'il faut attribuer principalement les changements subis par la thérapeutique, c'est-à-dire la prédominance marquée de la médication tonique, même dans les maladies aiguës;

3° Dans ces maladies, et notamment dans les pyrexies, l'alimentation tonique est souvent indiquée, et il en est de même des substances alcooliques, du vin particulièrement;

4° On voit souvent s'établir, à l'endroit de ces substances alcooliques et de l'alimentation tonique, une tolérance remarquable;

5° Certains phénomènes favorisent cette tolérance : tels sont le ptyalisme spontané ou provoqué, les sueurs, différents autres flux, l'hémorrhagie, suppuration, etc.;

6° Cette tolérance, généralement accrue dans la convalescence, continue fréquemment au-delà de celle-ci, mais, généralement aussi, elle diminue à mesure que les forces se rétablissent et que le sang s'enrichit;

7° Chez beaucoup de malades et de convalescents, il se produit une aptitude extraordinaire pour l'appréciation de la qualité des aliments et de ces boissons, aptitude qui vient souvent en aide au médecin, etc.

Dans ce travail se trouve le paragraphe suivant, extrait d'un autre travail publié, en 1860 et 1861, dans le *Journal de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, sous le titre : *Coup d'œil sur la constitution médicale* : « Il est des circonstances qui, autrefois, me semblaient contre-indiquer l'emploi des substances alcooliques et de l'alimentation tonique dans les pyrexies, circonstances que, aujourd'hui et depuis bien des années déjà, je regarde, au contraire, comme rendant l'indication de l'emploi de ces moyens plus positif : au nombre de ces circonstances se trouvent celles de la grossesse et d'un accouchement récent. Faute d'avoir employé les substances alcooliques et l'alimentation tonique, des malades ont éprouvé l'augmentation des accidents existants, et, en plus, parfois des accidents qu'ils n'avaient pas encore eus, par exemple le délire.

Ce phénomène est donc loin d'être une contre-indication.

Il en est de même d'une hémorrhagie utérine, même abondante.

La métro-péritonite n'interdit pas toujours, même quand elle est prononcée, l'usage des alcooliques.

Enfin dans un mémoire sur la constitution médicale d'une contrée de la Meurthe et des Vosges, dans le journal précité, pour 1852 et 1853, on trouve un grand nombre d'observations de pyrexies à formes variées, parmi lesquelles se voient des cas observés chez les femmes en couche et qui mettent en relief les avantages des substances alcooliques.

Déjà, en 1849, ajoute M. Liegey, dans un mémoire intitulé : *Quelques aperçus sur les fièvres pernicieuses*, j'assimilais certaines fièvres puerpérales à ces fièvres pernicieuses réclamant généralement la médication quinique, qui trouvait de très-puissants auxiliaires dans les substances alcooliques, et je montrais combien était grande, souvent, la tolérance pour ces substances, même chez les femmes et les enfants.

Depuis bien longtemps j'ai une telle confiance dans la puissance des substances alcooliques dans les pyrexies de nos jours en général, que, en plus d'un endroit, j'ai écrit que, souvent, si j'avais à choisir exclusivement entre ces mêmes substances et tout autre remède, je n'hésiterais pas à opter pour les premières.

A Choisy-le-Roi, lorsque l'occasion s'en présente, et avec le même avantage, je fais ce que, depuis si longtemps, je faisais en Lorraine : j'alimente les femmes atteintes de fièvre puerpérale, et je leur donne des substances alcooliques. J'accorde aussi de la nourriture et du vin à celles, d'ailleurs, bien portantes, qui viennent d'accoucher, convaincu qu'une diète sé-

vère peut disposer à la fièvre puerpérale, surtout les sujets, si communs de nos jours, qui ont habituellement le sang appauvri.

Dr BROCHIN.

DU SCORBUT

DE SA PROPHYLAXIE. — DE SA CONTAGION (1)

Par le docteur E. BERCHON, directeur du service sanitaire de la Gironde, des Landes, des Basses-Pyrénées et de la Charente-Inférieure.

J'ai dit plus haut que l'atmosphère des pays du Nord était presque toujours chargée de brouillards, et qu'il devenait indispensable, dès lors, de songer aussi aux moyens de remédier à cet état d'imprégnation humide des vêtements des matelots, comme des murailles des entre-ponts et même de tous les compartiments du navire. Ici encore nous avions organisé tout un système de défense. Les effets mouillés des hommes de service ou de ceux qui rentraient de la pêche et de la chasse étaient immédiatement placés dans les chambres de chauffe de la machine, devant un ou deux fourneaux allumés. Ils se trouvaient très-rapidement et complétement séchés. C'est une ressource nouvelle que donnent les navires à vapeur. Elle manquait dans l'ancienne marine à voiles, où l'on ne pouvait qu'y suppléer bien imparfaitement par des réchauds de charbon promenés dans les ponts, non sans inconvénients de plus d'un genre. Mais j'abrége, car il est une foule de moyens que l'on peut mettre en œuvre à bord quand on a la constante préoccupation de prévenir les dangers inséparables de l'accumulation et de l'habitation d'un personnel dont le nombre est toujours en disproportion flagrante avec l'étroit espace d'un navire. Le pont, seule partie convenable pour la respiration salutaire, est loin d'être toujours accessible aux habitants des cabines et entre-ponts, presque hermétiquement fermés, où l'air manque, où ses qualités se vicient, où sa composition peut s'altérer au point d'être éminemment dangereuse.

Ce fut l'objet de mes pensées de chaque jour, et je termine en affirmant que le scorbut ne parut pas sur le *Caméléon* pendant toute la durée de la campagne qui fut, pour nous, très-laborieuse par le nombre des ports parcourus, ce qui suppose nécessairement la répétition des travaux pénibles de changement de mouillage, levée des ancres, appareillages, etc.

Tout ce qui précède démontre que l'expérience était décisive pour ceux qui l'avaient instituée; mais ma relation a besoin d'être complétée pour l'Académie, et je le ferai en peu de mots.

La frégate *la Constitution* était venue nous retrouver en juin et resta, comme nous, jusqu'en octobre, avant de revenir en France. Elle avait séjourné sur un plus petit nombre de rades que le *Caméléon*. Elle avait un équipage plus que double du nôtre (346 hommes au lieu de 120). Ses approvisionnements étaient exactement semblables à ceux qui nous étaient passés réglementairement. Elle avait même une batterie couverte où les hommes avaient plus d'abri et plus d'air que dans nos entre-ponts. Et pourtant le scorbut envahit cette frégate, après moins de deux mois de station. On y compta 38 cas confirmés et graves, 52 cas légers, soit 90 hommes atteints. Et ce ne fut pas sans peine que le navire put atteindre le détroit de Gibraltar. Sa batterie était véritablement transformée en hôpital.

Mais, il faut le dire aussi, mon expérience n'avait pas été continuée sur cette frégate. On y avait promptement renoncé aux pêches dont j'avais signalé les bons effets, parce qu'on n'avait consacré à cet usage qu'un petit canot où les hommes, sans cesse trempés d'eau de mer, avaient été promptement ennuyés de leur peine et de son peu de résultat.

La bière de spruce n'avait pas d'abord convenu aux matelots. Elle avait été faite sans soin, ce qui arrive souvent au début, et l'on en avait abandonné la préparation.

Une légère rixe à terre avait fait supprimer les promenades en masse de l'équipage.

Point de chasses régulières. Point de recherche de végétaux utiles. Rien, enfin, ou presque rien des précautions prises sur le *Caméléon*, et qu'il ne m'appartenait plus de faire prévaloir sur un navire dont la venue mettait fin à ma mission spéciale.

Nous regardons donc cette double observation comme très-concluante, et nous ne craignons pas d'avancer que le scorbut ne doit pas exister, à bord comme à terre, si l'autorité supérieure et surtout l'autorité médicale ont pris, *d'avance et avec autant de résolution que de persévérance*, les précautions que prescrivent les lois reconnues de l'hygiène. Ces précautions sont naturellement variables selon les régions. Il est des circonstances d'investissement, de siége, de croisière, où toutes ne peuvent être prises; mais de longues années de navigation sous toutes les latitudes, sans épidémie de scorbut sur les navires dont nous avons été le médecin, nous ont donné le droit d'affirmer que chaque pays renferme assez de ressources à utiliser pour prévenir le mal qui nous occupe.

Et pourquoi ne l'avouerions-nous pas? En cela comme en bien d'autres points, les modernes ont souvent péché par négligence ou par oubli des enseignements du passé; car on peut opposer aux désastres des escadres des amiraux Ansow, Pizarro et Roggewein, les constantes préoccupations et les succès remarquables des Cook, des Vancouver, des Marchand et des Lapérouse, grands navigateurs dont on ne saurait trop relire les récits quand on veut dignement remplir, comme eux, la mission qui incombe aux chefs militaires ou médicaux des rassemblements de marins, de soldats, d'ouvriers ou de citoyens des villes et des campagnes.

Les navigateurs à jamais illustres dont nous venons de citer les noms ont pu ramener, sains et saufs, et après de longues et périlleuses campagnes dans des parages sauvages, inconnus et peu salubres, les équipages qui montaient les vaisseaux du dernier siècle, vaisseaux dont la construction, les aménagements et les approvisionnements de vivres et même d'eau, constituaient des conditions qu'on stigmatiserait aujourd'hui. Et si leurs conseils avaient été suivis dans la marine de notre époque, favorisée par tant de découvertes alimentaires et par les progrès réalisés dans les constructions navales, le professeur Galleraud n'aurait certainement pas eu besoin, en 1854, de faire pour ainsi dire la découverte des avantages du suc de citron *lime juice*, qui n'est pas évidemment une panacée, mais supplée d'une façon très-efficace à l'absence presque absolue, dans certains pays, de ressources alimentaires plus naturelles.

Il faut donc réagir résolûment désormais contre les errements du passé qui nous touche de si près; revenir aux sérieuses traditions qui peuvent, seules, rendre à notre malheureuse patrie sa supériorité, et ces efforts seront certainement récompensés par le succès, en ce qui concerne le scorbut.

J'ajouterai seulement quelques mots sur la question du caractère contagieux de cette affection.

Nul doute pour nous que la réunion de nombreux scorbutiques soit très-dangereuse pour les habitants pressés des navires comme pour ceux d'une ville assiégée, d'une caserne, d'un hôpital, d'une maison même placée dans des conditions

(1) Fin. — Voir le numéro du 19 novembre.

fâcheuses d'aération, de situation et de disposition intérieure. Cependant cette agglomération et les miasmes qu'elle engendre fatalement produiraient plutôt, à notre sens, le typhus, complication ou coïncidence souvent constatée de la maladie scorbutique.

Je n'ai jamais vu le scorbut se développer dans les salles de l'hôpital de Saint-Pierre (îles Saint-Pierre et Miquelon), où nous recevions, chaque année de nombreux malades provenant des navires pêcheurs, et l'on a remarqué bien des fois que des navires restaient parfaitement indemnes de cette maladie, alors que des communications incessantes existaient entre leurs équipages et ceux d'autres vaisseaux où le scorbut sévissait à l'état de véritable épidémie, c'est-à-dire, pour parler avec plus de précision, régnait sur un très-grand nombre de sujets.

Cela nous est arrivé pour le *Caméléon*, et j'en lisais, ces jours derniers, un exemple remarquable, maintenant sans doute oublié, et rapporté par le docteur Legendre dans sa thèse de doctorat. (*Thèses de Paris.*) C'est celui de la frégate *l'Astrée* et de la corvette *la Pomone*, quittant ensemble les Antilles pour le Brésil, dans des conditions en apparence identiques, pourvues des mêmes vivres, naviguant sans cesse de conserve, ayant, en mer, pendant les longues accalmies de la ligne, des communications incessantes, journalières et en nombre d'hommes; tandis que le scorbut, excessivement grave et tenace à bord du premier navire, épargnait absolument le second.

En eût-il été ainsi pour la fièvre jaune, le choléra, le typhus?

Les officiers n'échappent-ils pas presque constamment, au scorbut qui décime les matelots avec lesquels ils sont en contact presque immédiat? Et ce fléau des anciens voyages de mer n'a-t-il pas guéri, du reste, à bord, en mer, par le seul fait de l'arrivée abondante de vivres frais? Lind l'a rapporté de 70 hommes du vaisseau *le Guernesey* dans le port de Lisbonne et du vaisseau *la Princesse Caroline*, grâce aux oranges et aux citrons pris à Vado. Le commodore Byron a signalé la même influence heureuse des noix de coco; Lapérouse, celle des vivres rassemblés aux îles des Navigateurs.

En serait-il ainsi dans une épidémie réelle des maladies avec lesquelles on voudrait ranger le scorbut?

Nous ne le croyons pas, et nous ne pouvons que répéter que nous avons la conviction profonde que l'expérience que nous avions tentée, et dont nous avons vérifié l'excellence dans toutes nos campagnes, trouvera sa confirmation toutes les fois qu'elle sera promptement instituée et poursuivie sans hésitation. Il ne faut pas attendre l'invasion du scorbut pour combattre ce redoutable fléau, cette peste de la mer, comme l'ont appelée certains auteurs. Il est alors toujours trop tard, et l'on s'exposerait ainsi à des pertes sensibles ou à une annihilation complète d'une force navale ou d'un rassemblement quelconque d'hommes. Les chiffres rappelés par M. l'inspecteur général Fauvel pour la guerre d'Orient le prouvent, après bien d'autres relations.

Nous avons besoin plus que jamais d'y songer pendant les années, hélas! trop longues, que nous devons consacrer activement à contracter, en toutes choses, de meilleures habitudes de prévoyance, et c'est faire presque une pétition de principes que d'énoncer que la navigation crée, par elle-même, c'est-à-dire par le seul fait des conditions d'habitation, d'alimentation et de vie des équipages, une situation exceptionnelle pleine de dangers et de causes morbigènes dont la surveillance exige l'exercice intellectuel le plus continu et le plus éclairé de l'esprit du médecin et de l'hygiéniste.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 novembre 1874 (1). — Présidence de M. Perrin.

RAPPORT

M. Dubreuil lit un rapport sur un mémoire de M. Dubreuil-Chambardel (de Marseille), relatif au traitement des déviation de la taille :

Messieurs, le 25 février 1874, M. Dubreuil-Chambardel (de Marseille) présentait à la Société de chirurgie un mémoire sur le traitement des déviations du rachis, et j'étais chargé du rapport relatif à cette présentation, rapport que je viens vous lire aujourd'hui.

M. Dubreuil-Chambardel commence par déclarer que, quoi que l'on fasse, on n'arrivera jamais, par les moyens compressifs ou extensifs, ni par les gymnastiques suédoise ou allemande, à ramener à l'état naturel les différents tissus lésés dans les déviations du rachis, et que, pour obtenir ce résultat, il ne peut exister que le poids du corps employé dans des conditions rigoureusement déterminées. C'est la manière d'employer le poids du corps qui, dit-il, constitue presque entièrement sa méthode.

Voici la façon dont il établit le bilan des résultats qu'il obtient :

Scoliose au premier degré, guérison complète dans l'espace de quatre à huit mois, et, par guérison, l'auteur spécifie qu'il n'entend pas seulement le redressement approximatif de la colonne, mais son redressement parfait.

Dans les scolioses du deuxième degré, une guérison parfaite et définitive peut être obtenue dans l'espace de huit mois à un an.

Enfin, dans les scolioses les plus graves, il est toujours possible d'obtenir une amélioration très-importante.

La cyphose et la tordose donnent des résultats tout aussi avantageux.

M. Dubreuil-Chambardel expose ensuite les moyens qui lui procurent ces résultats, moyens qui ne sont autres que des attitudes. Ces attitudes sont au nombre de cinq; mais sur les cinq il y en a une surtout à laquelle il sacrifie toutes les autres, et sur laquelle j'insisterai davantage.

Les trois premières attitudes sont actives, la quatrième est passive.

Toutes les quatre rentrent manifestement dans la gymnastique suédo-allemande et doivent avoir le degré d'utilité dont jouit cette méthode.

Quant au cinquième exercice, le plus important, celui qui les remplace tous et s'applique à la fois à la scoliose, à la cythose et à la tordose, il consiste à placer et à maintenir le malade couché en travers et latéralement sur les genoux du gymnaste, assis lui-même sur une chaise, de telle sorte que toute la portion du corps du malade située au-dessus du fémur soit abandonnée à elle-même et arrive à une position à peu près verticale, la tête étant la partie la plus déclive.

Le malade garde cette attitude pendant trois minutes, puis il est relevé, placé dans une position identique du côté opposé pour y rester encore trois minutes.

Cet exercice appartient à la catégorie des extensions par le poids du corps, qui firent leur première apparition au dix-septième siècle, où elles furent mises en usage par Glisson et par Nuck.

Glisson se servait d'un appareil dans lequel le poids du corps était supporté par le dessous des bras, la tête et les mains, tandis que, dans celui de Nuck, c'est un collier qui fournissait le point d'appui.

La marche à l'aide des béquilles, la suspension aux anneaux, au trapèze, rentrent dans le même ordre de moyens.

Ce que la méthode du présentateur a d'original, c'est qu'elle fait l'extension par le poids des parties du corps situées au-dessus de la difformité, tandis que ses prédécesseurs se servaient du poids des parties situées au-dessous de la déviation. Cette méthode ne nécessite

(1) Suite. — Voir les numéros des 17 et 19 novembre.

ni déploiement de forces musculaires, ni appareil spécial, et elle est facilement supportée par les enfants atteints de déviations idiopathiques du rachis.

Les connaissances générales que l'on possède sur l'utilité de l'extension dans le redressement des déviations rachidiennes permettaient de dire *à priori* que le moyen en question doit avoir une certaine efficacité.

Restait à savoir si en attribuant à son procédé une utilité aussi générale qu'il le fait, notre confrère ne cédait pas à une tendance presque fatalement imposée aux inventeurs, celle de s'exagérer la valeur de leurs inventions.

Pour sortir de cet embarras, nous n'avons qu'un moyen, l'expérience.

M. Dubreuil-Chambardel offrit lui-même à la commission d'appliquer son système sur les malades qu'on voudrait bien lui fournir, et M. de Saint-Germain s'empressa de lui ouvrir les portes de l'hôpital des Enfants. Deux cas de scoliose furent soumis au traitement en question. C'était, je me hâte de le reconnaître, des cas extrêmes devant lesquels tout le monde aurait reculé. Le présentateur crut pouvoir, par l'application de sa méthode, obtenir une notable amélioration qui, il faut bien le dire, ne s'est nullement réalisée.

Je ferai observer en passant que M. de Saint-Germain, au lieu de placer les enfants sur ses genoux, les place sur le bord d'un lit, ce qui est bien préférable à tous égards.

En même temps que ces enfants scoliotiques, on avait présenté à M. Dubreuil-Chambardel un petit garçon porteur d'une gibbosité médiane, qu'il considérait comme une cyphose. Quelques observations lui furent faites sur ce diagnostic, qui paraissait au moins douteux, car les caractères de la gibbosité tenaient plutôt de ceux du mal de Pott que de ceux de la cyphose. M. Dubreuil-Chambardel crut devoir passer outre; la suspension fut, dès le début, très-pénible pour ce jeune malade, et, au bout de quelque temps, survenait une paraplégie, qui a, du reste, guéri par le seul fait de la cessation du traitement.

Les cas que je viens de signaler renferment un enseignement, à savoir que la méthode en question est inefficace dans les scolioses du troisième degré, et, ce qui n'avait nullement besoin d'être vérifié par l'expérience, qu'il est nécessaire de faire un diagnostic précis avant d'appliquer cette extension, laquelle doit présenter le plus grand danger dans le mal de Pott.

Je dois dire que, depuis, le traitement de M. Dubreuil-Chambardel a été, à l'hôpital des Enfants, appliqué à des scolioses moins avancées et a paru contribuer à une amélioration devenue évidente ; mais l'application d'un corset ayant été faite concurremment avec l'usage de la suspension, il est assez difficile de faire la part qui revient à ce dernier moyen.

En somme, la méthode qui est l'objet de ce rapport paraît jouir d'une certaine utilité, elle est en outre d'une application facile.

Mais l'on ne peut accepter les prétentions de l'auteur, qui la considère comme la seule efficace et comme toujours efficace.

Il est des cas au-dessus des ressources de l'art, que ni cette méthode, ni aucune autre ne peuvent modifier, et, d'autre part, faire fi de l'utilité des autres agents thérapeutiques, c'est nier l'évidence.

DISCUSSION

M. LARREY. Un médecin allemand, M. Meding, a, ce me semble, employé des moyens gymnastiques qui ressemblent beaucoup à ceux de M. Dubreuil (de Marseille), et sans aller plus loin, un de nos collègues, M. Douver, a insisté sur les attitudes et les exercices à pratiquer pour remédier aux déviations.

M. DUBREUIL. Je ferai remarquer que, dans le travail de M. Dubreuil-Chambardel, on ne trouve point trace de discussion ni d'historique, il se borne à une série d'observations.

M. DE SAINT-GERMAIN. J'ai, comme l'a dit M. Dubreuil, dont j'adopte d'ailleurs les conclusions, expérimenté sur un grand nombre d'enfants de mon service, la méthode de M. Dubreuil (de Marseille). Cette expérimentation a duré plus de six mois, puisqu'elle a commencé en février 1874 et qu'elle continue encore sur quelques-unes de mes malades, soit de l'hôpital, soit de la ville. Je puis donc me considérer comme édifié sur sa valeur. L'application quotidienne du procédé n'a pas été, je dois le dire, faite rigoureusement d'après les indications de l'auteur. Je veux dire que je n'ai point pris, comme il le fait, les petits malades sur mes genoux. Cette pratique a l'inconvénient d'être longue et absolument fatigante pour le chirurgien. Elle a, de plus, l'immense inconvénient, quoi qu'en dise M. Chambardel, de permettre au sujet, voire même de le forcer (quand il a une certaine taille) de prendre un point d'appui en touchant terre, et par suite, de détruire tout le bénéfice que l'on peut tirer de la suspension libre de l'avant-train. J'ai donc substitué à ce procédé le procédé suivant : j'ai fait placer sur un lit ordinaire un plan résistant composé de planches juxtaposées, et j'ai recouvert ce plan d'un très-petit matelas. Plaçant alors les malades en travers, de façon que leur bassin portât directement à faux sur le bord de ce lit et que leur avant-train fût perpendiculairement suspendu, je leur attachais solidement les deux pieds au niveau des malléoles à l'aide d'un lien que je nouais sur le bord opposé. Je les laissais ainsi suspendus trois minutes et demi, puis je les retournais de façon à ployer le tronc en sens inverse sans avoir besoin de dénouer ma ligature, et je les laissais encore trois minutes et demie de ce côté.

Cette modification avait pour moi l'immense avantage d'opérer en même temps sur une dizaine d'enfants et de rendre ce procédé praticable pour les parents qui, ne pouvant amener leurs enfants tous les jours à l'hôpital, leur faisaient faire cette gymnastique chez eux et ne nous les montraient que tous les huit jours.

Quant aux résultats obtenus, voici ce que j'ai pu constater :

Je ne parlerai pas des prétendues cyphoses choisies par M. Dubreuil et qui étaient véritablement le mal de Pott, M. le rapporteur a suffisamment insisté sur la déplorable application de cette méthode pour de pareils cas.

Je n'insisterai pas non plus sur ces scolioses exagérées que M. Dubreuil avait choisies comme sujets. Elles sont restées ce qu'elles étaient, malgré les encouragements que nous prodiguait M. Chambardel lorsque, s'illusionnant sur l'efficacité de son procédé, il constatait déjà de l'amélioration un mois après l'application de son système. Je ne veux parler que des scolioses légères, scolioses très-appréciables à l'œil et à la mensuration, mais qui sont malheureusement peu accusées pour que le moulage en donne une idée vraie.

J'ai expérimenté sur ces difformités le procédé de M. Chambardel, et sur dix-sept enfants tant en ville qu'à l'hôpital, j'ai obtenu de très-bons résultats. Je me hâte d'ajouter que la croissance nous a aidés; que l'application d'un corset de Taylor ou de Ducresson a presque constamment été faite, et qu'il est par conséquent fort difficile de faire la part qui revient à chacun de ces agents thérapeutiques.

Qu'il me suffise de constater, sans vouloir rechercher la question de priorité, que le procédé de M. Dubreuil-Chambardel (de Marseille) est d'une application facile, qu'il est admirablement supporté par les enfants, qu'il peut être appliqué par des personnes absolument étrangères à l'orthopédie, et qu'il peut, par suite, être considéré comme utile, à la condition cependant qu'un diagnostic sérieux aura mis en garde contre son application au mal de Pott.

La société décide le renvoi aux Archives du mémoire de M. Dubreuil (de Marseille) et l'insertion au *Bulletin* du rapport.

RAPPORT

M. DUPLAY lit un rapport sur quatre observations adressées à la Société de chirurgie par M. le docteur Pamard (d'Avignon). De ces quatre observations, trois se rapportent à des blessures par armes à feu. La quatrième concerne un fait de concrétions calcaires développées dans l'intérieur des bourses séreuses prérotuliennes.

Messieurs, je suis chargé, au nom d'une commission composée de MM. Magitot, Després et Duplay, de vous rendre compte de quatre observations qui vous ont été adressées au commencement de cette année par le docteur A. Pamard, chirurgien de l'hôpital d'Avignon, Parmi ces observations, trois se rapportent à des *blessures par armes*

à feu, la quatrième concerne un fait de *concrétions calcaires développées dans l'intérieur des bourses séreuses prérotuliennes*.

Les trois cas de blessures par armes à feu dont M. Pamard vous communique la narration, ne présentent pas toutes un égal intérêt. Dans l'un de ces cas, il s'agit d'un grain de plomb qui, après avoir pénétré dans l'œil, s'est arrêté dans le corps vitré, déterminant des troubles visuels assez singuliers. Au moment de l'accident, le blessé perdit complétement la vision, puis celle-ci se rétablit partiellement au bout de cinq à six jours; mais il persista de l'hémiopie, en sorte que le malade, fixant un objet, n'en voyait que la partie supérieure.

Le docteur Pamard, commis par le tribunal civil d'Avignon à l'effet de constater l'état du blessé, un an après l'accident, vérifia d'abord la réalité des troubles fonctionnels, puis procéda à l'examen ophthalmoscopique, qui lui révéla les altérations suivantes : large plaque d'atrophie choroïdienne dans le point correspondant au scotome accusé par le malade, ramollissement du corps vitré, exsudat blanchâtre dans la partie la plus déclive de ce corps.

Suivant M. Pamard, la plaque d'atrophie choroïdienne répond au point d'entrée du grain de plomb, et la présence de celui-ci dans l'épaisseur du corps vitré est indiquée par l'exsudat qui occupe ses parties déclives.

Les exemples de corps étrangers ayant séjourné dans l'épaisseur de l'humeur vitrée ne sont pas rares, mais les troubles déterminés par leur présence sont extrêmement variables. Le rapport médicolégal de M. Pamard formule les accidents ultérieurs qui peuvent survenir, et je ne crois par devoir insister devant vous sur ce point.

Dans une seconde observation, M. Pamard rapporte l'histoire d'un blessé de Saint-Privat, chez lequel il pratiqua l'extraction d'une balle au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Le projectile avait pénétré dans la région susépineuse droite et était venu se loger en avant de l'omoplate gauche, au voisinage de son angle inférieur. L'extraction de la balle a été faite très-aisément plus de deux ans après la réception de la blessure.

Enfin la troisième observation de blessure par arme à feu, rapportée par M. Pamard, est assurément la plus digne d'intérêt.

Il s'agit d'un soldat qui, à la bataille de Saint-Privat, reçut une balle dans la région du maxillaire supérieur droit. La plaie resta longtemps fistuleuse, fournit plusieurs esquilles, mais finit par se cicatriser complétement. Depuis lors, le malade éprouvait de violentes douleurs dans tout le côté droit de la face, avec impossibilité de mâcher ses aliments du côté droit.

Il existait sur la joue droite une cicatrice enfoncée, adhérente; mais on ne pouvait constater ni saillie anormale, ni gonflement d'aucune sorte, soit qu'on explorât à l'extérieur ou à l'intérieur des cavités nasales et bucales. Seulement, la pression sur la face antérieure du maxillaire droit et sur la partie de la voûte palatine correspondante à cet os était très-douloureuse.

M. Pamard, tenant compte de ces symptômes et du renseignement très-précis fourni par le malade, qui affirmait que la balle n'avait pas été extraite, pratiqua une incision sur la cicatrice, constata la présence, au-dessous de celle-ci, d'une perte de substance de la paroi antérieure du sinus maxillaire, reconnut avec l'extrémité du petit doigt un corps dur, dont il ne put pratiquer l'extraction en raison de l'étroitesse de l'ouverture. Le lendemain, après avoir chloroformé le malade, il agrandit sa première incision, qui était verticale, puis par une seconde incision horizontale, circonscrivit deux lambeaux triangulaires, qu'il détache avec le périoste, agrandit avec la gouge et le maillet l'ouverture de la paroi antérieure du sinus, et put enfin extraire une balle Dreyse, à peine déformée. Le blessé se rétablit rapidement; les douleurs de tête disparurent aussitôt après l'opération.

Les exemples de projectiles ayant pénétré de dehors en dedans et ayant séjourné un temps plus ou moins long dans l'antre d'Higmore ne seraient pas très-rares, si l'on en croit la plupart des auteurs qui ont écrit sur les plaies par armes à feu. Cependant, malgré mes recherches, je n'ai pu trouver qu'un très-petit nombre de ces cas, et j'ai vainement cherché un fait analogue à celui qui vous a été communiqué par M. Pamard.

Dans les rares observations que j'ai pu lire, il est question de plaies du sinus avec persistance d'une fistule qui a mis sur la voie du diagnostic et qui a permis d'arriver directement sur le corps étranger. Le fait de M. Pamard est remarquable par la cicatrisation complète de l'ouverture d'entrée, et par l'absence de toute lésion apparente du maxillaire supérieur. Le diagnostic de la présence du corps étranger a donc dû se fonder exclusivement sur les symptômes rationnels et sur les commémoratifs. La persistance et l'intensité des douleurs, l'assurance formelle donnée par le malade que le projectile n'avait pas été extrait, autorisaient au moins une opération exploratrice, et celle-ci révéla la présence du corps étranger. Dès lors l'indication de l'extraction était nettement posée, mais nous nous permettrons de critiquer le procédé opératoire mis en usage par M. Pamard. N'aurait-on pas pu éviter ces larges incisions de la face qui ont dû être suivies de cicatrices apparentes, en relevant la lèvre supérieure, et en attaquant le sinus de ce côté? A part cette remarque, on ne peut que féliciter M. Pamard de l'exactitude de son diagnostic et du résultat heureux qu'il a obtenu.

La dernière observation dont j'ai à vous rendre compte se rapporte à un fait intéressant de *concrétions calcaires développées dans les deux bourses séreuses prérotuliennes* chez une blanchisseuse de cinquante-neuf ans. Le début de la maladie remontait à onze ans, et depuis cinq ans, la malade ne pouvait plus s'agenouiller pour exercer sa profession.

A son entrée à l'hôpital, on trouve en avant du genou gauche une tumeur ayant 7 centimètres de hauteur et 3 centimètres et demi de largeur, mobile sur la rotule; la peau est adhérente, rouge et ulcérée au centre. Cette ulcération d'un demi-centimètre de largeur, existe depuis six mois et laisse suinter un liquide séro-purulent; au fond de l'ulcération on trouve un corps dur, résistant, qui semble constituer la tumeur.

En avant du genou droit, on constate la présence d'une tumeur un peu plus large et offrant comme telle, du côté gauche, une dureté toute spéciale. La surface des deux tumeurs est inégale, mamelonnée, bombée.

M. Pamard porta le diagnostic suivant : *Tumeurs de nature calcaire développées dans la cavité des bourses séreuses prérotuliennes.*

L'extirpation pratiquée à l'aide d'une incision crurale, et qui n'offrit aucune difficulté, confirma pleinement ce diagnostic, en montrant que ces tumeurs étaient en grande partie constituées par du phosphate de chaux (60 p. 100). L'opération fut d'ailleurs couronnée d'un plein succès, et la malade guérit rapidement.

Comme M. Pamard, je suis tenté de rapporter à l'inflammation chronique, résultant de la profession exercée par la malade, le développement de ces masses calcaires dans les bourses séreuses prérotuliennes. La transformation fibreuse ou fibro-cartilagineuse des parois des bourses séreuses chroniquement enflammatoire et soumises à des pressions répétées se rencontre assez fréquemment. On observe même, dans quelques cas, des transformations ostéo-calcaires; mais je n'ai pu recueillir un seul fait où le développement de masses aussi considérables dans les bourses séreuses sous-cutanées ait été noté. Peut-être faudrait-il admettre l'influence de quelque cause diathésique, et en particulier de la goutte? Mais l'observation de M. Pamard est muette à ce sujet.

En terminant ce rapport, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° De remercier M. Pamard de ses intéressantes communications;

2° De publier deux de ses observations : la première relative au projectile extrait du sinus maxillaire; la seconde relative aux concrétions calcaires des bourses séreuses prérotuliennes.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le conseil supérieur de l'instruction publique s'est réuni le 16 novembre pour l'ouverture de sa session, sous la présidence de M. de Cumont. Nous extrayons du discours du ministre les renseignements qui suivent sur la situation de quelques-unes de nos facultés des sciences et écoles de médecine.

La ville de Grenoble, avec le concours de l'administration, se dis-

pose à transférer ses facultés dans un édifice dont les frais de construction sont évalués à 700,000 francs.

La ville de Rennes, assurée également du concours du ministère par un premier versement de 12,000 francs, doit, à bref délai, compléter les installations de sa faculté des sciences.

A Poitiers, à Dijon, à Caen et à Lille, des devis sont préparés pour commencer, en 1875, des travaux d'appropriation qui donneront à la médecine, au droit, aux sciences et aux lettres, les facilités d'études qu'elles réclamaient.

Nancy, qui achève sa faculté de médecine et son école supérieure de pharmacie, vient de recevoir du ministère une nouvelle allocation de 30,000 francs.

Les résultats de l'enquête générale sur la situation des facultés peuvent d'ailleurs permettre d'apprécier exactement tous les besoins. Pour la première fois, l'administration centrale se trouve, dès aujourd'hui, en possession des plans détaillés de tous les bâtiments affectés à l'enseignement supérieur. Ces plans, joints aux rapports des recteurs et des doyens, aux avis des préfets et des maires qui nous sont parvenus dans ces derniers mois, forment un ensemble de renseignements que les tournées de l'inspection générale et des architectes viendront compléter.

En attendant la réalisation des projets qui viennent d'être énumérés, le ministre a disposé des économies réalisées qu'il a pu obtenir de l'Assemblée nationale pour mettre à la disposition des facultés des crédits extraordinaires, qui ont été consacrés presque en totalité par ces établissements à des achats d'instruments et de livres.

— La Société de chirurgie tiendra sa prochaine séance le 25 novembre 1874.

Ordre du jour : M. Terrier. Observation d'ovariotomie. — M. Paulet. Rapport sur un travail de M. Roux de Brignols. — M. Tillaux. Diagnostic et traitement des fibroïdes de l'utérus.

Hôtel-Dieu. — M. le docteur Guérin reprendra son cours sur les maladies des organes génitaux de la femme, le lundi 23 novembre, et le continuera les lundis suivants.

Le cours public aura lieu à dix heures, dans l'amphithéâtre n° 2.

— *Hôpital Saint-Antoine* — M. le docteur Peter, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera ses leçons de *Clinique médicale* le samedi 21 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera le samedi de chaque semaine, à la même heure.

Visite des malades à huit heures et demie.

— On demande un docteur en médecine pour un service particulier dans une de nos colonies françaises. — Bonnes conditions. — S'adresser à M. Louis Arnoux, 32, rue de Paradis-Poissonnière.

— Un jeune docteur, ex-interne provisoire, demande à acquérir tout ou partie d'une clientèle à Paris. — S'adresser ou écrire aux initiales X. G., aux bureaux du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, lauréat de l'Institut, médecin de Bicêtre et du dépôt de la Préfecture. — Un fort vol. gr. in-8° de 1278 pages. — L'ouvrage est aujourd'hui complet. — 1874. — Paris, Adrien Delahaye, éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Mémoire sur l'extraction linéaire externe simple et combinée de la cataracte, présenté à l'Académie des sciences le 12 octobre 1874, par le docteur RAPHAEL CASTORANI, professeur d'ophtalmologie à l'université de Naples. — Paris, 1874, gr. in-8° de 106 pages avec 15 figures. Prix : 3 fr. 50.

Du traitement des maladies des femmes par les eaux minérales, par le docteur DESNOS, médecin de la Pitié et membre honoraire de la Société d'hydrologie médicale de Paris. — Prix : 2 francs. — Paris, 1874, H. Lauwereyns.

Quelques mots sur certaines modifications des urines, pathologie sémiotique et thérapeutique, par le docteur BOULONNÉ. — In-8°. — Prix : 50 centimes. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 136. — MARDI 24 NOVEMBRE 1874. 47e ANNÉE. MARDI 24 NOVEMBRE 1874. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Sédillot lit une note intitulée : *Des plaies du trépan et de leur pansement.*

Le pansement préconisé par l'honorable académicien est des plus simples : « Lavages de la plaie avec une solution aqueuse d'hyposulfite de soude et d'alcool phéniqué au dixième, et emplâtre composé de trente parties de glycérine et d'une d'acide phénique, avec craie pulvérisée formant une pâte semi-liquide étendue sur une feuille d'étain et recouverte d'une mousseline. » C'est à ce pansement que M. Sédillot croit devoir attribuer les succès des trépanations qu'il a citées dans une précédente communication, et il ajoute que si l'on veut panser, à l'hôtel-Dieu de Paris, quelques trépanés avec des solutions phéniquées ou antiseptiques, on obtiendra des succès qu'on n'a pu obtenir depuis deux siècles. Certes, voilà un conseil qui sera le bienvenu. On hésite toujours quand un empirique propose son petit onguent à l'essai; mais ici l'hésitation n'est pas possible. Cependant je connais un chirurgien, même de l'Hôtel-Dieu, qui, depuis vingt ans, ne panse pas ses opérés de toute sorte autrement que ne le conseille M. Sédillot. L'eau phéniquée est en permanence dans les salles, et toute solution de continuité est recouverte d'un plumasseau imbibé de cette eau. J'ignore s'il a guéri des trépanés, mais c'est probable.

Tel est le fond de la question traitée par M. Sédillot. Mais l'illustre académicien ne prend pas la parole pour si peu; il saisit volontiers l'occasion de faire son petit cours de pathologie chirurgicale sur les ferments et sur les milieux; il adresse un mot gracieux à l'un, un encouragement à l'autre, et il termine en disant ; « Les expériences de M. Pasteur ont ouvert à la médecine et à la chirurgie un champ de recherches à *reprendre et à poursuivre*, et les résultats déjà obtenus permettent d'en espérer encore de plus importants. »

Nous l'espérons tous ainsi, et c'est pourquoi nous regrettons que l'éminent académicien n'ait pas cru devoir se rappeler que M. Alphonse Guérin a fait dernièrement à l'Académie des sciences deux communications importantes sur *le pansement ouaté des plaies*. Quel est donc ce mystère ?

— M. Dumas présente, au nom de M. Boudet, une note intitulée : *Insalubrité de la Seine en août, septembre et octobre 1874.* Il résulte des analyses nombreuses de l'auteur que, en amont de Corbeil, l'eau de la Seine renferme en dissolution $9^{cc}32$ d'oxygène par litre d'eau, tandis que, en aval de Paris, au pont d'Argenteuil, elle ne contient que $1^{cc}45$ d'oxygène. Ces différences dans les proportions d'un élément aussi important que l'oxygène indiquent jusqu'à quel point les eaux de la Seine sont altérées en aval de Paris et justifient les préoccupations des riverains et de l'administration sur cet état de choses. On pense généralement, et M. Boudet proclame cet avis, que le colmatage et le drainage sont les seuls moyens pratiques de vaincre le mal.

— M. Sédillot présente, au nom de M. Sarazin, une note intitulée : *Nouvelle Méthode d'occlusion antiseptique des plaies.* « Un morceau de viande, dit l'auteur, enduit de goudron végétal, enveloppé d'une couche de ouate épaisse d'un travers de doigt et d'une bande modérément serrée, enduite elle-même de goudron, s'est conservé en se desséchant pendant trois mois d'été. La même expérience, faite dans des conditions identiques, mais sans goudron, a abouti à une putréfaction assez rapide : au bout de dix jours la chair musculaire était diffluente et putride. Armé de ces données, j'ai pratiqué l'occlusion antiseptique des plaies de la façon suivante : la plaie est lavée au moyen d'un irrigateur, avec de l'eau coupée d'un tiers de liqueur de goudron, puis elle est couverte d'une couche de goudron qui s'étend jusqu'aux articulations voisines, et jusqu'à 10 ou 15 centimètres des lèvres de la plaie, si c'est au tronc. Une coque d'ouate suffisamment serrée, épaisse de deux travers de doigt, recouvre et dépasse toutes les parties enduites de goudron. Quelques légers plumasseaux d'ouate sont disposés entre les lèvres de la plaie. Cette couche de ouate de coton est laissée et maintenue par un bandage roulé, modérément serré. On badigeonne alors tout le pansement avec du goudron chaud, et on le recouvre d'une feuille de ouate et d'une bande roulée, maintenue par quelques courroies. Cette dernière partie du pansement ne joue qu'un rôle de protection. »

L'auteur a appliqué son pansement dans dix opérations de premier ordre avec le plus grand succès. M. Sarazin n'est pas plus partisan du pansement ouaté que M. Sédillot, si toutefois on peut prendre le silence de ce dernier à l'endroit de M. Alphonse Guérin, pour une critique. — Mais il défend très-mal sa cause : « Le coton est-il indispensable, dit-il, dans les pansements faits suivant notre méthode d'occlusion antiseptique ? Nullement, je les ai pratiqués avec de la filasse de lin et de chanvre, avec de l'étoupe goudronnée. J'ai employé

tantôt la ouate de coton cardé de première qualité, et tantôt la ouate la plus grossière : les résultats sont à peu près les mêmes, et je n'hésiterais pas à utiliser la bourre de soie ou de laine, et même le duvet. » M. Sarazin n'est pas du tout dans la question. Personne n'a jamais prétendu que la ouate fût un spécifique doué de propriétés particulières à l'endroit des plaies. Le coton a été employé par M. Guérin, en qualité de matière propre à empêcher la pénétration des germes atmosphériques jusqu'à la plaie. Il est donc fort probable qu'on obtiendra les mêmes résultats avec du chanvre, de l'étoupe, voire même du duvet.

L'auteur termine sa note en donnant le coup de chapeau obligé à M. Pasteur : « Nous croyons, dit-il, avoir heureusement appliqué au pansement des plaies les belles découvertes de M. Pasteur, et nous espérons que l'avenir démontrera les avantages de notre nouveau mode de traitement. »

S'il nous était permis de nous mettre un instant à la place de M. Pasteur, voici ce que nous répondrions : Je suis, monsieur, très-flatté des choses que vous me dites. On est homme avant tout. Mais je suis aussi membre de l'Institut, et, à ce titre, je dois vous faire remarquer que vous ne me donnez qu'une recette de pansement, plus ou moins nouvelle, et qui ne prouve absolument rien, ni pour ni contre mes modestes travaux. Si vous eussiez fait des expériences pour déterminer l'action spéciale de l'antiseptique et celle des enveloppes plus ou moins hermétiques, je vous écouterais volontiers. Mais les succès que vous vantez, d'autres les ont obtenus, soit avec du coaltar, soit avec de l'acide phénique, soit, etc., etc.

En un mot, expérimentez dans le sens qu'a inauguré M. A. Guérin et nous verrons ensuite. Surtout, à propos de physiologie pathologique, ne vous contentez pas d'une expérience qui prouve tout simplement que votre pansement est excellent pour la conservation des viandes.

— M. Robin présente, au nom de M. J. Duval, une note intitulée : *Sur la mutabilté des germes microscopiques et sur le rôle passif des êtres classés sous le nom de ferments.*

M. J. Duval est le même qui, l'an dernier, à pareille époque, avait prétendu *fusionner* les deux doctrines de l'hétérogénie et de la panspermie, en disant que les « sporules de mucédinées, les spores de cryptogames, les débris microscopiques d'algues répandus dans l'atmosphère peuvent se transformer en ferments, dès qu'ils trouvent le terrain qui doit leur servir d'aliment et de support ». Notre appréciation (11 novembre 1873) fut que la fusion de M. Duval n'était autre chose qu'un croc-en-jambe déguisé à l'adresse des panspermistes et l'apologie des générations spontanées par des explications nouvelles : la transformation *possible* (?) des microphytes en ferment.

M. Duval n'a pas changé d'idée, car la communication d'aujourd'hui n'est autre que celle de l'an dernier sous une nouvelle forme. Notre jugement n'a pas changé non plus. Nous nous bornerons à relever les assertions singulières de M. Duval à l'endroit de la médecine : « L'étude de la mutabilité (mutabilité est ici synonyme de possibilité pour les cellules vivantes de changer de fonction), appliquée à la genèse des ferments animaux, jettera une vive lumière sur la pathogénie des maladies zymotiques, et je ne serais pas éloigné de croire qu'elle n'arrive bientôt à renverser l'idée de miasme, en tant que miasme spécifique. Aux théories fatalistes, aux génies épidémiques plus ou moins imaginaires qui ont encore libre cours dans la médecine actuelle, la mutabilité viendra substituer la méthode expérimentale basée sur la théorie positive : aussi me permettrai-je, dès aujourd'hui, d'invoquer en sa faveur l'attention des hygiénistes. »

Nous répondrons à M. J. Duval que sa *mutabilité des cellules vivantes* est depuis longtemps une des hypothèses de la théorie cellulaire. Nous lui dirons aussi qu'il faut qu'il soit bien peu au courant des progrès de la médecine moderne pour s'imaginer que les *théories fatalistes* et les *génies imaginaires* font partie de notre science ; nous lui dirons enfin que rien n'est plus compromettant pour la *méthode expérimentale* et la *science positive* que de mettre sur leur compte des hypothèses qui n'ont d'autre creuset possible que celui de l'imagination.

Dr Édouard Fournié.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Bouchut

Des maladies du cœur chez les enfants (1)

DE L'ENDOCARDITE DANS LES MALADIES AIGUES FÉBRILES DE L'ENFANCE.

II

Il y a, comme on sait, deux espèces d'endocardite, l'une *végétante*, très-commune, et l'autre *ulcéreuse*, assez rare. A cette dernière se rattachent des phénomènes graves typhoïdes, simulant la fièvre de ce nom et dus à des embolies fibrineuses artérielles du poumon ou du reste du corps, créant des infarctus et des abcès multiples. J'en ai observé un cas dans mon service, qui a été publié par Duguet et Hayem dans la *Gazette médicale* de 1864, et tout le monde en a observé de semblables.

L'endocardite végétante est caractérisée par le boursouflement et la rougeur de l'une ou de plusieurs des valvules cardiaques. Je l'ai trouvée 187 fois sur 200 autopsies d'enfants morts de maladies aiguës et traumatiques.

Elle occupe surtout la valvule mitrale 174 fois sur les 200 autopsies, et ordinairement étendue à tout le rebord valvulaire, il arrive quelquefois qu'elle n'affecte qu'une des lames de la valvule, celle qui sépare l'orifice aortique de l'orifice auriculo-ventriculaire et qui forme une sorte de cloison entre les deux orifices. On dirait que le frottement de la colonne sanguine passant dans l'aorte est la cause de cette irritation phlegmasique et nutritive. S'il en était ainsi, il y aurait là un argument pour affirmer que le frottement accéléré du sang sur les orifices valvulaires dans la fièvre est la cause de la lésion; mais je n'émets là qu'une hypothèse, et je n'affirme rien.

Les valvules le plus fréquemment affectées après la mitrale sont la tricuspide, c'est-à-dire celle dont les lames garnissent l'oriculo-ventriculaire droit. Je l'ai trouvée 75 fois sur 200 autopsies.

Viennent ensuite les sigmoïdes de l'aorte, 46 fois sur 200, et les sigmoïdes pulmonaires, 12 fois. Seulement la lésion est ici différente de ce qu'elle est dans les valvules ventriculaires. Je la décrirai plus loin. Mais auparavant, il faut jeter un coup d'œil sur le tableau ci-contre, que j'ai dressé pour faire voir en un instant le siége varié de l'endocardite, les maladies où elle s'observe avec le plus de fréquence et les conséquences qu'elle entraîne sous le rapport de la thrombose cardiaque et des embolies qui en dépendent.

C'est ce tableau qui sert de base aux considérations anatomiques et cliniques que j'expose en ce moment.

Dans l'endocardite végétante des orifices auriculo-ventriculaires droit ou gauche, la lésion est caractérisée par la rougeur, le boursouflement et parfois les rugosités ou aspérités du bord

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 novembre.

valvulaire où se fixent les tendons qui sont eux-mêmes quelquefois épaissis. C'est un feston rougeâtre irrégulier qui borde la toile valvulaire dans une étendue de 2 à 3 millimètres et au-delà jusqu'à l'anneau, le tissu valvulaire conserve sa couleur et sa texture naturelles. La couleur, qui n'est pas du tout celle de l'imbibition, est absolument celle de l'hypérémie active, et il n'y a pas lieu de l'attribuer à une action cadavérique de décomposition du sang. Parfois même, ce gonflement du bord valvulaire n'a aucune couleur, il est caché par un dépôt de fibrine coagulée, il se confond avec la teinte blanche fibreuse du reste de la valvule, et l'on pourrait croire qu'elle n'offre rien d'anormal; mais, après l'avoir débarrassé de la fibrine qui le recouvre et après l'avoir lavé, sous l'influence de l'oxygène atmosphérique il se colore et rougit de façon à bien laisser voir le siége et l'étendue de la lésion.

Dans quelques cas, mais bien rares, 3 fois sur 200, il y a des aspérités assez fortes et dures ou de petites végétations mamelonnées qui grattent sous le doigt, mais jamais elles ne forment de crêtes très-saillantes.

TABLEAU DES ENDOCARDITES VÉGÉTANTES ET DES THROMBOSES CARDIAQUES

PRODUITES PAR LES MALADIES AIGUES FÉBRILES.

NOMS DES MALADIES.	NOMBRE DES CAS.	THROMBOSE CARDIAQUE.	ENDOCARDITE TRICUSPIDE VÉGÉTANTE.	ENDOCARDITE PULMONAIRE.	ENDOCARDITE MITRALE VÉGÉTANTE.	ENDOCARDITE AORTIQUE.	INFARCTUS du poumon.	INFARCTUS sous-cutanés.	INFARCTUS foie.	INFARCTUS reins.	INFARCTUS muscles.	CAS D'ENDOCARDITE VÉGÉTANTE.	OBSERVATIONS
Hémorrhagie méningée par contusion du cerveau. — Hémiplégie.	1	»	«	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»
Écrasement de voiture, 1 mort en 12 heures. — T 37°5 et 1 mort en 2 heures.	2	1	1 faible.	»	1	»	1	20	»	»	»	»	»
Brûlure : mort en 24 heures.	1	1	1	1	1	1	»	»	»	»	1	»	Myocardite.
Cystotomie : mort en 48 heur.	1	»	»	»	1 très-forte.	1	»	»	»	»	»	»	»
Péritonite par opération d'anus artificiel.	3	»	2	»	3	»	»	»	»	»	»	»	Myocardite.
Laryngite aiguë opérée.	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»
Cyanose congéniale, mort par rougeole et tuberculose.	1	1	1 avec grosses végétations.	1 rétrécissement.	»	»	»	»	»	»	»	»	Perforation ventriculaire.
Tétanos.	1	1	»	»	1 ancienne sur un point, récente sur l'autre.	»	»	»	»	»	»	»	»
Maladie de Pott.	5	2	3	»	2 anciennes, 3 récentes.	»	»	»	1	»	»	»	»
Microcéphalie : mort par convulsions.	1	»	»	»	1 faible.	»	»	»	»	»	»	»	»
Hémorrhagie ombilicale.	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Paralysie d'angine couenneuse.	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»
Gangrène de la vulve.	1	»	»	»	1 faible.	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole et pneumonie.	7	2	2	»	7	1	1	1	»	»	»	»	»
Scarlatine et anasarque.	2	»	2	»	2	1	1	»	»	»	»	»	»
Variole. — Rougeole. — Méningite.	1	»	1	1	1	1	1	»	»	»	»	»	»
Albuminurie. — Hydropisie.	4	»	2	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»
Péricardite.	1	»	»	»	1 énorme.	»	»	»	»	»	»	»	»
Maladies organiques du cœur.	3	1	»	»	2	1	1	1	»	»	»	»	»
Carreau.	4	2	1 ancienne.	»	2 anciennes, 1 récente.	»	»	1	»	»	»	»	»
Entérite chronique. — Mort par rougeole.	2	2	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»
Rachitisme et tuberculose.	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1 cas.	Rien.
Tuberculose.	14	4	4 anciennes, 3 récentes.	»	3 anciennes, 10 récentes.	5	»	»	»	»	»	2 cas.	»
Méningite tuberculeuse.	19	7	4 récentes, 1 ancienne.	»	15 récentes, 3 anciennes.	5	1	1	»	»	»	1 cas.	»
Méningite traumatique par résorption purulente.	1	1	»	»	»	»	1	1	»	»	»	1 cas.	»
Pneumonie.	24	9	10	»	24	6	7	2	»	»	»	»	»
Pleurésie simple.	2	»	1	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»
Pleurésie purulente.	6	1	2	»	6	2	»	1	»	»	»	»	»
Diphtérite cutanée.	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»
Angine couenneuse.	19	6	4	»	12 récentes, 2 anciennes.	2	3	5	»	»	»	1 cas.	2 myo ardites.
Croup.	47	24	17	1	42	15	17	16	2	1	1	5 cas.	2 athéromes de l'aorte, 1 infarctus du péricarde.
Fièvre typhoïde.	8	5	4	1	7	2	2	7	»	»	»	1 cas.	»
Choléra.	4	1	»	«	3 récentes, 1 ancienne.	1	2	4	»	»	1	»	»
Chorée.	1	»	1 ancienne et insuffisance.	»	1 ancienne et insuffisance.	3	»	»	»	»	»	»	»

Une fois, j'ai trouvé, sur le côté interne cardiaque de la mitrale, six petites granulations miliaires, blanches, très-petites, semblables à des tubercules miliaires, et l'enfant n'était pas tuberculeuse. Elle était morte du croup.

Parfois aussi, l'endocardite végétante n'occupe qu'un des côtés de la valvule, et l'autre reste sain, ou bien l'on observe sur un point des plaques blanches fibreuses, peu épaisses, d'une ancienne endocardite végétante en voie de résolution, et sur l'autre, l'endocardite végétante provoquée par la dernière maladie.

Telles sont, à l'œil nu, les apparences de l'endocardite végétante mitrale; mais au microscope, on découvre immédiatement les traces d'une *inflammation parenchymateuse* de la valvule. C'est moins un exsudat formé entre les éléments du tissu qu'un *gonflement* et une *prolifération des éléments cellulaires normaux.*

Cette intumescence est formée de fibres conjonctives jeunes plus ou moins bien formées; quelquefois elles sont ondulées, et l'on y trouve un grand nombre de cellules embryonnaires ou de cellules allongées fusiformes, à noyau ovalaire et dirigées dans le sens des fibres.

Parfois, lorsque le lésion est déjà un peu vieille, sur le bord libre de la valvule et du côté de la cavité auriculaire, il y a des

nodosités dures, rouges, de volume variable et constituées par du tissu conjonctif parfaitement organisé. Il faut pour cela que la maladie aiguë fébrile ait duré assez longtemps.

Dans la valvule tricuspide, les lésions sont absolument semblables, tant pour leurs caractères physiques que pour leur structure étudiée au microscope, et je n'y reviendrai pas pour répéter inutilement ce que je viens de dire.

Dans les valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire, les lésions sont différentes. Elles ont une autre apparence et une autre forme. Ce n'est plus une simple végétation du rebord valvulaire, c'est une rougeur totale ou partielle, suite d'arborisation vasculaire, et un gonflement plus ou moins prononcé du tissu de la valvule. D'abord rappelons que, dans beaucoup de cas, ces valvules restent saines; mais, lorsqu'elles sont malades, tantôt le gonflement et la rougeur occupent le bord libre et tantôt le bord adhérent. Alors leur point d'attache est visiblement gonflé, résistant sous le doigt, et, au bord libre, existe un gonflement analogue un peu moins prononcé. Ces valvules ont perdu la finesse de texture et la souplesse qu'elles offrent habituellement dans les angles formés par la réunion de leur bord libre, il y a un contact de tangence, qui fait parfois un commencement d'agglutination. C'est pour l'avenir une menace de rétrécissement artériel.

Au microscope, les parties tuméfiées présentent une altération semblable à celle que j'ai décrite dans le boursouflement des valvules mitrale et tricuspide. Il n'y a généralement pas de végétations ni d'aspérités, mais voilà tout.

Avec cette endocardite végétante des maladies aiguës fébriles, il y a souvent de la myocardite, de la thrombose cardiaque et des infarctus du cœur, des poumons ou des autres organes.

La myocardite s'annonce par la décoloration et le ramollissement des fibres musculaires des ventricules. Au microscope, on voit que ces fibres ont perdu leur striation et qu'elles ont subi sur quelques points ou dans une grande étendue la dégénérescence granulo-graisseuse semblable à celle que M. Vallin a trouvée dans les fièvres palustres graves.

La thrombose cardiaque, avec l'endocardite végétante, joue un rôle énorme dans les phénomènes ultimes de toutes les maladies de l'enfance. Elle en précipite la fin par des complications inattendues, et c'est par elle que l'on meurt un peu plus vite. On leur doit les infarctus du cœur, des muscles, du tissu cellulaire sous-cutané, des reins, du foie, du cerveau et des poumons, ou selon les cas, elle provoque des pneumonies emboliques, des infarctus pulmonaires et des abcès métastatiques.

Dans cette thrombose cardiaque, il est difficile de démêler ce qui est la coagulation du sang *post-mortem* dans les quatre cavités du cœur, ce qui est la coagulation opérée dans l'agonie et dans les derniers jours de la vie.

A cet égard, bien des recherches ont été entreprises, sans donner de solution certaine. Bouillaud et Legroux ont fait de louables efforts pour reconnaître l'âge des caillots cardiaques et ce qu'ils ont dit, généralement accepté, peut encore servir de règle aujourd'hui.

Toutes les fois que les caillots du ventricule droit et de l'artère pulmonaire, du ventricule gauche et de l'aorte sont ambrés ou décolorés opaques, et que la fibrine adhérente enveloppe les tendons valvulaires et est collée sur la dentelure des valvules mitrale et tricuspide, il y a lieu de penser qu'ils sont anciens. Leur âge précis est indéterminable, mais ils ont au moins trois ou quatre jours de date. D'après leur contexture, on en voit de cadavériques, d'agoniques et de plus anciens. Ceux-là sont ceux qui adhèrent aux colonnes charnues du cœur et aux tendons ou échancrures valvulaires. Ils ressemblent à de la fibrine blanche, opaque, séparée du sang par le battage et forment des filaments agglutinés ou en partie détachés, presque libres, et l'on comprend que des portions extrêmement petites puissent être entraînées par la circulation pour aller dans les artères se fixer sur un point du grand ou petit système artériel et former une embolie. Cette supposition a été vérifiée par les expériences et on l'accepte aujourd'hui comme vérité incontestable. C'est ainsi que se forment les embolies pulmonaires et les pneumonies emboliques lorsque des fragments de fibrine arrivent dans le poumon par l'artère pulmonaire, et que paraissent les embolies aortiques, lorsque du ventriculaire gauche des molécules ou des fragments de fibrine viennent faire les infarctus sous-cutanés et les infarctus du foie, des reins, des mucles et des autres tissus tels que je les ai observés dans les autopsies que j'ai faites.

Sur mes 200 autopsies, je les ai rencontrées 36 fois dans le poumon en plus ou moins grand nombre et 7 fois avec abcès; 3 fois dans les muscles; 2 fois dans les reins; 3 dans le foie; 45 fois dans le tissu cellulaire sous-cutané, dont 4 avec abcès. Il s'en trouve aussi quelquefois dans le cerveau. J'en connais deux exemples, et Hayem en a publié un cas dans les Bulletins de la Société anatomique.

Dans le tissu cellulaire sous-cutané, ces infarctus occupent habituellement la partie antérieure des jambes, les pourtours de la rotule, quelquefois les cuisses, puis la partie externe des avant-bras, et rarement le tronc. Ils se présentent sous forme de taches brunâtres, larges comme des lentilles, placées au-dessous de la peau, qui est saine. On les voit à travers la transparence du derme, et, si on les incise, on voit qu'ils occupent l'épaisseur du pannicule graisseux sous-cutané, sans aller jusqu'à l'aponévrose du membre. Dans quelques cas, lorsque la maladie se prolonge, ils donnent lieu à de petits abcès du tissu cellulaire. J'en ai vu quatre exemples. Ils sont formés d'une large suffusion sanguine, au milieu de laquelle on voit un point rouge plus foncé en couleur, tenant quelquefois à un petit vaisseau qui se perd au milieu de l'infiltration sanguine. Les portions de peau contenant ces hémorrhagies étant durcies dans le liquide de Muller et soumises à des coupes minces pour être examinées au microscope, je vis qu'elles étaient formées par une trame fibro-celluleuse et adipeuse infiltrée de sang, mais je n'ai jamais pu y voir de vaisseau obstrué.

Ailleurs, ces petits infarctus sanguins occupent la trame celluleuse intermusculaire profonde le long de la gaîne des gros vaisseaux, et une fois le long de la veine humérale et crurale, j'en ai trouvé des quantités telles que je n'ai pu les compter.

On en trouve aussi le long des veines coronaires dans leur trajet sur les ventricules et dans le sillon qui sépare les ventricules des oreillettes.

J'en ai vu enfin dans la substance musculaire du cœur et dans les muscles, mais cela est plus rare.

Ceux du poumon sont presque aussi nombreux que ceux du tissu cellulaire sous-cutané. Je les ai étudiés depuis longtemps avant de m'être occupé de l'endocardite, des thromboses cardiaques et des infarctus qui en résultent. En 1862, je les ai déjà décrites dans la quatrième édition de mon *Traité des maladies des enfants*, à l'article *Diphtérite; Angine couenneuse* et *Croup*. J'en ai fait le résultat d'une résorption des produits sécrétés à la surface des parties malades, et comme ils se présentaient sous forme de noyaux d'apoplexie pulmonaire pure, ou entourant des noyaux gris ou de véritables abcès du poumon, j'en ai fait la preuve d'une métastase diphtéritique et purulente analogue à celle de la résorption purulente.

Aujourd'hui, en raison des changements survenus dans la

doctrine de la résorption purulente, mon interprétation peut être contestée, mais les faits restent, et ce que j'ai vu peut-être considérée comme ayant été bien vu.

Qu'il y ait dans la résorption purulente une véritable résorption d'éléments du pus formant de l'apoplexie pulmonaire et des abcès métastatiques, ou, comme le prétend Virchow, que ces altérations pulmonaires s'expliquent par des embolies fibrineuses venues du cœur droit, peu importe à mes observations, j'ai vu le premier dans le croup et dans les maladies diphtéritiques des lésions qui n'avaient été signalées par aucun de ceux qui m'ont précédé. M. Labadie-Lagrave, mon interne, les a signalées dans sa thèse, faite en 1873; mais il a oublié de dire que je les lui avais fait connaître.

Quoi qu'il en soit, avec la thrombose cardiaque et avec les endocardites végétantes que je viens de signaler, il y a toujours des noyaux d'apoplexie pulmonaire à divers degrés de développement, que l'on appelle aussi des infarctus emboliques.

Ces infarctus se produisent au centre et à la périphérie des poumons. Il y en a un ou deux seulement ou parfois davantage. Dans ce cas, ils sont moins distincts. Ils ont une forme, une couleur et un volume variables. Ceux du centre sont généralement arrondis, tandis que ceux de la périphérie, sous la plèvre, offrent parfois une disposition pyramidale renversée. Ils sont assez durs et on les sent sous le doigt comme des noyaux de pneumonies lobulaire plus ou moins volumineux. Les uns ont le volume d'un petit pois et d'autres peuvent acquérir le volume d'une noisette. Leur tissu varie d'aspect selon leur âge et la période de leur développement.

Au *premier degré*, le tissu de ces infarctus du poumon est partout noirâtre comme du *raisiné* finement grenu, il a l'apparence splénique et est friable comme dans la pneumonie; il est imperméable à l'air et tombe au fond de l'eau, néanmoins on peut l'insuffler. Il n'est qu'infiltré de sang.

Au *second degré*, ces noyaux ou infarctus d'apoplexie pulmonaire changent un peu de couleur; ils deviennent grisâtres comme dans la pneumonie au troisième degré et sont infiltrés de leucocythes. Dans quelques cas, c'est le centre seul qui est gris, purulent, et la circonférence présente une zone plus ou moins large, noirâtre, d'infiltration sanguine, qui s'étend à 4 ou 5 millimètres du tissu voisin, décolorant peu à peu, de façon à se fondre avec la nuance. C'est ce qui a été décrit jusqu'à ce jour dans l'infection purulente des opérés et des sujets morveux comme des abcès métastatiques au début. J'en ai recueilli vingt-quatre observations dont le résumé se trouve dans mon livre (1).

Au *troisième degré*, le centre de l'infarctus est ramolli et converti en pus sanieux grisâtre, homogène, ou bien rempli de détritus pulmonaire. C'est un véritable abcès métastatique, J'en ai recueilli huit exemples dans l'angine couenneuse ou dans le croup, et trois autres dans la fièvre typhoïde. Tous sont indiqués dans mon ouvrage, et l'un d'eux a été communiqué aux bulletins de la Société anatomique par mon interne Stoizesco.

Dans un grand nombre de cas, ces infarctus sont moins distincts, moins noirs, et on les confond avec des noyaux de pneumonie lobulaire. C'est là ce qui explique pourquoi jusqu'à ce jour, dans le croup, les anatomo-pathologistes n'ont jamais parlé que de pneumonie intercurrente. Ils ont confondu sous une même dénomination, des lésions essentiellement différentes, et l'on fait de l'inflammation du poumon dans le croup une conséquence de la trachéotomie et de l'entrée de l'air froid dans les bronches.

(1) Bouchut, 4e édition du *Traité des maladies de l'enfance*; et 6e édition, 1874, page 260.

Je crois qu'il faut distinguer dans ces lésions celles qui appartiennent à la bronco-pneumonie ou à la pneumonie primitive, et celles qui appartiennent à l'embolie provoquant des infarctus et des pneumonies emboliques. En effet, il y a des cas où la pneumonie m'a paru être l'effet d'un petit embolus provoquant un petit noyau, autour duquel se fait de la pneumonie lobulaire passant par les différents degrés d'hypérémie et d'infiltration purulente.

Bien que j'aie rapporté la formation de ces infarctus à l'endocardite végétante, il faut savoir qu'ils ne se développent que si, avec l'endocardite, il y a thrombose cardiaque droite, car dans quelques cas, je les ai rencontrés sans traces d'endocardite. Il n'y avait rien aux valvules tricuspide ou sigmoïde pulmonaires, mais il y avait seulement la thrombose susceptible de produire les embolies du poumon.

Quatre fois enfin, dans les reins et dans le foie, j'ai rencontré ces infarctus avec leurs caractères habituels. C'étaient des noyaux blancs, jaunâtres, durs, gros comme des noisettes, de forme pyramidale ou conique, allant de la circonférence au centre, larges à la surface de l'organe et se rétrécissant à mesure qu'ils s'enfonçaient dans le tissu.

Je n'ai pas noté d'abcès, et je ne me rappelle pas en avoir jamais vu.

Dans cette série de faits, relative aux infarctus produits par l'endocardite végétante, je n'ai pas observé d'infarctus emboliques du cerveau, mais il y en a des exemples; j'en ai vu, et les Bulletins de la Société anatomique en renferment un autre qui est très-curieux et qu'on doit à M. Hayem.

(*A suivre.*)

CONCRÉTIONS CALCAIRES

FORMÉES DANS LES DEUX BOURSES SÉREUSES PRÉROTULIENNES (1)

Par le docteur PAMARD (d'Avignon).

Les exemples de concrétions calcaires, développées dans les diverses cavités séreuses, sont assez communs : on admet, par analogie, que l'on peut en rencontrer dans celles de ces cavités qui se développent dans le tissu cellulaire; mais les observations en sont rares, car je n'ai pas su en rencontrer une seule. Je crois donc intéressant de rapporter le fait suivant :

Thérésine R..., buandière, est âgée de cinquante-neuf ans. Il y a onze ans, elle a vu apparaître, au devant du genou gauche, une tumeur dure dont le volume était celui d'une noisette ; plus tard, une tumeur semblable est apparue du côté droit : elles se sont accrues peu à peu en volume et en consistance, et il y a cinq ans qu'elle ne peut plus s'agenouiller pour laver son linge, ainsi que le veut sa profession. Elle n'a jamais éprouvé de douleurs et n'aurait certainement pas songé à réclamer l'intervention de l'art si la peau qui recouvre la tumeur du côté gauche ne s'était ulcérée. Elle se décide donc à entrer à l'hôpital, où je la trouve dans l'état suivant :

Au devant de la rotule gauche, on trouve une tumeur ayant 7 centimètres en hauteur et 3 centimètres et demi en largeur, recouvrant cet os dans presque toute son étendue, sauf dans sa moitié interne, et pouvant se déplacer au-devant de lui; la peau est adhérente à la partie centrale de la tumeur : en ce point elle est rouge, luisante, et présente une ulcération centrale circulaire d'un demi-centimètre de diamètre; elle date de six mois et laisse suinter un liquide séro-purulent; on rencontre au fond de l'ulcération un corps dur, résistant, qui paraît constituer la tumeur.

(1) Communiqué à la Société de chirurgie, séance du 4 novembre 1874.

A droite, la tumeur affecte les mêmes rapports avec la rotule, qu'elle recouvre tout entière, et au-devant de laquelle elle s'étale comme une véritable cuirasse. Ses mouvements sont indépendants de ceux de l'os, et on peut la déplacer au devant de lui; elle est moins saillante, mais beaucoup plus étendue en surface que celle du côté opposé : elle a 8 centimètres en hauteur et 6 centimètres en largeur. La peau qui la recouvre est saine, elle présente quelques adhérences avec la partie centrale de la tumeur.

Les caractères communs présentés par ces deux tumeurs, qui sont évidemment de même nature, sont les suivants : elles sont dures, fermes sous le doigt, mais d'une fermeté particulière, que j'appellerais sèche si je voulais trouver un mot pouvant représenter la sensation que j'éprouvai, et qui était toute nouvelle pour moi : ce n'était pas là la dureté que présentent les tissus fibreux ou les tissus osseux; on sentait que les tumeurs étaient constituées par un corps qui ne vivait pas, par des matériaux inorganiques. Elles sont inégales, mamelonnées et présentent des bosselures faciles à reconnaître sur leur face antérieure. La tumeur de la région prérotulienne droite est comme séparée en deux moitiés, l'une supérieure, l'autre inférieure, par un étranglement : elle présente, à son côté externe, une bosselure molle et fluctuante.

La femme R... est grande, sèche, vigoureuse; elle ne présente, dans ses antécédents, aucune diathèse, et sa santé n'est atteinte en aucune façon par l'accident local. Elle présente à la main droite un épaississement des os au niveau de la face dorsale de la deuxième articulation carpo-métacarpienne; au poignet gauche, il existe un kyste des gaînes tendineuses sur la face dorsale du cubitus vers son côté externe.

Après avoir examiné la malade avec soin, et à diverses reprises, je portai le diagnostic : tumeurs de nature calcaire, développées dans la cavité des bourses séreuses prérotuliennes. L'opération, ayant pour objet l'ablation de ces tumeurs, fut proposée à la femme R... et acceptée par elle.

Elle fut pratiquée le 17 août, la malade ayant été tout d'abord chloroformée : au moyen d'une incision cruciale, il fut facile d'énucléer chacune des deux tumeurs : à gauche on dut arracher des lambeaux d'une membrane mince, sèche, comme parcheminée, se déchirant facilement et recouverte de productions calcaires; à droite, on trouva à la face postérieure de la tumeur une cavité contenant un liquide blanc, épais, d'une consistance plus que sirupeuse et présentant tout à fait l'aspect d'un lait de chaux concentré.

Les suites de cette double opération ne présentèrent aucun incident à noter : les plaies pansées ne cicatrisant que lentement, les mouvements furent longs à se rétablir, et la malade ne sortit de l'hôpital que le 13 novembre.

Examen des tumeurs. — Elles présentent les dimensions que nous avons déjà indiquées; elles sont revêtues dans toute leur étendue par une membrane d'enveloppe; leur face antérieure est mamelonnée, leur face postérieure est lisse; elles présentent cette dureté qui m'avait tout d'abord frappé, et ont l'aspect de corps calcaires. La tumeur gauche a subi un travail de désorganisation qui a amené peu à peu la destruction de sa moitié interne. On peut voir sur la pièce que la partie qui reste a été comme creusée par ce travail. La tumeur droite est intacte, et elle donne à l'esprit la pensée qu'une injection d'un corps calcaire qui aurait été poussée dans la cavité de la bourse muqueuse, et qui s'y serait solidifiée, se moulant dans toutes ses sinuosités, n'aurait pas un autre aspect. Elle présente un étranglement qui semble la diviser en deux parties, dont la supérieure est de beaucoup la plus considérable.

L'analyse chimique a eu lieu et a donné le résultat suivant :

Manières animales.			30.5
Matières minérales.	Phosphate de chaux.	60	69.5
	Carbonate de chaux.	5	
	Urates de chaux, de soude, etc.	3	
	Sels salubles dans l'eau.	1,5	
			100.0

La cause du développement de ces tumeurs n'est autre que la profession du sujet : cette femme était buandière, obligée, par conséquent, à passer la plus grande partie de ses journées appuyée sur ses genoux : c'est dans cette position qu'on lave le linge dans nos pays. Il en est résulté une inflammation chronique des bourses séreuses prérotuliennes qui a produit un épanchement séreux dans leur cavité. La cause persistant, puisque la femme R... a continué sa profession cinq ans après la première apparition de la tumeur, il y a eu dans ces cavités un état inflammatoire subaigu, indolent et continu : cet état subinflammatoire a produit une hypersécrétion fibrineuse, et la fibrine du liquide épanché est venue se concréter soit sur les parois, soit dans l'intérieur de la cavité séreuse. C'est sans doute aussi la même cause qui a produit l'infiltration calcaire de ces tumeurs, infiltration qui a complétement modifié leur structure et les a transformées en corps inorganiques.

VARIÉTÉS

Traité pratique des maladies des reins (1)

Par S. Rosenstein, professeur de clinique médicale à Græningue.

En 1863, le professeur Rosenstein publiait son *Traité pratique des maladies des reins*. Ce livre eut un succès assez grand pour que, quelques années plus tard, une seconde édition devînt nécessaire. Dans cette édition nouvelle, l'auteur corrigeait son œuvre et en faisait une œuvre assez intéressante pour que deux de nos confrères, MM. Bottentuit et Labadie-Lagrave, aient cru bon et utile de le traduire et de le faire ainsi apprécier aux médecins français.

M. Rosenstein rend d'abord hommage à Rayer. Nous nous empressons de lui en donner acte; car, ce qui éloigne tout d'abord le lecteur français des œuvres allemandes, c'est cette partialité d'outre-Rhin qui va de nos jours faire l'historique de l'auscultation sans nommer Laennec!

Donc M. Rosenstein reconnaît la trace considérable laissée dans la science par le *Traité* de Rayer.

Après une introduction consacrée à l'anatomie, à la physiologie et à l'histologie du rein, l'auteur écrit l'historique de la maladie de Bright, et montre que, sous ce nom général, on avait confondu ou réuni les diverses modifications parenchymateuses légères ou graves qu'on désigne maintenant sous le nom d'hypérémie passive, de néphrite catarrhale, de néphrite diffuse et enfin de dégénérescence amyloïde.

Après avoir étudié avec soin ces modifications, M. Rosenstein fait l'histoire de la stéatose rénale, aborde la néphrite circonscrite, suppurée ou métastatique; puis, après avoir exposé la pyélite et la pyélonéphrite, l'hyronéphrite et la périnéphrite, il consacre ses derniers chapitres aux tumeurs des reins, à la lithiase rénale, aux entozoaires, à l'hypertrophie des reins, et termine son œuvre par l'étude du déplacement des reins et l'étude des lésions des artères et des urines rénales.

On voit par cette énumération ce que l'on peut demander au *Traité* du professeur Rosenstein. La traduction de ce livre est un service que MM. Bottentuit et Labadie-Lagrave ont rendu à la science, et le praticien leur saura gré de la traduction *très-française* qu'ils ont su faire de cette œuvre remarquable.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

404. Cival. Quelques considérations sur un cas de rupture complète de l'artère poplitée sans lésion des téguments.

405. Laborde. Étude sur le cancer de l'utérus dans ses rapports avec la fécondation, la grossesse et l'accouchement.

(1) 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Adrien Delahaye.

406. Sallées. Des injections médicamenteuses dans les veines. — Applications à quelques maladies graves.
407. Leyna de la Jarrige. Forme insidieuse de la paralysie générale des aliénés.
408. Fouchet de Pérignon. De quelques phénomènes pseudo-cavitaires.
409. Derville. Des manifestations pleuro-pulmonaires dans la fièvre puerpérale.
410. Fourmentin. Études précises sur les déformations de la poitrine avec applications à la pleurésie. — Indice thoracique.
411. Polichronie. Étude expérimentale sur l'action thérapeutique et physiologique de l'ipécacuana et de son alcaloïde.
412. Deroye. Étude théorique et pratique de l'albuminurie et de quelques néphrites.
413. Sabowski-Makarow. Du Koumys et de son rôle thérapeutique.
414. Wenis. Considérations sur les procédés employés dans le traitement des staphylomes de la cornée.
415. Arnault. De l'ascite *a frigore* et de l'ascite rhumatismale.
416. Ledrain. De l'épidémie de scorbut observé à bord du *Var* dans un voyage à la Nouvelle-Calédonie.
417. Bouchoir. Considérations étiologiques et médico-légales sur la folie paralytique.
418. Mesnil. Relation médicale de onze cas d'empoisonnement par de la viande de conserve altérée observés au port de l'Orient.
419. Ponthier. Étiologie et traitement de l'impaludisme.
420. Kœnig. Étude historique et critique sur la nature dee amauroses consécutives aux blessures de l'orbite.
421. Delarrue. Parallèle entre les divers procédés de compression employés dans le but d'obtenir l'hémostase pendant les opérations.
422. Grout. De l'ectopie rénale.
423. Crane. Étude sur les plaies des doigts par arrachement.
424. Agard. Recherches statistiques sur la mortalité par la phthisie à Paris.
425. Chauvin. Des ulcérations de la bouche et de leur diagnostic.
426. Danton. Essai physiologique sur le bromure de potassium.
427. Berenguier. Des éruptions provoquées par l'ingestion des médicaments.
428. Mobèche. De la période prodromique de la paralysie générale.
429. Maginel. De la paralysie dans le mal de Pott.
430. Dupont. Du traitement des tumeurs érectiles.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'externat. — La deuxième épreuve (petite chirurgie et pathologie) a commencé le lundi 16 novembre.

Séance du 16. Vésicatoire. — Séance du 20. Saignée au pli du coude. — Il n'y a pas eu de séance le 18.

État sanitaire de la ville de Paris. — Population (recensement de 1872), 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 20 novembre 1874, on a constaté 872 décès, savoir :

Variole, 1 ; rougeole, 3 ; scarlatine, » ; fièvre typhoïde, 20 ; érysipèle, 3; bronchite aiguë, 30 ; pneumonie, 67; dysentérie, 2 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 4; choléra nostras, 1 ; angine couenneuse, 12; croup, 17; affections puerpérales, 9 ; autres affections aiguës, 236 ; affections chroniques, 362, dont 148 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 30 ; causes accidentelles, 15.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Délire des persécutions, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, lauréat de l'Institut, médecin de l'hospice de Bicêtre (service des aliénés). 1 vol. in-8° de 524 pages, deuxième tirage. — Prix : 6 fr. (Ouvrage couronné par la Faculté de médecine de Paris, prix Châteauvillard.) — Paris, Adrien Delahaye.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine. — Chez Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. — Toutes ces thèses se trouvent chez M. Coccoz, libraire-éditeur, 30, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La partie publique de la séance, qui a été très-courte, a été occupée par une lecture de M. Jaccoud, de retour de son voyage au Brésil. M. Jaccoud, qui aura probablement d'autres confidences à nous faire sur ses impressions de voyage, a commencé par la dernière, c'est-à-dire par la relation d'une épidémie de typhus qu'il a observée à bord pendant son voyage de Rio-Janeiro à Bordeaux. Il s'agissait ici d'une variété de typhus due à une cause spéciale, la présence à bord de peaux d'animaux mal préparées provenant d'une contrée où régnait une épizootie meurtrière. Nous ne pouvons donner ici une caractéristique complète du travail de M. Jaccoud, dont nous n'avons sous les yeux que le court résumé reproduit dans notre compte rendu. Le fait important que nous tenons pour le moment à en faire ressortir, c'est l'origine, la cause particulière de l'affection, qui se dégage d'autant plus nettement ici, qu'aucune trace d'importation ne peut être mise en cause; c'est surtout la conséquence qui en ressort au point de vue de l'hygiène navale, c'est-à-dire la nécessité, qui s'impose désormais d'elle-même, d'interdire, par telle voie de réglementation qu'on jugera opportune, la présence de cuirs, peaux ou toisons d'origine suspecte à bord des bâtiments affectés au transport des voyageurs.

Parmi les ouvrages présentés dans cette séance, il en est un que nous ne voulons pas laisser passer sans le signaler. C'est le troisième et dernier fascicule d'une œuvre qui est destinée à rendre un inappréciable service à tous les travailleurs, nous voulons parler de la bibliographie des sciences médicales, par M. Alphonse Pauly, de la Bibliothèque nationale.

Entrepris en 1859, sous l'inspiration de Daremberg, le travail de M. Pauly, œuvre de bénédictin, même dans les proportions réduites de son premier projet, devait se borner d'abord aux écrits concernant l'histoire de la médecine et aux principaux ouvrages médicaux imprimés pendant les quinzième, seizième et dix-septième siècles; mais cédant bientôt aux conseils et aux encouragements des érudits dont il était entouré et probablement aussi à ce puissant stimulant que donne la conscience d'une œuvre utile à faire, M. Pauly n'a pas tardé à lui donner des développements et des proportions qui en font aujourd'hui un véritable monument élevé à la bibliographie médicale, digne d'être placé à côté de ceux de Haller, de Choulaw, de Callisen, etc., dont il est en quelque sorte la continuation.

Bibliographie, biographie, histoire générale de la médecine, histoire professionnelle, histoire des écoles, des sociétés, des contestations, des doctrines, de la philosophie et de la littérature médicales; histoire des différentes branches de la médecine en y comprenant celle des maladies; histoire des hôpitaux, des épidémies; topographies et endémies, tels sont les principaux chapitres de ce travail, subdivisés en généralités, détails, histoire par époques, par nations.

Un seul coup d'œil jeté rapidement sur ce fascicule nous a permis de nous faire une idée des services importants que peut rendre une pareille publication en facilitant et abrégeant considérablement les recherches bibliographiques. Nous laisserons à de plus érudits le soin de chercher à loisir les lacunes, les oublis, les côtés insuffisants ou défectueux de l'œuvre, s'il y en a. Pour nous, frappé surtout de son utilité et du labeur énorme qu'elle a dû coûter à son auteur, nous ne pouvions pas ne pas céder au désir de lui en exprimer ici publiquement notre reconnaissance.

Cette séance, comme les précédentes, après une seule lecture, s'est terminée par un comité secret. Si nous en croyons les quelques bruits que l'épaisseur des murs n'a pas empêché de pénétrer jusqu'à nos oreilles, le projet de la commission serait assez malade, et tout nous porte à penser qu'il sera repoussé par la majorité, s'il n'est retiré avant d'être soumis à une épreuve définitive. Dr BROCHIN.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT DE LA FACULTÉ.

M. GUÉNIOT, suppléant M. le professeur DEPAUL.

Sur les adhérences anormales du placenta (1).

Messieurs, les observations que j'ai relatées précédemment vous ont assez fait pressentir que l'adhérence exagérée du placenta est une complication toujours inquiétante, fréquemment très-grave, et trop souvent mortelle pour la femme. Cette gravité pronostique offre nécessairement des degrés, selon que l'adhérence est générale ou partielle, étendue ou limitée; selon qu'elle est accompagnée ou non d'hémorrhagie,

(1) Suite. — Voir les numéros des 29 octobre et 10 novembre.

compliquée ou non de tétanos utérin; enfin et surtout, selon qu'elle est faiblement exagérée ou qu'elle atteint, au contraire, une extrême solidité. L'influence de tels éléments se conçoit d'elle-même ; il me paraît superflu d'y insister.

Laissez-moi vous dire seulement que le danger peut être considérablement atténué si la femme se trouve secourue en temps opportun et comme il convient. En effet, le plus communément il s'agit d'une union facile à détruire avec la main; et, quand celle-ci n'est point arrêtée par un resserrement tétanique de l'utérus, elle opère artificiellement la délivrance, sans qu'il en résulte d'ordinaire aucun accident imputable à l'opération. Ce n'est que dans les cas d'adhérences intimes, indestructibles et très-étendues, ou dans ceux qui sont accompagnés à la fois de tétanos utérin et d'hémorrhagie, que la gravité de l'anomalie devient tout à fait menaçante, quelle que soit, d'ailleurs, l'intelligence des soins administrés.

L'adhérence exagérée du placenta peut-elle être diagnostiquée pendant la grossesse ou dans le cours du travail? Jusqu'ici, aucun symptôme n'a paru propre à en révéler l'existence dans ces conditions, et il est bien probable que, de longtemps, la clinique ne sera en possession d'un moyen qui permette de la reconnaître avant la naissance de l'enfant. Voici comment, d'une manière presque constante, l'accoucheur est conduit à faire le diagnostic de cette complication.

Le fœtus étant sorti des voies maternelles, on attend de cinq à quinze minutes que la matrice ait pu se contracter sur le délivre pour en opérer le décollement. Presque toujours — surtout si l'on a pris soin de jeter une double ligature sur le cordon avant de le sectionner, et si quelques frictions ont été pratiquées sur l'hypogastre — presque toujours ce temps suffit pour que le placenta, privé de ses adhérences à l'utérus, soit tombé sur le col ou même jusque dans le vagin. Après s'être assuré qu'il en est ainsi, on procède alors à la délivrance avec les précautions connues. Mais dans le cas d'adhérence anormale, il n'en est plus de même. Au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure, malgré des contractions plus ou moins énergiques de la matrice, l'arrière-faix reste uni à la surface interne de cet organe. En suivant le cordon, qui lui sert de guide, le doigt pénètre jusque dans la cavité utérine sans pouvoir atteindre ni le placenta, ni même la racine du cordon. S'il n'existe pas d'hémorrhagie, on attend encore un quart d'heure, une demi-heure ou plus. Vaine attente; malgré la persistance des contractions utérines, le délivre conserve la même fixité. Alors, on exerce quelques tractions sur le cordon : celui-ci se tend et se laisse faiblement entraîner ; mais si l'on cesse toute traction, il rentre brusquement de toute la longueur dont il était sorti. Cette rentrée subite est la conséquence non-seulement de l'élasticité du tissu placentaire qui, allongé par la traction funiculaire, revient rapidement sur lui-même, mais encore du retrait de la paroi utérine faiblement abaissée sous l'effort des tractions. Il est évident, dès lors, que le placenta offre des adhérences exagérées, et le diagnostic, dans son élément principal, se trouve ainsi nettement établi.

Cette seule donnée, toutefois, ne suffit point; il importe de savoir encore si les adhérences sont générales ou partielles, si elles sont ou non compliquées de symptômes qui en augmentent la gravité, enfin quel est leur degré probable de solidité. Ordinairement, rien n'est plus facile que le diagnostic de ces divers états.

En effet, par la palpation hypogastrique, et surtout à l'aide du toucher, on reconnaîtra sans peine le degré de resserrement de la matrice, en même temps que les caractères du col utérin. On s'assurera de la sorte s'il existe ou non du tétanos, si le col est ou n'est pas reconstitué.

D'autre part, la présence d'un fragment placentaire, libre dans la cavité utérine et perceptible au doigt de l'accoucheur, mettra en parfaite évidence la séparation *partielle* du placenta. A défaut de cette constatation directe, l'existence d'une perte sanguine notable révélera d'une manière à peu près certaine qu'une partie de l'arrière-faix se trouve décollée et, conséquemment, que l'adhérence n'est pas générale. C'est là, je dois le dire, le cas de beaucoup le plus fréquent. Aussi l'hémorrhagie est-elle la compagne habituelle de l'adhérence anormale.

Comment comprendre une telle relation entre les deux phénomènes, c'est-à-dire que la perte sanguine soit un indice si probable de décollement partiel ? Pratiquement, le fait est de première importance; à ce titre, permettez-moi de m'y arrêter un instant.

En dehors des sinus utérins, que les cotylédons décollés ont mis à nu, d'où pourrait provenir l'hémorrhagie? D'une rupture de la matrice; d'une déchirure du vagin ou simplement de celle d'une veine du canal utéro-vulvaire. Mais, tandis que ces lésions offrent une extrême rareté, les décollements partiels du délivre s'observent, au contraire, communément. Dans le cas d'adhérence placentaire, la perte sanguine doit donc être, *a priori*, rapportée à la séparation d'un ou de plusieurs cotylédons; et, à moins que la déchirure utéro-vaginale n'offre quelque probabilité d'existence, ou ne soit positivement constatée, l'inégalité de fréquence dont il s'agit fournit au diagnostic une base très-suffisante.

Maintenant, d'où vient que le décollement partiel du délivre provoque presque nécessairement l'hémorrhagie, tandis que sa séparation complète n'engendre pas cet accident? La raison, messieurs, en est facile à comprendre.

Deux causes concourent à la production de la perte. D'une part, tant qu'il reste une portion de placenta unie à l'utérus, la circulation se maintient très-active dans ce dernier organe; il s'y fait une sorte d'appel qui entretient dans les canaux veineux un mouvement sanguin presque aussi riche que dans le cours de la grossesse. De là, une prédisposition manifeste aux hémorrhagies. D'une autre part, la présence du placenta dans la cavité utérine s'oppose au retrait régulier de l'organe; et les sinus qui correspondent à la portion décollée de l'arrière-faix, ne se trouvant pas oblitérés, déversent abondamment le sang au dehors. C'est aussi cette dernière cause qui explique la persistance des hémorrhagies, lorsque de simples caillots sont retenus dans la cavité utérine.

Pour faire cesser la perte sanguine, il est donc manifestement indiqué d'introduire la main jusque dans la matrice, à l'effet d'en extraire le contenu. Or, par cette manœuvre, on arrive aisément à la détermination d'un nouvel élément du diagnostic, c'est-à-dire à reconnaître le *degré de solidité* des adhérences. Vous le voyez, l'exploration diagnostique se confond ici avec le moyen thérapeutique, et la même intervention peut fournir deux résultats simultanés.

Qnelques mots encore au sujet du diagnostic.

Vous n'ignorez pas que l'utérus, surtout chez les femmes qui ont usé de l'ergot, se rétracte parfois avec violence aussitôt après l'expulsion de l'enfant. Le resserrement de l'organe sur le placenta est alors tel, que celui-ci se trouve étroitement emprisonné ou, comme on dit, enchâtonné. Cette rétraction tétanique peut, d'ailleurs, s'exercer — et, en fait, s'exerce le plus souvent — sur des placentas entièrement décollés, par conséquent dans des conditions autres que celles qui nous

occupent. Or, il importe essentiellement de ne pas confondre cette rétention placentaire simple avec celle qui est due à des adhérences anormales, compliquées de tétanos utérin; car le pronostic et le traitement de ces deux espèces pathologiques diffèrent considérablement entre eux.

S'agit-il, en effet, d'un enchatonnement sans adhérence? Le relâchement de l'utérus ou la cessation du tétanos sera le remède souverain. Un grand bain, des injections émollientes, l'emploi local de quelques préparations narcotiques suffiront presque toujours à procurer une heureuse solution.

Dans le cas d'adhérence exagérée, il n'en est plus de même. La cessation du tétanos utérin, si favorable qu'elle soit, laisse cependant subsister la rétention avec tous ses dangers. On conçoit dès lors la différence des situations.

Comment donc distinguer l'une de l'autre ces deux sortes de complications? Comment établir leur diagnostic différentiel? Le voici.

Si l'enchatonnement est simple, d'abord on ne constatera pas d'hémorrhagie; la perte, du moins, sera presque insignifiante. La rétraction des parois utérines et le resserrement des sinus qui en résulte, expliquent suffisamment cette particularité. D'une autre part, le placenta, pressé sur l'orifice interne de la matrice, tendra à s'y engager par un prolongement, de volume, proportionné au diamètre de cet orifice.

Existe-t-il, au contraire, une adhérence complète avec tétanos utérin? Vous ne trouverez aucun fragment placentaire au-dessus du col; l'arrière-faix, greffé plus profondément, laissera l'anneau cervical entièrement libre. Sans doute, si, au lieu d'être générale, l'adhérence n'est que partielle, la portion décollée pourra pénétrer dans l'ouverture du col et simuler ainsi la simple rétention. Mais alors, à moins que cette portion ne produise une obturation complète de l'orifice utérin, vous constaterez une hémorrhagie plus ou moins abondante, la perte étant due aux causes que je vous signalais tout à l'heure.

Enfin est-il besoin encore de vous prémunir contre une erreur des plus faciles à éviter, mais dont les conséquences seraient redoutables au plus haut point? Je veux parler de la confusion qui consisterait à prendre pour anormale une adhérence naturelle qu'un défaut de contraction aurait laisser subsister. Ici, ce ne sont point des adhérences exagérées qui causent la rétention de l'arrière-faix; c'est une inertie prolongée et plus ou moins complète de la matrice. Vous comprenez combien il serait dangereux, dans de telles conditions, de tenter la délivrance avant que l'organe n'ait recouvré son ressort naturel. Une introversion de ses parois ou une hémorrhagie menaçante, et peut-être ces deux redoutables accidents à la fois seraient vraisemblablement le fruit d'une si malencontreuse intervention. Assurément, pour commettre une telle méprise, il faudrait avoir l'esprit bien troublé ou bien inattentif; aussi me dispenserai-je d'insister sur ce point.

Maintenant, messieurs, abordons la partie essentielle de notre sujet, c'est-à-dire la *thérapeutique des adhérences anormales*.

Lorsque l'utérus, loin d'être inerte, se présente dans un état de bonne rétraction et que le délivre tarde à s'en séparer, que convient-il de faire?

Déjà, je vous l'ai laissé pressentir. Après avoir attendu une heure ou une heure et demie, temps pendant lequel on aura pratiqué, à diverses reprises, des manipulations sur l'hypogastre et exercé quelques tractions prudentes sur le cordon, une seule conduite s'imposera au médecin, un seul traitement devra être appliqué. Je dis *un seul traitement*, parce que, jusqu'ici, nul autre que celui dont il va être question n'est à la fois aussi rationnel, ni aussi généralement sanctionné par l'expérience.

Ce traitement, cette pratique *consiste à porter sans autre délai la main dans la matrice, afin de tenter le décollement, puis l'extraction du délivre*. Quelle que soit votre répugnance pour cette opération, qui provoquera chez la patiente de cuissantes douleurs, vous ne devrez pas hésiter. En tel cas, il faut savoir mesurer le danger et régler sur sa gravité l'énergie de l'intervention.

D'ailleurs quel résultat pourrait-on espérer d'une plus longue expectation? Selon toute apparence, celle-ci aboutirait promptement au retrait de l'orifice utérin, à la reconstitution du col et, finalement, à l'impossibilité d'agir d'une façon directe sur le délivre. Bientôt alors, on verrait apparaître soit une hémorrhagie persistante, soit la putréfaction de quelques débris placentaires, soit plus probablement encore ces deux accidents réunis et les jours de la malade se trouveraient ainsi gravement menacés.

P. Dubois a rapporté, dans une de ses leçons cliniques (1), le cas d'une femme accouchée en ville, et chez laquelle on avait attendu deux jours avant de tenter la délivrance. Cette malade, affaiblie par l'hémorrhagie qui avait succédé au décollement partiel du placenta, fut apportée à l'hôpital dans un état alarmant. Le chef de clinique d'abord, puis le professeur lui-même s'efforcèrent d'opérer l'extraction de l'arrière-faix. Mais l'épuisement des forces et la douleur causée par ces manœuvres réitérées la firent succomber avant qu'on fût parvenu à détruire toutes les adhérences.

Feu le professeur Moreau a relaté un fait plus significatif encore (2); je le cite textuellement. « Une jeune dame, femme et belle-fille de médecins, accoucha fort heureusement d'un enfant bien portant : la délivrance ne se fit pas; mais comme il ne se manifesta point d'accident, on ne vit aucun inconvénient à attendre, selon l'usage alors reçu; le troisième jour, survint une légère hémorrhagie, qui fut attribuée à ce que le délivre commençait à se détacher; on continua de temporiser. Plusieurs jours se passèrent ainsi, avec une perte peu considérable, mais continuelle. Le septième, on s'aperçut que la femme pâlissait, qu'il y avait de la faiblesse, et que le sang exhalait une mauvaise odeur : on se contenta de faire des frictions, des injections et de prescrire des remèdes insignifiants. Le huitième jour enfin, la malade paraissant épuisée, on nous appela. Nous la trouvâmes décolorée, avec le pouls faible et fréquent; le ventre était douloureux, l'écoulement infect, le cordon ombilical pendant à la vulve, et l'utérus fortement revenu sur lui-même. Sans nous dissimuler la gravité du cas, nous procédâmes tout de suite à la délivrance, qui fut effectuée avec peine. Le placenta avait contracté, dans les deux tiers de son étendue, des adhérences que nous détruisîmes peu à peu; la partie adhérente était fraîche comme chez une personne récemment accouchée, mais la partie libre était putréfiée. Malgré ce secours, la femme succomba trente heures après. »

(*A suivre.*)

PROTHÈSE BUCCALE ET FACIALE.

Par M. Delalain.

Dans la séance du 26 mars 1872, nous avons présenté à l'Académie de médecine un jeune soldat blessé à Gravelotte par un éclat d'obus, qui avait produit une ablation à peu près complète du maxillaire inférieur. Après avoir été l'objet de soins dévoués de plusieurs

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1858, p. 257.
(2) Moreau, *Traité des accouchements*, 1841, t. II, p. 414.

habiles praticiens qui tentèrent d'apporter un soulagement à son affreuse infirmité, R... (Étienne) quittait au bout de six mois de séjour l'hôpital du Val-de-Grâce (1). Le malade fut alors dirigé sur l'hôpital militaire de Saint-Martin, où nous reçûmes la mission de tenter un système de prothèse buccale et faciale.

A notre avis, la première règle de la prothèse buccale et faciale est de rechercher le point d'appui de l'appareil prothétique, et de le prendre le plus solide et le plus naturel possible.

Fidèle à notre manière de voir, dès que nous vîmes le malade, nous parlâmes de prendre, comme point d'appui de l'appareil prothétique à appliquer, le sommet de la tête. Cette idée fut immédiatement condamnée.

On trouvait, en effet, que, dans l'intérieur de la bouche, la voûte palatine et l'arcade dentaire supérieure devaient fournir des points d'appui convenant à tous égards.

Nous ne pensions pas ainsi parce que la voûte palatine ne nous paraissait pas assez solide.

Elle commençait, en effet, comme le dit l'observation publiée par M. Dardignac, à se déformer dès le 25 novembre 1871, et nous nous demandions, si cette déformation ne provenait à la fois et de la déviation des dents molaires du maxillaire inférieur, et d'un ébranlement que les os maxillaires supérieurs de la voûte palatine pouvaient avoir subi lors du coup de feu.

Aussi nous croyions devoir consolider cette voûte palatine, bien loin de songer à la prendre comme base et point d'appui. Nous ne concevions pas en effet qu'une plaque adhésive à la voûte palatine, soutenue par quelques anneaux d'or entourant les dents naturelles, pût avoir assez de force pour maintenir le dentier artificiel inférieur, et faciliter en même temps la mastication des aliments.

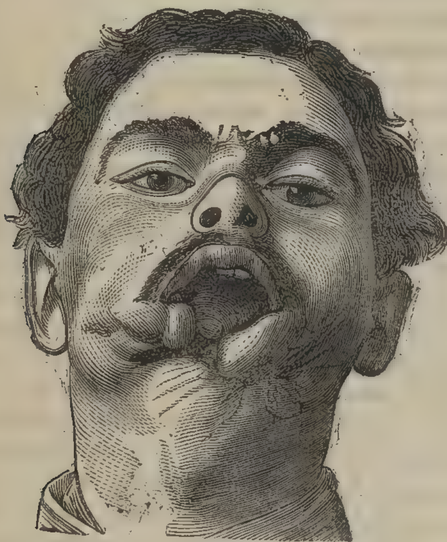


Fig. 1.

Les dents naturelles auxquelles on aurait imposé un pareil effort, auraient bientôt cédé et disparu. Mais de plus, en prenant ce point d'appui sur la voûte et sur les dents naturelles restantes, en supposant qu'il fut assez solide et sans danger pour ces derniers, on aurait rencontré des difficultés insurmontables, pour imaginer et construire un menton à cuvette, suspendue intérieurement, et capable d'être logé dans les infractuosités si inégales que représentaient les lambeaux frangés des lèvres inférieures. D'un autre côté, on nous objectait que « notre système ne devant pas être pratique, il serait ennuyeux et d'un désagrément trop visible. »

Le temps a prouvé combien ce pronostic décourageant était peu fondé.

Fixé sur le point d'appui, nous nous demandâmes ensuite à quels inconvénients il fallait parer, à quelles déformations nous devions obvier ; quel était le but que nous devions nous proposer ?

Ce qu'il y avait de plus dangereux à notre avis, c'était la perte de la salive ; il fallait protéger en même temps les muqueuses palatines, et les gencives supérieures contre frottement exercé par les molaires inférieures déviées par suite de l'ablation. Éviter ensuite la continuation de la déformation de la voûte palatine. Tenter de faciliter la prononciation. Enfin masquer toute la mutilation, l'appareil et l'élargissement désagréable de la face du mutilé.

1° *L'écoulement de la salive.* — Il nous paraît tout d'abord nécessaire de supprimer une cravate haute, formée par une serviette bourrée de charpie appliquée au-dessous de l'ouverture buccale, car cette sorte de tampon ne servait qu'à l'absorption de la salive, et à entretenir depuis six mois une humidité continuelle et nécessairement fort nuisible ; nous remplaçâmes ce système de prothèse inefficace à nos yeux, par une simple mentonnière en caoutchouc fabriquée d'après nos indications. Elle formait godet sous l'ouverture buccale et recueillait la salive qui ne restait plus au contact des lambeaux, lorsque le creux de la mentonnière était plein, une simple pression du pouce avec l'index ramenait la salive sur la langue ; elle servait aussi provisoirement à masquer la blessure et se liait par une double prolonge au sommet de la tête.

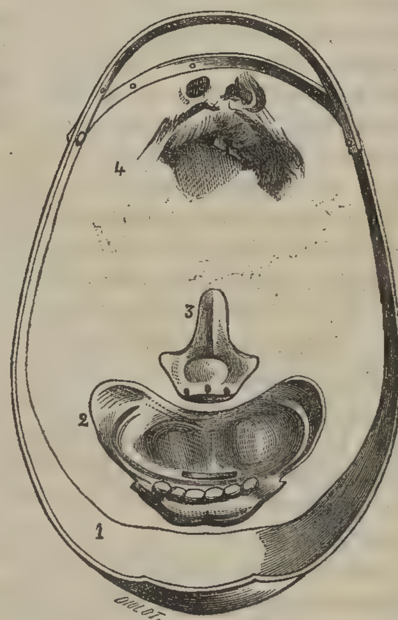


Fig. 2. — 1 Mentonnière en caoutchouc. 2 Cuvette obturatrice recueillant la salive 3 Suçoir salivaire présenté en suspension et horizontalement. 4. Hiatus buccal.

Quant à l'appareil définitif qui devait recevoir la salive et facilitait d'une façon permanente son absorption, en quelle matière devions-nous le construire, quelle forme devait-il avoir ?

Devait-il être moulé sur les anfractuosités inférieures de la bouche, s'y loger entièrement, ou bien devait-il être un simple obturateur.

L'inclinaison de haut en bas, et d'arrière en avant du plan qui constituait le plancher sublingual était trop accentué pour permettre qu'un appareil quelconque pût arrêter tout écoulement de salive sur sa pente. Du reste l'appareil ainsi encastré aurait dû exercer en tout sens sur ces parois et ces bords formés presque en entier par du tissu de cicatrice, une pression, à notre point de vue, constante et dangereuse.

Nous avons donc cru que nous atteindrions mieux notre but, c'est-à-dire celui d'arrêter l'écoulement de la salive, en plaçant un obturateur disposé de manière à pouvoir facilement l'appliquer sur la face externe des lambeaux latéraux inférieurs de l'ouverture, et à pouvoir aussi ramener un peu ces bords vers l'intérieur.

Il importait même qu'il fît une légère saillie au milieu de l'hiatus buccal ; qu'il formât enfin un réservoir salivaire, destiné en quelque sorte à emmagasiner la salive, recueillie par toutes les autres parties de l'obturateur.

Nous avons taché d'obtenir cette disposition dans la pièce n° 2 ; tout à fait au centre et comme arrière-fond est le réservoir salivaire, limité de chaque côté par deux légères saillies ovalaires longitudinales qui pénètrent dans l'intérieur de l'hiatus buccal, et séparent

(1) *Considérations cliniques sur des plaies de la face*, par le docteur Dardignac, p. 12. — Paris 1871. — Pichon et Cᵉ.

complétement les deux lambeaux latéraux inférieurs, qui sont ainsi soustraits au contact incessant de la salive.

Ce qui est en dehors de ces saillies, et que nous appelons les ailes, s'applique exactement sur la face externe des lambeaux, et empêche par là tout suintement, à l'extérieur, de salive, de boissons et d'aliments liquéfiés.

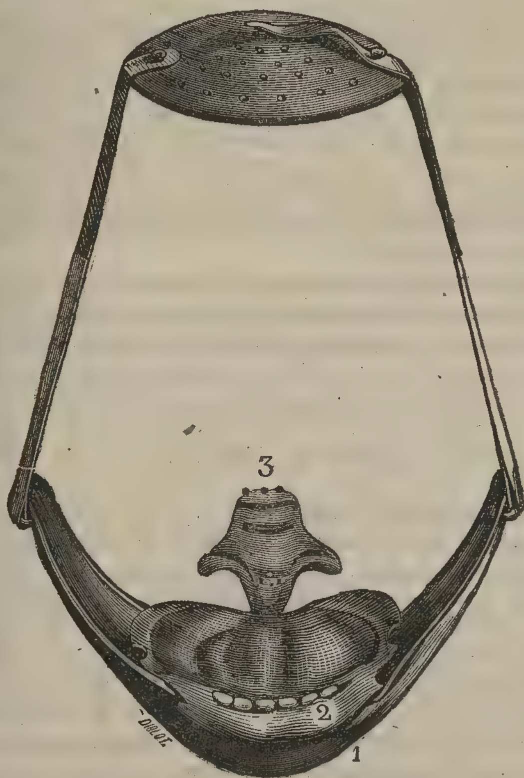


Fig. 3. — NOTA. Comme appréciation du détail, nous avons cru devoir faire représenter les dessins par superposition. La cuvette n° 2 horizontalement laissant voir le réservoir de sûreté formé par le menton en argent n° 1. Le suçoir salivaire n° 3 perpendiculairement va tomber sur la cuvette obturatrice pour servir de soutien à la langue et faciliter la prononciation. — Poids de l'appareil : 132 grammes.

Cette pièce, base de notre système, remplit très-bien le premier but que nous voulions atteindre ; c'est-à-dire, arrêter toute perte de la salive au dehors; mais la langue du mutilé, n'étant plus soutenue par le plancher buccal, était naturellement entraînée en bas et devenait par ce fait une cause de fatigue pour le mutilé. D'un autre côté, quand il voulait humecter sa langue, il était pour ainsi dire obligé de happer la salive contenue dans le réservoir salivaire.

C'est donc pour ces motifs que nous avons adapté au menton à cuvette pièce n° 2, c'est-à-dire à l'obturateur en vulcanite qui va tomber sur le menton en argent, une pièce importante n° 3; cette dernière sert de plancher pour le repos de la langue et laisse filtrer la salive entre ses bords et la pièce n° 2; elle plonge dans le réservoir salivaire et y puise la salive à l'aide de trois petits tubes qui viennent l'ouvrir sur l'extrémité antérieure de la pièce. Son extrémité a été renouvelée en haut et en arrière, afin de rendre l'aspiration de la salive plus aisée et aussi de diminuer encore un peu l'ouverture de la bouche, ce qui devait aussi faciliter la prononciation.

Cette pièce accessoire est, nous croyons, une innovation, qui pourra être utilement employée, même avec perfection dans les cas similaires de prothèse qui pourront se présenter, et remplacer avantageusement les mentons avec éponge ou réservoir, qui ne servent qu'à masquer la lésion, sans rétablir l'insalivation. (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 novembre 1874. — Présidence de M. DEVERGIE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Doubs, du Puy-de-Dôme et du Cantal (commission des épidémies).

2° Une demande en autorisation d'exploiter une nouvelle source minérale ferrugineuse d'Eugénie-les-Bains (Landes) [commission des eaux minérales].

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Boucher qui se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie (section de pharmacie).

2° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie (accepté).

3° Une note de M. Husson, pharmacien à Toul, sur l'absorption de l'iode par les matières organiques.

4° Une lettre de M. le docteur Morache qui demande le renvoi d'une monographie sur la Chine, dont il est l'auteur à la commission des épidémies.

5° Une note de M. le docteur Mallez ainsi conçue :

L'électrolyse, appliquée à la cure des rétrécissements de l'urèthre, était pratiquée jusqu'ici avec une bougie galvano-caustique sans conducteur.

MM. Mallez et Tripier avaient compris l'inconvénient de cette manière de procéder, dès le début de leurs recherches sur cette question, et ils avaient essayé, à différentes reprises, de munir le mandrin caustique d'un conducteur en baleine ou en gomme. Mais l'action du courant, en détruisant ces substances, rendait leur emploi dangereux.

M. Mallez a fait construire par M. Mathieu une nouvelle bougie, dont le mandrin en spirale très-flexible est recouvert comme toujours d'une sonde protectrice C.

Comme l'indique la figure ci-jointe, au centre du mandrin galvano-caustique B passe un conducteur filiforme en platine A, que l'on peut faire jaillir et retirer à son gré par l'extrémité manuelle E, en même temps que l'on découvre une plus ou moins grande longueur de galvano-cautère par une vis de rappel D.

Le pôle négatif de la pile est fixé au point D. Cet instrument permet d'aller sûrement d'avant en arrière dans les rétrécissements perméables seulement aux plus petites bougies, et il répond à l'objection la plus sérieuse qui avait été formulée contre la galvano-caustique chimique, appliquée à la cure des rétrécissements de l'urèthre.

PRÉSENTATIONS

M. GUBLER présente, au nom de l'auteur, M. le docteur Landowski, une brochure intitulée : *Du koumys et de son rôle thérapeutique.*

M. LARREY présente au nom de l'auteur, M. le docteur Borius, une brochure intitulée : *Des pluies sur le littoral de la Sénégambie.*

M. TARDIEU présente le troisième et dernier fascicule de la *Bibliographie des sciences médicales*, par M. Alph. Pauly, de la Bibliothèque nationale. Nos lecteurs ont vu plus haut, dans le Premier-Paris, une courte appréciation de cet important ouvrage, sur lequel nous aurons certainement à revenir.

LECTURE

Épidémie de typhus. — M. JACCOUD donne lecture d'un mémoire dans lequel il fait le récit d'une épidémie de typhus qu'il a observée à bord du paquebot-poste *Gironde*, dans son voyage de Rio-de-Janeiro à Bordeaux. Le nombre des malades a été de 21, 5 ont succombé. M. Jaccoud attribue le développement de cette maladie, qui n'a pas été importée sur le navire, à l'influence de cuirs mal préparés provenant de la Plata, où régnait depuis plusieurs mois une épizootie meurtrière.

L'auteur de la communication tire de ces faits les conclusions suivantes :

1° Au point de vue nosogénique : des cuirs mal préparés ou provenant d'animaux malades peuvent provoquer chez l'homme une maladie infectieuse dont la gravité varie depuis une simple atteinte légère jusqu'à une attaque mortelle ;

2° Au point de vue pathologique : cette maladie, fébrile dès le début, tient à la fois de la fièvre typhoïde et du typhus exanthématique ; partout elle est plus voisine de ce dernier, dont elle se rapproche étroitement par la précocité et les caractères spéciaux du délire, par l'éruption, par l'absence de catarrhe bronchique et par les cas de *typhus levissimus* et de *typhus ambulatorius*. Cette maladie, pendant la durée de la traversée du moins (20 jours), n'a pas paru transmissible d'homme à homme ; elle n'a frappé que les individus qui avaient été directement soumis à l'influence morbigène ; l'état sanitaire du reste de l'équipage et des passagers a été exceptionnellement satisfaisant ;

3° Au point de vue thérapeutique : les stimulants, la quinine et les lotions froides ont paru les moyens les plus efficaces ; les mesures de désinfection prises pour prévenir l'extension de la maladie ont eu une réelle utilité ;

4° Au point de vue de l'hygiène navale : la qualité du chargement doit être l'objet d'une réglementation et d'une surveillance rigoureuse. Quant aux cuirs, si justement qualifiés de peaux vertes, quant aux toisons dont l'origine est toujours incertaine, et qui, d'un moment à l'autre, peuvent devenir dangereux, ils doivent être sévèrement interdits à bord des paquebots affectés au transport des voyageurs, notamment à bord des paquebots-poste. Cette prescription doit être absolue, sans atténuation possible.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures, pour la suite de la discussion sur le projet de reconstitution.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 13 novembre 1874. — Présidence de M. Lailler.

PRÉSENTATIONS

Kyste hydatique du foie. — M. Gallard a présenté, il y a quelques mois, à la société, un malade chez lequel il avait reconnu la présence d'un kyste hydatique suppuré du foie.

Ce kyste avait été ouvert par la méthode de Récamier. Après cette opération, il s'est formé un abcès des parois abdominales qui a laissé une fistule au niveau de cette ouverture. Le malade a été assez bien pendant cinq ou six mois, puis il a été repris de nouveaux accidents qui ont nécessité sa rentrée à l'hôpital. Une ponction exploratrice n'a fait sortir aucun liquide. Ce malade a succombé peu de jours après. M. Gallard fait passer sous les yeux de la société les pièces anatomiques.

Goître exophthalmique. — M. Féréol présente un malade qui a été adressé par M. le docteur Pichot (de la Loupe) à M. Besnier, lequel, pour le soumettre à un examen suivi, l'a envoyé à la maison municipale de santé, dans le service de M. Féréol.

C'est un homme âgé de quarante et un ans, employé au chemin de fer, et chez lequel M. Pichot, avec beaucoup de sagacité, a diagnostiqué un goître exophthalmique. Il offre bien, en effet, la triade symptomatique de la maladie de Graves, c'est-à-dire le goître, l'exophthalmie et les palpitations.

Mais ces symptômes ont présenté dans leur marche quelques particularités insolites. Ainsi le goître s'est principalement développé du côté droit, on n'y perçoit presque pas de battements et, selon l'affirmation du malade, il aurait subi une certaine décroissance sous l'influence de l'iode en badigeonnages. L'exophthalmie est assez peu marquée pour que la femme du malade ne s'en soit pas aperçue. Quant aux palpitations, elles sont évidentes, ainsi que la dilatation des gros vaisseaux, un fort bruit de souffle systolique y est perçu, mais le malade n'a remarqué ces battements que depuis un mois, et même, actuellement, il s'en plaint à peine. Cependant, voilà dix-huit mois que le goître a été constaté.

La marche a donc été l'inverse de celle que l'on admet généralement pour la maladie de Graves, où l'exophthalmie et l'hypertrophie thyroïdienne sont considérées comme l'effet direct de la névrose cardio-vasculaire.

M. Féréol ajoute que ces anomalies sont plus apparentes que réelles. L'unilatéralité du goître et même sa plus grande fréquence à droite ont été plusieurs fois notées dans cette maladie. Les battements thyroïdiens ne sont pas toujours persistants. L'exophthalmie, bien que peu apparente, existe réellement et s'accompagne même d'une légère dilatation de la pupille droite. Enfin l'inversion des symptômes n'a pas non plus une aussi grande importance qu'elle le paraît, les palpitations pouvant exister depuis longtemps sans que le malade en ait été frappé.

On sait, en effet, que beaucoup de ces malades vont consulter les oculistes avant tous autres médecins, attendu que l'exophthalmie est souvent le premier symptôme qui attire leur attention. Mais ces palpitations inconscientes, que M. Féréol propose d'appeler plutôt une *ataxie cardio-vasculaire* n'en existent pas moins chez ces malades, souvent depuis longtemps. Il n'est donc pas douteux pour M. Féréol que le malade en question est bien atteint de la maladie de Graves.

Toutefois ces quelques anomalies ne sont pas les seuls points qui, chez ce malade, doivent fixer l'attention de la société. Le cas est bien autrement complexe. En effet, cet homme, outre les phénomènes que nous venons de relater, présente des troubles nerveux du côté de la sensibilité générale et spéciale, et du côté de la motilité, qui n'ont jamais figuré dans le cadre de l'exophthalmie cachectique. Ces troubles ont apparu en janvier 1874, dix-huit mois environ après l'apparition du goître. A cette époque, le malade fut pris, sans *ictus* apoplectique, d'une violente céphalée avec vertiges, titubation, tremblement, incoordination dans les mouvements, propulsion irrésistible vers la droite, diminution de la force musculaire dans tout le côté droit, diplopie dans certaines positions des yeux, sensations de froid et de chaleur inégalement distribuées à la surface des téguments.

D'ailleurs, jamais de douleurs fulgurantes ou autres, seulement, dysurie assez marquée. Six mois après, vomissements répétés durant trois mois et attribués par le malade à l'usage de la digitale.

M. Féréol passe ensuite en revue chacun de ces symptômes en particulier. Il fait observer que la démarche est incertaine ; que, par moments, le pied droit semble légèrement lancé, comme dans l'ataxie progressive ; mais que ce qui domine surtout, c'est le défaut d'équilibre, la titubation et la propulsion vers la droite.

Au dynamomètre, la pression de la main droite donne 20, celle de la main gauche, 30 (pression moyenne d'un homme bien portant=50) Vessie paresseuse, constipation habituelle, tremblement général très-marqué dans le repos, s'exagérant dans les mouvements ; tremblement fibrillaire dans les muscles des quatre membres seulement. Hyperalgésie dans tout le côté droit, diminution de la sensibilité thermique dans le même côté, exagération de la sensibilité réflexe des deux côtés, surtout à droite. Du côté gauche, diminution considérable de la sensibilité à la douleur. La sensibilité électrique et le pouvoir électro-moteur sont conservés à droite comme à gauche. Légère atrophie commençante dans les deux membres droits. La température comparative des deux côtés du corps a été prise : elle donne, pour le côté droit, 36,6 dans l'aisselle et 37,2 au jarret, et, pour le côté gauche, 36,8 dans l'aisselle et 36,3 au jarret.

L'examen des yeux, pratiqué par M. Galezowski, a montré que l'acuité visuelle est normale ; il y a paresse du muscle accommodateur et du sphincter irien à droite.

L'épreuve du verre coloré et de la bougie montre qu'il y a de la diplopie à droite, au-dessus de l'horizontale, et donne les autres signes de la paralysie de la quatrième paire droite. A l'ophthalmoscope, on constate seulement que la papille du côté droit est un peu plus pâle, et que les veines y sont plus flexueuses et plus grosses.

M. Féréol fait remarquer la prédominance hémiplégique de tous ces symptômes à droite, concordant avec la prédominance des symptômes d'ataxie vasculaire à droite aussi.

Il ajoute qu'au point de vue de la syphilis et de l'alcoolisme, les renseignements sont absolument négatifs.

Ces symptômes d'ataxie cardio-vasculaire et ces symptômes de parésie sont-ils dus à deux maladies juxtaposées chez le même sujet? Existe-t-il une cachexie exophthalmique et à côté une lésion des centres nerveux? Ces deux maladies sont-elles indépendantes ou liées entre elles à titre de maladie initiale et de complication? Et, dans ce cas, quelle est la maladie qui joue le rôle de complication? Au contraire les deux ordres de symptômes sont-ils sous la dépendance d'une même cause? Enfin, s'il existe une lésion nerveuse, quelle est la nature et quel est le siége de cette lésion? Telles sont les questions que, pour le moment, M. Féréol se borne à poser à la société.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences, dans sa séance du lundi 23 novembre, a procédé au remplacement de M. Élie de Beaumont, son secrétaire perpétuel, pour les sciences mathématiques. M. Bertrand ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, a été proclamé élu.

— *Concours de l'externat.* — Séance du lundi 23 novembre: Ventouses,

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Axenfeld, professeur de pathologie médicale, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1874-75, par M. Fernet, agrégé près ladite faculté.

— M. Bouillaud, professeur de clinique médicale, est autorisé à se faire suppléer, pendant le même semestre, par M. Hayem, agrégé.

— M. Polaillon, agrégé sortant, est maintenu dans ses fonctions jusqu'à nouvel ordre, en remplacement de M. Legros, décédé.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Chevallier, professeur de pharmacie, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant l'année scolaire 1874-1875, par M. Bourgoin, agrégé près de ladite école.

— *Faculté des sciences de Clermont.* — M. Aubergier, professeur de chimie, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1874-1875, par M. Truchot, docteur ès sciences.

— *École de médecine de Clermont.* — M. Fleury, professeur de clinique externe, est nommé directeur de ladite école, en remplacement de M. Bertrand, démissionnaire.

M. Bertrand est nommé directeur honoraire.

— M. Tixier, suppléant pour les chaires de pathologie et de clinique interne, est maintenu dans ses fonctions de chef des travaux anatomiques près de ladite école, pour une période de deux années.

— M. Blatin, suppléant d'anatomie et de physiologie à la même école, est maintenu dans ses fonctions jusqu'au 22 août 1876.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Maynard, docteur en médecine, est chargé provisoirement des fonctions de chef des travaux anatomiques.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 28 novembre 1874, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° lecture du procès-verbal de la précédente séance; — 2° continuation de la discussion sur la chorée; — 3° communication de M. Peter sur les injections hypodermiques de morphine; — 4° observation de fibrôme utérin faisant obstacle à l'accouchement, par M. Charrier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 138. — SAMEDI 28 NOVEMBRE 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 28 NOVEMBRE 1874. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Action du sulfate de quinine sur l'utérus.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que la question de l'influence du quinquina et de ses préparations sur les fonctions utérines est mise en cause. Déjà, du temps de Torti, on paraissait se préoccuper beaucoup de la propriété abortive du quinquina. Les appréhensions qu'inspirait cet agent se sont naturellement reportées sur le sulfate de quinine, et plusieurs praticiens éminents de nos jours, Rayer entre autres, ont avancé qu'à une dose un peu élevée le sulfate de quinine déterminait une excitation de l'utérus qui pouvait aller jusqu'à occasionner l'avortement. M. Briquet dans son excellent *Traité thérapeutique du quinquina et de ses préparations*, réfute cette opinion, qui ne lui paraît pas fondée, et, à l'exemple de Torti, engage les praticiens à ne pas s'inquiéter de l'opinion vulgaire et à prescrire, en cas de fièvre intermittente, le sulfate de quinine aux femmes enceintes comme à celles qui ne le sont pas.

Cette question a été remise récemment à l'ordre du jour par plusieurs communications importantes dont elle a été le sujet, notamment depuis que M. le docteur Monteverdi (de Crémone) a appelé l'attention des praticiens sur l'action, très-réelle, suivant lui, qu'exercerait la quinine sur l'utérus en état de gestation. Nous signalerons particulièrement, parmi les plus récentes de ces communications, celles de MM. les docteurs Burdel (de Vierzon) et Duboué (de Pau), dans les *Annales de gynécologie*, et de notre collègue M. de Ranse, dans la *Gazette médicale de Paris*.

Dans la communication de M. Burdel, la question est envisagée plus particulièrement au point de vue de savoir si le quinine possède une action abortive réelle sur l'utérus gravide, et l'auteur incline à répondre par la négation et à rejeter, par conséquent, l'action signalée par M. Monteverdi. M. Duboué, de son côté, qui, dans une lettre précédente, avait déjà cité des faits à l'appui de l'opinion de M. Monteverdi, est disposé à ne voir, dans l'apparente contradiction qui existe entre l'interprétation de M. Burdel et la sienne, qu'un malentendu.

« Avec mon distingué confrère de Vierzon, dit-il, et avec tous ceux qui ont pu acquérir une expérience personnelle sur la pyrétologie palustre, j'admets que la fièvre intermittente peut être une cause fréquente d'avortement, et que, bénigne ou grave, elle doit être traitée par le sulfate de quinine, comme si ce médicament n'avait aucune action excitante sur l'utérus. » Mais il ne s'ensuit pas, dans la pensée de M. Duboué, que le sulfate de quinine ne puisse exercer aucune action excitante sur les fibres musculaires ou sur les vaisseaux de l'utérus. C'est cette double propriété associée dans le même agent qui serait la cause du malentendu.

En effet, si nous nous sommes bien rendu compte des faits invoqués de part et d'autre dans le débat intervenu entre M. Burdel et M. Duboué, on serait conduit à reconnaître deux modes d'action distincts, mais pourtant jusqu'à un certain point connexes, dans le sulfate de quinine administré dans ces conditions :

L'un, qui sera admis de prime abord et sans contestation par tout le monde, celui qui consiste à prévenir l'avortement en faisant cesser l'état fébrile qui le rendait imminent, sans acception de l'action directe que cet agent peut exercer sur la contractilité des fibres musculaires de l'utérus; le second, qui consiste tout entier et exclusivement dans cette propriété de l'agent, réputé névro-sthénique par excellence. Il faudrait en ajouter encore un troisième, l'action sédative du sulfate de quinine sur le système nerveux sensitif.

Pour bien faire saisir cette double action, il suffit de rappeler le fait observé par M. Duboué, et qui a été le sujet du débat entre lui et M. Burdel. Il s'agit d'une femme qui était menacée d'un accouchement prématuré, sous l'influence de la fièvre rémittente dont elle était atteinte. M. Duboué lui administre le sulfate de quinine, et tout rentre dans l'ordre. Il continue l'emploi du médicament, et des contractions utérines se montrent après chaque dose administrée. S'il eût continué à l'employer dans ces conditions, au lieu de s'arrêter, n'aurait-il pas pu arriver à un accouchement prématuré qui aurait pu être, cette fois, imputable à la quinine?

On peut effectivement le présumer.

S'il en était ainsi, il deviendrait toujours nécessaire, dans l'administration du sulfate de quinine à une femme enceinte, de surveiller l'action excito-motrice de cet agent et la susceptibilité de l'utérus à en éprouver les effets.

Si nous sortons maintenant du champ de l'impaludisme, nous verrons, par les recherches des auteurs que nous venons de citer que cette propriété excito-motrice de la quinine a été mise à profit en obstétrique. C'est comme stimulant de la contractilité utérine dans les cas d'inertie pendant le travail d'accouchement que M. Monteverdi a fait usage du sulfate de quinine. M. Duboué, dans la note que nous résumons, rapporte trois

observations d'application de cet agent pour des cas d'inertie utérine simple, c'est-à-dire indépendante de toute complication ou de toute autre cause de dystocie.

Dans le premier fait, on voit les deux effets produits par la quinine, l'effet sédatif et l'effet excito-moteur, le premier n'ayant pas empêché le second, quoique de prime-abord contradictoires. Ce serait même là, selon M. Duboué, une association heureuse à utiliser dans la pratique obstétricale, pour les cas assez fréquents où l'on voit les douleurs se prolonger avec une vivacité et une persistance qui finissent par devenir intolérables, sans amener de contractions.

Les autres faits cités par M. Duboué viennent également à l'appui des observations déjà faites par M. Monteverdi et tendent, comme celles-ci, à montrer que le sulfate de quinine exerce sur l'utérus une action excitante assimilable à celle que produit le seigle ergoté, mais à un degré moins énergique, et avec ce grand avantage, sur ce dernier agent, qu'au lieu de provoquer des contractions tétaniques continues et d'éveiller trop énergiquement la contractilité des vaisseaux utérins au point d'amener souvent l'interruption de la circulation dans le tissu inter-utéro-placentaire et de compromettre conséquemment la vie du fœtus, il ne donne lieu qu'à des contractions intermittentes et n'apporte aucun trouble notable dans la circulation utérine.

D'un autre côté, voici venir un autre médecin italien, le docteur Chiara (de Milan), qui, d'accord avec M. Burdel, conclut d'un grand nombre d'expériences cliniques que le sulfate de quinine n'a pas d'action particulière comme agent abortif et qu'il ne possède aucune action élective sur l'utérus.

Enfin M. le docteur de Ranse, dans un article de la *Gazette médicale* consacré à l'examen critique de cette question, rapporte une observation qui l'a conduit à douter également de l'action attribuée au sulfate de quinine sur la contractilité utérine. Ayant à donner des soins à une dame habitant l'Algérie, sujette aux fièvres intermittentes et qui lui avait été adressée pour une affection de l'utérus, il fut appelé un jour auprès d'elle au moment où elle venait d'être prise, après un retard de règles de huit jours, d'une perte utérine abondante avec expulsion de caillots et de débris d'un produit de conception probablement toute récente. L'ergot de seigle, aidé de quelques autres moyens appropriés, avait réduit en grande partie cette perte, lorsqu'il survint un accès de fièvre. En raison de cette circonstance et de la provenance de la malade, M. de Ranse suspendit l'administration de l'ergot de seigle et prescrivit le sulfate de quinine, avec l'espoir que ce médicament, tout en combattant la fièvre, continuerait l'action excito-motrice de l'ergot sur l'utérus, si les observations de M. Monteverdi étaient exactes. Mais il n'en fut pas ainsi, du moins sous ce dernier rapport. La fièvre cessa, mais en laissant la matrice dans un état complet d'inertie. Par contre, dès qu'il eut suspendu l'usage de la quinine pour reprendre l'ergot de seigle, il vit les accès reparaître, mais l'utérus se contracter et finir par expulser avec des caillots de nouveaux lambeaux de membranes et finalement le germe fœtal qu'il contenait. Le sulfate de quinine dut reprendre plus tard son rang d'indication.

Voilà un dernier fait qui milite peu, comme on le voit, en faveur de la doctrine de MM. Monteverdi et Duboué.

On voit par ce court exposé que la question, malgré les études sérieuses dont elle a été l'objet, laisse subsister encore bien des doutes. Nous serions heureux si, en appelant l'attention de nos lecteurs sur ce sujet d'un intérêt éminemment pratique, nous pouvions provoquer de nouvelles recherches propres à l'élucider.

Incrustations sur la lèvre vocale.

Le vaste champ ouvert à l'observation, à l'étude et au traitement des lésions du larynx par la laryngoscopie est encore loin, malgré l'abondante récolte de faits qu'il a donnés, d'être entièrement défriché. Il y aura encore sans doute plus d'un fait inconnu, plus d'une surprise qui se dresseront devant la persévérance des observateurs. C'est un fait de ce genre et que nous croyons jusqu'à présent sans exemple, de nous connu du moins, qui s'est offert récemment à l'observation de M. le docteur Mandl, qui l'a considéré lui-même comme sans précédent.

Voici ce fait :

Au mois de décembre dernier, M. Mandl fut consulté par une dame âgée de soixante-treize ans, forte, d'une bonne constitution et d'une bonne santé habituelle, mais qui, à la suite de rhumes et d'enrouements fréquents depuis deux ou trois ans, avait été prise d'une extinction de voix des plus caractérisées. Ces antécédents ayant fait présumer l'existence d'une laryngite chronique, M. Mandl procéda à l'examen laryngoscopique, qui donna le résultat que voici :

On apercevait sur la lèvre (corde) vocale gauche une production blanchâtre, sous forme de deux nodosités, d'une blancheur éclatante. La première, antérieure, faisant saillie dans l'ouverture glottique, était presque triangulaire ; la seconde, postérieure, était plus arrondie et réunie à la première par une membrane rugueuse blanchâtre, et, dans quelques points, rosée par transparence. Cette production occupait à peu près la moitié de la lèvre vocale, vers son milieu. Le repli supérieur de ce côté, de même que le bout antérieur du repli du côté opposé, étaient tuméfiés. Les autres parties du larynx ne présentaient rien de remarquable.

Quelle était la nature de cette production? Était-ce une production pseudo-plastique, résultat de laryngites précédentes, du genre de celles que M. Mandl a décrites dans son *Traité pratique des maladies du larynx et du pharynx*, sous le nom de laryngite plastique, comprenant sous ce titre les divers états d'épaississement de la muqueuse laryngée ou des tissus sous-jacents, dus soit à un exsudat fibreux (pseudo-plastique) qui n'a pas été résorbé, soit à l'hypertrophie du tissu connectif, d'où résulte la *sclérose?* Ou bien avait-on affaire à des végétations provenant d'une affection couenneuse du larynx ; ou à des ulcérations aux bords saillants et épaissis, avec sécrétion d'un muco-pus épais et blanc? ou bien, enfin à des concrétions calcaires déposées sur la lèvre vocale?

Malgré l'incertitude du diagnostic, M. Mandl crut devoir tenter des cautérisations avec le nitrate d'argent, qui pouvaient être utiles dans le cas où l'affection aurait été due à des productions pseudo-plastiques ou à des ulcérations. Il fit en conséquence quelques cautérisations avec son porte-caustique à cuvette (instrument fonctionnant au moyen d'une pédale à bascule, munie d'un engrenage). Chaque cautérisation était presque régulièrement suivie d'une légère amélioration de la voix ; mais elle ne se soutenait pas, et l'extinction redevenait complète quelques heures après. Pendant l'une de ces opérations, M. Mandl ressentit distinctement le choc du porte-caustique contre la production morbide de la corde vocale, résultat qu'il n'avait pu obtenir précédemment dans les explorations faites avec une sonde métallique.

Après six cautérisations faites sans autre résultat qu'un changement dans l'aspect de la lèvre vocale consistant dans la séparation de la nodosité postérieure, d'abord en deux, puis en quatre nodules distincts, M. Mandl se fondant surtout sur le choc ressenti, acquit la conviction que l'altération était

produite par une incrustation, dont il restait à déterminer l'origine et la nature, chose assez difficile, par parenthèse, dans l'espèce. Mais la question de guérison primait ici toute autre considération. M. Mandl, avant de recourir à l'arrachement de ces nodules qui ne lui paraissait pas entièrement dépourvu de quelque danger, voulut tenter, d'accord avec le médecin de la malade, M. Duchaussoy, la dissolution par l'acide chlorhydrique d'abord, puis par l'acide acétique et l'acide chromique. Nouvelles tentatives infructueuses. Devant ces insuccès, M. Mandl se décida à pratiquer l'arrachement à l'aide d'une pince à polypes. En deux séances il est parvenu à retirer d'abord un lambeau de membrane, et avec le grand nodule extérieur, trois des petits nodules postérieurs. La voix est revenue presque instantanément et s'est maintenue. En même temps la respiration est devenue plus libre et la légère oppression qu'éprouvait la malade a disparu. L'aspect de la lèvre vocale est redevenu normal.

La production morbide enlevée se composait d'un lambeau de membrane épaisse, blanche, sur laquelle étaient fixés les nodules, présentant au toucher la dureté cartilagineuse. Examinée au microscope, elle a été trouvée composée de fibres enchevêtrées et de granules moléculaires. Il y avait donc lieu de penser que cette production morbide était une de ces exsudations pseudo-plastiques, résultat de laryngites précédentes et ayant subi une métamorphose régressive.

Un nouveau cas de transfusion.

Dans l'une des dernières séances de la Société de thérapeutique, M. Blondeau a communiqué la relation d'un nouveau cas de transfusion, dont le bénéfice malheureusement n'est pas resté acquis à la malade, qui a succombé le septième jour à des accidents étrangers à cette opération, mais qu'elle n'a pu conjurer.

Voici en quelques mots la relation de ce fait que nous empruntons à un compte rendu de cette société. Il s'agit d'une femme qui avait déjà eu plusieurs fausses couches, ayant toutes donné lieu à des hémorrhagies inquiétantes, et qui était enceinte de quatre mois et demi, lorsqu'elle fut menacée d'une nouvelle fausse couche. Au milieu de la nuit, une hémorrhagie abondante se déclara. Tous les moyens ayant été épuisés sans succès, l'hémorrhagie persistant toujours, la malade était à toute extrémité : sans connaissance, les pupilles dilatées, le pouls à 140. La mort paraissait imminente, M. Anger, que M. Blondeau avait prié de l'assister, proposa la transfusion. 65 grammes de sang non défibriné furent injectés avec l'appareil de M. Colin (appareil nouveau dont nous aurons probablement l'occasion de faire connaître prochainement le mécanisme). Sitôt cette injection faite, les pupilles devinrent contractiles, le pouls tomba à 100; la connaissance était revenue ainsi que la chaleur.

Le soir, la fausse couche eut lieu, sans hémorrhagie, mais la malade ne fut point délivrée, les tentatives faites dans ce but étant restées infructueuses.

Six jours se passèrent ainsi, la malade étant sans fièvre, sans souffrance et sans hémorrhagie. La délivrance eut lieu à cette époque. La malade fut prise alors de frissons, de ballonnement du ventre, de fièvre, et succomba dans la nuit.

Sans avoir le droit d'être mis au rang des succès, ce fait a du moins toute la valeur d'un encouragement, la mort ayant été le résultat d'accidents indépendants de la transfusion.

Dr Brochin.

THÉRAPEUTIQUE

Emploi du vin dans les maladies aiguës et dans les affections chroniques

Par M. E. Bégin.

Il n'existe peut-être pas dans la matière médicale de substance qui soit plus fréquemment et plus universellement employée que le vin; il n'en est pas non plus qu'on ne prescrive avec plus d'indifférence et moins de soucis de sa composition, ainsi que des effets variés que peut produire chaque espèce. Buvez du bon vin, entend-on répéter chaque jour à un convalescent; et, là-dessus, ce dernier de choisir le flacon qui satisfait le mieux sa fantaisie. S'agit-il d'une maladie aiguë, le vin ne participe au traitement que d'une façon tout à fait accessoire; c'est à tort, suivant nous, car Hippocrate, dans le *Traité des affections*, a dit :

« Le vin est chose merveilleusement appropriée à l'homme, si, en santé comme en maladie, on l'administre avec à-propos et juste mesure, suivant la constitution individuelle. » (Faivre, *Des vins et de leur emploi dans le traitement des maladies*, 1862).

Bœrhave racontait souvent, dans ses leçons, l'histoire d'un homme de distinction tourmenté par une maladie aiguë, auquel les médecins avaient ordonné la diète la plus sévère et des boissons rafraîchissantes. Ce régime avait conduit la malade aux portes du tombeau, lorsque son médecin ordinaire, revenant d'une absence pendant laquelle ce traitement avait été conseillé, jugea utile de le remettre à l'usage du vin et du bouillon. Ce régime amena promptement une guérison complète.

On sait combien, depuis les observations de Tood, de Béhier, les alcooliques ont repris faveur dans le traitement des pneumonies. Les anciens, entre autres Arétée, conseillaient, dans les pneumonies des vieillards, le vin à petites doses répétées. Laënnec et Moscati le prescrivaient également dans le même cas. Dans certaines pneumonies épidémiques ou adynamiques, Stoll, Frank et autres, assurent que les saignées sont meurtrières, tandis qu'on a presque toujours à s'applaudir du prompt usage des toniques, et notamment d'un vin tonique généreux. Hippocrate (*Traité des épidémies*, livre II) recommande le vin dans les angines déterminées par le froid.

Dans la fièvre typhoïde, il est nécessaire de soutenir les forces par une alimentation sagement réglée, et par le vin généreux de Bagnols-Saint-Raphaël, usité dans les hôpitaux de Paris. Trousseau insistait dans ses leçons sur son opportunité. C'était déjà l'opinion de Huxham (*Essais sur les fièvres*, chapitre VIII, p. 133) : « Comme ces fièvres, dit-il, sont ordinairement de fort longue durée, il faut nécessairement sustenter les malades pour les empêcher de succomber sous la violence de la maladie. Un vin rouge est ce qu'on peut employer de mieux à cet effet, et je le mets au-dessus de tous les cordiaux que l'art fournit. Je suis même persuadé qu'il est extrêmement utile dans la vigueur et le déclin des fièvres malignes, surtout si on l'associe à quelques boissons tempérantes et acidules. » C'est également la pratique adoptée dans la méthode de traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

Trehet rapporte une observation dans sa thèse de fièvres typhoïdes guéries par l'usage du vin riche en tanin.

Tous les grands observateurs ont reconnu que les vins qui convenaient le mieux pour animer l'énergie des fonctions digestives, et pour rétablir l'harmonie dans le grand appareil de la nutrition, étaient les vins naturellement riches en tanin et renfermant la dose la plus élevée d'alcool, non pas d'alcool additionné, mais de celui que puisse développer la fermentation du raisin.

C'est lorsqu'il remplit cette indication capitale, que le vin de quinquina bien préparé est apprécié dans les diverses formes de l'anémie. Mais le quinquina, comme l'a démontré, par des expériences très-précises, un savant chimiste de Strasbourg, M. Schlagdenhauffen (*Journal de Chimie et de Pharmacie*, nos d'octobre et de novembre 1873), ne cède qu'un cinquième des alcaloïdes de l'écorce; presque tout reste dans le résidu qu'on jette, c'est-à-dire que le vin ne renferme que des traces physiologiquement insignifiantes des alcaloïdes du quinquina et sans action thérapeutique; ce que le vin dissout de

quinquina, c'est le tanin. Encore une fois, on doit donc préférer au vin de quinquina un vin naturellement riche en tanin, et aucun ne doit être placé à ce point de vue au-dessus du vin de Bagnols-Saint-Raphaël. C'est lui qui, depuis près de trente ans, a remplacé avec grand avantage les vins étrangers que l'on prescrivait dans le service hospitalier de Paris. Tous les médecins des hôpitaux prescrivent journellement ce vin et en obtiennent les meilleurs résultats.

Dans l'adynamie extrême, Grisolle prescrivait ce vin à la dose de 100 à 200 grammes. Ce traitement, dit Grisolle, produit souvent de véritables résurrections et conserve la vie à des malades dont l'état semblait désespéré.

Monneret (*Bulletin de thérapeutique*, I, L. VII) donne du bouillon et un vin généreux aux malades atteints de fièvres typhoïdes, dès le début et pendant tout le temps de l'affection. Vers le huitième ou dixième jour, il commence à leur donner des potages, trois ou quatre fois par jour, tout en continuant le vin, à la dose de 100 à 200 grammes.

Dans la variole, Sydenham administrait matin et soir quelques cuillerées d'un vin tannique à l'époque de la maturation des pustules.

Magendie prescrivait le même vin dans la période de réaction du choléra quand elle se présentait sous forme adynamique.

Le professeur Monneret (*Cours de pathologie médicale*, 1861) est du même avis. Il donne le vin dans la période algide à cause de l'atonie générale du malade, et également dans la réaction, si cette dernière ne se présente pas avec un caractère sthénique bien dessiné.

M. Bouchardat, dit M. A. Faivre, recommande comme un des meilleurs moyens prophylactiques de boire modérément du bon vieux vin rouge. Il tient cette prescription de Chomel, qui la lui avait enseignée à propos de l'épidémie de 1849. Ce moyen préventif peut également s'appliquer aux autres affections contagieuses et maladies régnant épidémiquement.

Grisolle ordonnait le même vin dans le cours des épidémies de grippe.

Contre les fièvres intermittentes, Hippocrate (*Des épidémies*, l. v) prescrit le vin dans les affections douloureuses de la rate. Sydenham dit (*Praxis med. experiment.*; Lipsiae 1711) qu'il faisait un assez grand usage du vin dans les fièvres intermittentes : c'était le vin qu'il prescrivait communément dans la fièvre tierce du printemps. Il a quelquefois, par ce seul remède, guéri des fièvres rebelles au quinquina. Pinel a obtenu le même résultat; il donnait le vin les jours d'apyrexie. Neumann, Tissot, Borsieri, Manni, et nombre d'autres praticiens, ont également reconnu que, dans certaines fièvres intermittentes rebelles au quinquina et à d'autres fébrifuges, il n'y avait de meilleur remède que le vin rouge tannique à fortes doses. Le professeur Hallé le recommandait souvent comme moyen prophylactique. D'après M. Bouchardat, les habitants des contrées marécageuses n'ont pas de meilleur moyen préventif et même quelquefois curatif des accès ordinaires que le vin, mais pris avec mesure, car les ivrognes de profession sont frappés de la fièvre plus sûrement et plus vite.

Après la guérison des fièvres intermittentes, s'il y a manque d'appétit, débilité, si les digestions sont difficiles, Lobenstein recommande un vin tannique généreux, à des doses moyennes; il en a obtenu d'excellents résultats.

Dans un prochain article nous examinerons l'utilité des vins dans les maladies chroniques.

Du mode d'administration du phosphate de chaux.

Par M. le docteur A. Geneuil, lauréat de la Faculté de médecine.

Lorsque le phosphate de chaux tribasique arrive dans l'estomac, les glandes qui avoisinent le cardia sécrètent de la pepsine, laquelle agit par son acide chlorhydrique et transforme le phosphate neutre en phosphate acide, le seul capable, dit-on, de passer dans l'économie. Malheureusement il n'y a qu'une petite quantité d'acide dans le suc gastrique, et la plus grande partie du phosphate de chaux ne pouvant être acidifiée s'élimine en nature. Qu'ont fait certains médecins? ils se sont dit : Si nous ajoutions au phosphate de l'acide chlorhydrique, l'estomac ne se refuserait pas à ouvrir ses portes circulatoires à notre médicament. Ils allèrent chez M. Coirre, un pharmacien de Paris, qui leur promit de les tirer d'embarras. Mettant en présence l'acide chlorhydrique avec le phosphate de chaux à l'état naissant et à l'abri de l'air, il obtint un phosphate parfaitement soluble dont il put livrer des solutions très-concentrées. Tout allait donc pour le mieux dans le meilleur des estomacs. Voilà maintenant M. André Sanson, professeur à l'école de Grignon, qui n'est pas du tout de cet avis. Il donne aux animaux, d'abord des préparations solubles, et, ensuite, des préparations insolubles qu'ils retrouvent tout entières dans les matières fécales. Suivant lui, ces sels ne peuvent être absorbés que sous la forme d'une nourriture phosphatée, comme les jeunes pousses des graminées, les substances céréales et légumineuses. C'est le seul moyen d'avoir des animaux précoces et qui atteignent un fort poids. Si l'on emploie les moyens pharmaceutiques, on n'arrive à aucun résultat.

Je suis d'autant plus porté à adopter les idées de M. Sanson que j'ai fait prendre plusieurs fois à mes malades différentes préparations de phosphate de chaux neutre ou acide sans obtenir le moindre résultat ; aussi je me propose de les remplacer par la poudre d'os, qui contient plus de sels que toutes les céréales et les légumineuses du monde.

Le phosphate pharmaceutique et celui qu'on administre sous la forme de blé d'avoine ou d'os n'ont pas les mêmes propriétés. Cela se conçoit; dans le blé, l'avoine, le seigle et autres céréales, il y a plusieurs sels, des matières grasses, des matières sucrées, etc. Les os contiennent, d'après Malaguti, non-seulement du phosphate de chaux, mais du carbonate de chaux, du phosphate de magnésie, de l'oxyde de fer, de la gélatine, de la graisse, tandis que le phosphate de chaux ordinaire a été débarrassé de ces substances. Puisqu'il en est ainsi, pourquoi n'emploierait-on pas la poudre d'os toutes les fois qu'une médication phosphatée calcique est nécessaire. Seulement il faut faire attention à une chose, c'est de ne pas calciner les os, car la calcination leur enlève leur acide carbonique, par suite, la force qui rassemble leurs molécules se trouve modifiée, et leur composition chimique est détruite, quand bien même la calcination aurait lieu en vase clos. Après les avoir fait sécher à une douce température, on les réduit en poussière, et comme cette poudre est grasse et se conserverait difficilement, on peut y ajouter du sucre, en faire une pâte; c'est alors sous forme de tablettes de bonbons qu'elle sera donnée aux malades.

Les chiens qui mangent de grandes quantités d'os ne deviennent jamais phthisiques ou rachitiques. Le docteur Renaud (de Montbrun-les-Bains) a remarqué que le lait de femme rendait les jeunes chiens rachitiques, et que des enfants rachitiques avaient été guéris en prenant du lait de chienne. Les analyses de Jacquemar confirment ces observations. D'après cet auteur, le lait de femme contient 1,38 de sels, tandis que le lait de chienne en renferme 13,50. Ces sels sont surtout des phosphates. Le professeur Depaul a vu de ces animaux prendre de la diarrhée et dépérir avec le lait de femme, c'est ce qui me porte à croire que bon nombre de diarrhée chez les enfants sont dues au lait de la nourrice, qui ne contient pas assez de phosphate de chaux. La poudre d'os sera très-utile dans ces affections ; cependant l'on fera bien d'en donner en même temps à la mère et à l'enfant.

Notre poudre devra encore être ordonnée dans la phthisie pulmonaire, le rachitisme, l'ostéomalacie, maladies dans lesquelles on emploie les préparations de phosphate de chaux, qui ne deviennent efficaces que si l'on en fait absorber d'assez grandes quantités. Une autre preuve de la nécessité d'user d'une alimentation phosphatée à la place des préparations chimiques : MM. Dujardin-Beaumetz et Hardy qui ont nourri exclusivement de lait de vache et de farine d'avoine des enfants en bas âge de quatre, huit, dix et onze mois, leur ont fait gagner 21 grammes 50 centigrammes par jour. Ils ont remarqué que la farine d'avoine empêchait la diarrhée tenace chez les enfants débilités. Deux autres médecins, Amédée Latour et le docteur Marie, ont fait des expériences qui ont réussi. Pour moi, il est évident que ces avantages sont dus aux phosphates de l'avoine;

aussi ceux des os me semblent appelés à les remplacer avantageusement. Le phosphate de chaux est si indispensable aux enfants, que ceux qui sont nourris prématurément avec de la viande, alors même qu'ils la digèrent facilement, peuvent devenir rachitiques, parce que la viande, qui renferme de grandes quantités de potasse, est dépourvue de phosphates, dont la première enfance a surtout besoin pour sa nutrition.

En résumé, je pense que les préparations chimiques de phosphate de chaux soluble ou insoluble ne pouvant être absorbées, il faut avoir recours à une alimentation naturellement phosphatée, et que parmi les différents aliments phosphatés proposés jusqu'ici, la poudre d'os me paraît contenir davantage de sels phosphatés à base de chaux capables de pénétrer dans l'économie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 novembre 1874 (1). — Présidence de M. PERRIN.

COMMUNICATIONS

Deux observations de balles ayant séjourné pendant un temps très-long, l'une dans le sinus maxillaire, l'autre sous le scapulum et ayant été extraites. (Voir le numéro du 19 novembre.)

Concrétions calcaires formées dans les deux bourses séreuses prérotuliennes. (Voir le numéro du 24 novembre.)

DISCUSSION

M. DESPRÈS. J'ai observé il y six ans, à l'hôpital de Lourcine, un cas d'ossification des deux bourses séreuses prérotuliennes. Il s'agissait d'une laveuse âgée de soixante ans environ qui, depuis de longues années, avait sur les deux genoux des tumeurs dures, à petits lobules, de consistance osseuse. Sur l'un des deux genoux, la tumeur avait le volume d'une demi-pomme; de l'autre côté, la tumeur était grosse comme une noix. Il n'y avait point d'altération de la peau; la malade ne souffrait pas. Je n'ai point touché à ces tumeurs.

J'ai observé aussi cette année, à l'hôpital Cochin, une jeune fille de dix-neuf ans, pensionnaire d'un couvent, qui avait, dans les deux bourses prérotuliennes, des tumeurs fibreuses un peu douloureuses. Ces tumeurs, lobulées, dures, mais pas autant que les tumeurs crétifiées, que présentait la première malade, me paraissaient être des fibromes. Je ne serais pas éloigné de penser qu'avec le temps ces tumeurs se seraient infiltrées de matières calcaires, et je crois que les ossifications des bourses séreuses passent par la période fibreuse, ainsi que cela a été constaté pour d'autres fibromes.

M. Pamard a enlevé les tumeurs par une incision cruciale; je crois que ce procédé a des inconvénients. La bourse séreuse est située au devant de l'épine du tibia, et une incision cruciale faite en ce point sous une cicatrice sur la partie saillante de l'os, ce qui expose la cicatrice à toutes sortes de chocs et de pressions qui occasionnent des douleurs. J'ai employé un procédé d'ablation à lambeau pour enlever les bourses séreuses prérotuliennes, qui me paraît meilleur. Je taille un lambeau arrondi, correspondant à la moitié de la tumeur enlevée; je dissèque le lambeau et le relève, puis j'énuclée la tumeur. Je laisse retomber ensuite le lambeau, en ayant soin de laisser un drain dans la cavité laissée par la tumeur enlevée, et je réunis. Le tube favorise l'écoulement du pus. Après la cicatrisation, il reste une cicatrice qui n'est point sur la partie saillante des os, et les opérés peuvent appuyer sur leurs genoux. J'ai appliqué ce procédé trois fois, et les résultats ont toujours été excellents.

M. TERRIER. Lorsque j'ai remplacé M. Guérin dans son service, j'ai observé un cas analogue sur un homme. La tumeur avait la grosseur d'un œuf et communiquait à l'extérieur par des trajets fistuleux. J'ai pratiqué l'extirpation en faisant en sorte que la cicatrice ne portât point sur la partie la plus saillante du genou. Je fis examiner la concrétion, qui était entièrement constituée par du carbonate calcaire.

La société décide la publication de deux des observations de M. Pamard et l'insertion au *Bulletin* du rapport de M. Duplay.

COMMUNICATION

M. DEMARQUAY fait la communication suivante :

Recherches faites sur un malade affecté d'anus contre nature.— Nous avons souvent, dans nos services de chirurgie, des faits dont l'étude pourrait servir à l'avancement de la physiologie humaine. Les physiologistes de laboratoire ne sont point de cet avis et professent volontiers que l'expérimentation physiologique sur les animaux doit être la base de cette science. A cela je répondrai que certains malades portent sur eux des lésions que l'expérimentation ne peut réaliser que sur les animaux : dans ce cas, l'observation devient d'autant plus intéressante qu'elle a l'homme pour objet et pour observateur. A l'appui de cette manière de voir, je pourrais citer toutes les notions que nous avons recueillies sur l'homme, en profitant des diverses lésions dont le tube digestif peut être atteint : ces lésions ont permis de suivre les phénomènes qui s'accomplissent au sein de cet organe, et de pratiquer certaines expérimentations tout à fait inoffensives qui ont donné des résultats assez remarquables. J'ai profité du passage dans mon service d'un homme affecté d'un anus contre nature, pour faire une série de recherches qui ne me paraissent point dépourvues d'intérêt.

Avant de rapporter l'histoire de mon malade, je voudrais rappeler, quoique d'une façon bien incomplète, ce qu'ont observé d'autres chirurgiens dans des cas à peu près analogues.

Au siècle dernier, les chirurgiens qui se sont le plus occupés de l'anus contre nature, Louis et Sabatier entre autres, avaient fait quelques remarques intéressantes sur le temps que mettent les aliments et les boissons pour aller de la bouche à l'orifice du bout supérieur de l'intestin. On trouve également, dans le mémoire d'Astley Cooper sur la hernie étranglée, des indications sur le même point qui mérite d'être notées. Ce qui ressort de ces diverses observations, c'est 1° que les boissons, contrairement à ce qui, d'après les physiologistes, se passe dans les conditions normales, au lieu d'être absorbées en majeure partie par l'estomac, ne font que traverser cet organe et arrivent à l'anus anormal en un laps de temps très-court, une ou deux minutes, parfois même en quelques secondes, ce qu'on explique par l'irritabilité excessive de la muqueuse digestive sous l'influence de la lésion intestinale; 2° que les aliments se présentent à la même ouverture dans un état de digestion d'autant plus avancée que la lésion intestinale se trouve plus éloignée du pylore, ce qui n'a pas besoin d'explication.

Lallemand, dont l'esprit ingénieux était tourné vers les applications de la physiologie à la médecine, mit à profit mieux que ses devanciers, du moins au point de vue de la physiologie, les nombreux cas d'anus contre nature que la réputation de Dupuytren pour la cure de cette infirmité attirait alors à l'Hôtel-Dieu. Le futur auteur des *Lettres sur l'encéphale* étudia le temps que mettent divers aliments à traverser l'estomac et une portion de l'intestin; il chercha la raison des différences qu'ils présentent à cet égard, et fut ainsi amené à établir quelques données assez exactes concernant leur digestibilité. Ses explications n'ont pas toujours été justes, parce que la composition chimique des aliments d'un côté, de l'autre l'action spéciale des divers sucs digestifs étaient mal connues. Mais il n'en a pas moins observé des faits dignes de remarques, et certaines des conclusions qu'il crut pouvoir en tirer sont aujourd'hui parfaitement acceptables.

A une époque plus rapprochée de nous, il y a une quinzaine d'années, Busch publia dans les *Archives* de Virchow un travail important, dans lequel il donnait le résultat de ses recherches physiologiques entreprises sur une femme qui, à la suite d'une plaie pénétrante de l'abdomen, s'était trouvée affectée d'une fistule intestinale siégeant à la partie supérieure du jéjunum, particularité qui rapproche tout à fait ce cas de ceux dont je m'occupe ici. Ces recherches portent à peu près uniquement sur les phénomènes physiques et chimiques de la

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 17, 19 et 21 novembre.

digestion et fournissent à ce sujet des données relativement nouvelles et dans tous les cas fort intéressantes.

J'arrive maintenant à mon malade.

Le sujet de mon observation est un homme de soixante-trois ans. qui est venu se faire opérer le 9 mars dernier, dans mon service, d'une hernie inguinale droite étranglée depuis plusieurs jours. En ouvrant le sac, nous trouvâmes une petite partie de la circonférence de l'intestin étranglée et mortifiée. Il fallut établir un anus contre nature, ce qui eut lieu : celui-ci avait été fait à la partie supérieure de l'intestin grêle, ainsi que cela résulte de l'étude de l'intestin au moment de l'opération. Les choses allèrent très-bien, il ne survint aucun accident. En attendant que la rétraction de l'intestin s'opérât et que le cours des matières se rétablît, j'ai voulu faire une série d'observations. Mais dès les premiers jours de mai, l'anus contre nature était fermé.

Mes observations n'ont pu porter que 1° sur le cours des matières intestinales, 2° la puissance absorbante de la muqueuse de l'intestin grêle, et 3° enfin, sur l'excrétion de l'urée.

1° La rapidité du parcours des matières gastro-intestinales est extrêmement variable. Bien que notre opéré jouît en apparence d'une santé parfaite et qu'il fût soumis à une alimentation convenable, il maigrit d'une manière sensible pendant le temps qu'a duré l'anus contre nature; de plus, souvent ses voies digestives étaient troublées, il survenait quelques coliques qui déterminaient, par l'anus anormal, l'issue d'une grande quantité de matières.

Quand notre malade n'éprouvait aucun trouble digestif, les matières mettaient un temps assez long pour parcourir l'intestin, ce dont il était facile de s'assurer en mêlant aux aliments une certaine quantité de sous-nitrate de bismuth. Les matières ont mis une fois huit heures à parcourir l'intestin; mais le plus souvent, il leur fallait un temps moins considérable; au bout de quelques heures, les matières, de jaune qu'elles étaient auparavant, sortaient subitement colorées en brun par le sous-nitrate de bismuth.

Quand l'intestin était irrité, le parcours des matières se faisait avec une bien plus grande rapidité : il suffisait alors d'un temps très-court, variant suivant le degré de cette irritabilité. Nous vîmes une fois, au bout de vingt minutes, les matières intestinales sortir colorées en brun sous l'influence du bismuth. Les deux limites extrêmes ont été huit heures et vingt minutes.

D'où vient cette susceptibilité de l'intestin, dont les malades affectés d'anus contre nature nous offrent souvent la preuve? Est-ce là le résultat d'un fait pathologique; l'intestin, anormalement ouvert, s'irrite-t-il plus facilement, ou bien ne serait-ce que l'exagération d'un phénomène physiologique, le mouvement alternatif péristaltique et antipéristaltique destiné à favoriser la digestion des aliments et ensuite leur absorption? Quoi qu'il en soit, cette irritabilité des intestins chez les malades affectés d'anus contre nature est un fait important, il explique l'amaigrissement rapide dont les malades affectés d'anus contre nature sont souvent atteints, et même la mort assez prompte, qui peut survenir quand l'anus contre nature est situé sur un point élevé de l'intestin, attendu que les matières intestinales n'ont point le temps d'être ni digérées, ni absorbées.

Il est bien évident que notre opéré serait mort au bout d'un certain temps tout à fait épuisé par le rejet continuel de matières intestinales à travers son anus anormal, si la nature n'eût rétabli d'elle-même le cours des matières. Ici il n'y avait point à intervenir, il n'y avait point d'éperon à combattre; quelques jours après le rétablissement du cours des matières, le malade reprenait une tout autre physionomie, bien que la nourriture fût la même.

2° Un second sujet d'observation avait pour objet de déterminer la puissance et la rapidité d'absorption de la surface interne de l'intestin grêle, comparée à celle de l'estomac, du rectum et du tissu cellulaire. Pour arriver à ce résultat, j'ai injecté à plusieurs reprises dans la cavité de l'intestin, à l'aide d'une sonde, 100 grammes d'eau gommée tiède tenant en dissolution 1 gramme d'iodure de potassium. Cela fait, le doigt était appliqué sur l'anus contre nature, une sonde était introduite dans la vessie, permettant de laisser sortir aussi souvent qu'on le voulait, une petite quantité d'urine. L'iode fut recherché dans l'urine et dans la salive de la manière suivante : un morceau de pain azyme était imprégné de salive et, de là porté, dans un verre contenant de l'eau étendue d'acide nitrique. Aussitôt que la salive contenait une faible quantité d'iode, il se manifestait par la coloration en violet et en bleu du pain azyme; il en était de même de l'urine. En recherchant l'iodure de potassium dans la salive et dans l'urine, nous sommes arrivés au résultat suivant :

Dans une série d'expériences faites avec soin et que nous ne répétions que lorsque l'organisme avait rejeté l'iode introduit et qu'il n'y en avait plus de traces ni dans les urines ni dans la salive, nous avons noté constamment, dans un intervalle de cinq à huit minutes, la présence de l'iodure de potassium dans la salive et dans les urines.

Ces résultats sont-ils l'expression de l'état normal? En raison de la lésion de l'intestin, je n'oserais le dire; mais on peut affirmer, que si ils ne sont point l'expression de l'état normal, ils doivent en approcher. Sur le sujet, j'ai voulu comparer quelle était de toutes les voies d'absorption la plus rapide, j'ai donc étudié l'absorption de l'iodure de potassium : 1° par l'estomac, 2° par le rectum et 3° par le tissu cellulaire.

1° Par l'estomac, nous avons obtenu le résultat suivant : le mardi 17 mars, le malade prend un julep gommeux contenant 1 gramme d'iodure de potassium, et quarante minutes après, nous obtenions dans les urines une coloration bleue très-marquée avec le papier amidonné ou le pain azyme.

Si nous comparons maintenant les résultats obtenus à ceux que nous avons fait connaître en 1867 dans l'*Union médicale*, nous verrons une sensible différence relativement à l'absorption et à l'élimination de l'iodure de potassium. Voici ce que nous écrivions à cette époque dans notre mémoire sur l'absorption des médicaments par l'homme sain. Les sujets mis en expérience, étant surtout des hommes jeunes auxquels nous administrions de 50 centigrammes à 1 gramme d'iodure de potassium : « Ces expériences, disions-nous, ont montré que si l'estomac est doué de la même puissance d'absorption chez tous les sujets, ce qui est douteux, il y a du moins des différences dans son élimination. En général, sauf de rares exceptions, l'iodure de potassium introduit dans l'estomac manifestait sa présence dans les urines dans une période de neuf à quinze minutes; nous avons répété nos expériences sur un assez grand nombre de personnes pour être certain que les chiffres que nous donnons sont l'expression de la vérité. Cependant, bien que les jeunes gens sur lesquels nous expérimentions fussent dans les mêmes conditions de vacuité de l'estomac, nous devons ajouter que nous avons trouvé deux ou trois sujets chez lesquels il y avait une difference notable (comme dix ou quinze minutes de différence); fait sans doute peu important au point de vue de la digestion, puisque ces individus se portent bien... »

2° Le rectum, vidé par les lavements et ne recevant plus les produits de la digestion, était inerte, revenu sur lui-même. Le 22 mars, on donna un demi-lavement, contenant 1 gramme d'iodure de potassium; au bout de vingt minutes, la salive dénotait la présence de l'iodure de potassium, et au bout de vingt-cinq minutes, on trouvait cette substance dans les urines. Nous remarquerons que, dans ce cas, l'absorption par le rectum a été bien plus rapide que par l'estomac; c'est ce que nous avons observé précédemment, ainsi qu'on peut en juger par le résultat suivant.

Résultat de cinq expériences :

1re expérience, élimination par la salive en sept minutes.

2e, en cinq minutes.

3e, en cinq minutes.

4e, en six minutes.

5e, en deux minutes.

Il est juste d'ajouter que ces expériences étaient faites sur des individus sains et jeunes, tandis que notre malade subissait un trouble considérable dans ses fonctions digestives par le fait de l'anus contre nature; d'ailleurs, nous savons par nos précédentes expériences, que l'absorption de l'iodure de potassium ne se fait point avec la même activité chez tous les sujets.

4° Quant à la puissance d'absorption par le tissu cellulaire, voici l'expérience qui a été faite : 50 centigrammes d'iodure de potassium dissous dans 4 grammes d'eau, ont été injectés dans le tissu cellulaire du bras. Au bout de vingt-deux minutes, nous trouvions de l'iode dans la salive, et quarante-trois minutes après seulement dans les urines.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Nantes. — Par arrêté du 30 octobre, M. le ministre a décidé qu'il sera ouvert deux concours à l'école de médecine de Nantes, savoir : 1° le 17 février 1875, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie interne et de thérapeutique ; — 2° le 17 avril 1875, un concours pour un emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— Les résultats des concours de l'année scolaire 1873 et 1874, ont été proclamés à la séance de rentrée de l'école.

Étudiants en médecine de première année. — 1er prix : M. Ollive ; — 2me prix : M. Giraudeau ; — 1er accessit : M. Gergaud.

Étudiants en médecine de deuxième année. — Aucune récompense n'a été accordée.

Étudiants en médecine de troisième année. — 1er prix : M. Lebec ; — 1er accessit : M. Rouxeau.

Étudiants en pharmacie. — Prix : M. Trolley-Dulongchamp. — Accessit : M. Monnier.

— Le très-intéressant rapport lu à la séance solennelle de rentrée de l'école, par M. le professeur Viand-Grand-Maris, nous donne quelques chiffres bon à relever.

Pendant l'année scolaire 1873-1874, 93 élèves ont été régulièrement inscrits ; à ce nombre il faut ajouter les auditeurs bénévoles. 355 inscriptions ont été délivrées à 50 aspirants au doctorat. 20 aspirants au titre d'officier de santé, et 18 aspirants au titre de pharmacien de seconde classe.

— *Hôpitaux de Nantes.* — Sont nommés :

Internes : M. Rouxeau, Mme Ricard, MM. Bourrian, Lerat, Gerbier, Jacquier et de la Rabrie. — *Interne provisoire :* M. Simoneau.

Externes : MM. Ollive, Lahaye, Chenantais, Gergaud, Barriot, Hecquard, Josso, Chatellier, Aramburu et Morel.

— *Hôpital de la Charité.* — M. le docteur G. Hayem, suppléant de M. le professeur Bouillaud, reprendra ses leçons cliniques, le jeudi 3 décembre, à neuf heures et demie, et les continuera les samedis et jeudis suivants, à la même heure. — Tous les mardis leçon aux lits des malades à huit heures et demie.

— *Hospice de la Salpêtrière.* — M. le professeur Charcot commencera ses leçons cliniques sur les maladies du système nerveux, demain dimanche 29 novembre, à neuf heures et demie.

— M. le docteur Fort commencera un cours public sur l'anatomie des centres nerveux le lundi 30 novembre, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants.

M. Fort recommencera, le 14 décembre, un cours particulier et complet d'anatomie, cours qui durera trois mois et se composera de deux leçons par jour, midi et demi et quatre heures.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 30 novembre 1874.

Avec la noble ambition de faire revivre les traditions de l'ancienne Académie de chirurgie, se réunissait, il y a une trentaine d'années, l'élite des chirurgiens français. La Société de chirurgie a très-brillamment développé ce programme. Aujourd'hui elle occupe une place considérable dans la science.

La *Gazette des Hôpitaux*, son organe officiel, lui a toujours prêté le concours le plus large et le plus dévoué. Mais le développement de plus en plus considérable de ses procès-verbaux avait fini par créer une situation préjudiciable aux intérêts de la société, dont les procès-verbaux souffraient parfois des retards, et préjudiciable aux intérêts du journal, où l'élément chirurgical prenait une place par trop absorbante. Cet état de choses cessera à la fin de cette année, et, sous le nom de *Bulletin de la Société de chirurgie*, paraîtront chaque mois les procès-verbaux officiels que, jusqu'à ce jour, nous publions chaque semaine.

La *Gazette des Hôpitaux* n'oubliera pas les liens qui l'ont attachée trente années à une société qu'elle a encouragée à sa naissance, qu'elle a aidée dans ses premières années, et aux travaux de laquelle elle entend continuer à donner la plus grande publicité. A ses yeux, la Société de chirurgie est une académie. Elle lui consacrera chaque semaine une place égale à ce qu'elle a coutume d'accorder à l'Académie de médecine.

Rendue à sa liberté, la *Gazette des Hôpitaux* a pensé qu'elle devait à ses lecteurs de placer immédiatement la rédaction chirurgicale sous un contrôle sévère. Elle est heureuse d'annoncer que M. Lannelongue, professeur agrégé près la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux et membre de la Société de chirurgie, prend à partir d'aujourd'hui la direction chirurgicale de la *Gazette des Hôpitaux*.

Tous ceux qui connaissent M. Lannelongue savent que jamais il ne sacrifiera l'intérêt de la science ; et que, sous sa savante et prudente impulsion, la partie chirurgicale du journal sera toujours maintenue dans cette ligne à laquelle nous devons le succès de notre œuvre, et que nous pouvons résumer en cette formule :

Accueil bienveillant à tous les travailleurs. — Discussion loyale et courtoise. — Pas de coteries.

LA DIRECTION.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Une note intéressante de M. Benjamin Anger sur l'*hétéroplastie* est le seul fait que nous ayons à signaler dans cette séance. M. B. Anger ayant à combler une plaie très-vaste et ne trouvant pas pratique d'enlever au sujet lui-même le nombre de *greffes épidermiques* nécessaire pour obtenir la cicatrisation, a eu l'heureuse idée de prendre les greffes sur des membres amputés appartenant à d'autres sujets, et il a réussi. De là le nom d'*hétéroplastie*.

« Ce premier succès de greffes hétéroplastiques, dit-il, me donna l'idée d'opérer avec des greffes dermo-épidermiques, obtenues de la même façon. Je réussis encore, et je fus ainsi conduit à présumer que, probablement, je réussirais également en transplantant des greffes qui comprendraient toute l'épaisseur de la peau et même le tissu cellulaire sous-cutané.

« Une première greffe cutanée hétéroplastique fut pratiquée à l'aide de lambeaux qui comprenaient toute l'épaisseur de la peau, et qui avaient été pris sur la face palmaire d'un doigt amputé. Les greffes cutanées avaient 1 ou 2 centimètres de circonférence, et furent appliquées sur la jambe ulcérée d'un autre sujet, une ou deux minutes après l'amputation ; elles furent maintenues à l'aide de bandelettes de diachylon. Trois jours après, j'enlevai les bandelettes et je constatai que les parties greffées étaient intimement unies à la surface de la brûlure et manifestement vascularisées.

« J'ai obtenu également la greffe de portions de peau dans toute leur épaisseur qui entouraient une tumeur des lombes. Enfin j'ai réussi à greffer la muqueuse préputiale d'un jeune sujet opéré de la circoncision.

« Dans tous les cas, la greffe a été faite avec des tissus qui avaient conservé la température du corps. Dans les deux dernier, j'avais placé les deux sujets l'un auprès de l'autre, de façon à pouvoir pratiquer la transplantation sans aucune perte de temps.

« L'observation m'a montré que l'épiderme qui recouvrait les lambeaux devenait, au bout de quelques jours, moins adhérent et paraissait prêt à se détacher. J'ai constaté, dans tous les cas, qu'au bout de quatre, cinq ou six jours, cet épiderme tombait en laissant le lambeau dénudé comme la surface d'un tégument fraîchement recouvert d'un vésicatoire. La cicatrice ne s'en est pas moins formée très-rapidement sur toute la surface du lambeau et à sa périphérie. Ce résultat est de nature à faire croire que les greffes dites épidermiques ne réussissent qu'à la condition d'une lamelle du derme unie à l'épiderme.

« Je n'ai appliqué l'hétéroplastie cutanée que chez une ma-

lade pour obtenir la cicatrisation d'une large brûlure, mais je crois pouvoir espérer et prévoir de nombreuses et fécondes applications de ma méthode. Les opérations seront toujours absolument inoffensives, puisque les parties séparées pour d'autres opérations suffisent. Le chirurgien devra apporter la plus grande attention à la recherche des états diathésiques qui pourraient exister chez le sujet auquel le tégument est enlevé. Ce serait agir avec une très-grande imprudence que de faire l'hétéroplastie de portions de peau prises au voisinage trop direct d'un tissu cancéreux ou d'agir avec les tissus d'un sujet atteint de maladie contagieuse. »

Dr Édouard Fournié.

HOTEL-DIEU

M. B. Ball, suppléant de M. le professeur Béhier.

Des tumeurs cérébrales.

Leçons recueillies par H. Liouville (1).

Messieurs, les symptômes que nous venons d'étudier en détail n'ont de valeur, au point de vue du *diagnostic*, que par leur ensemble. Il n'existe, en réalité, aucun signe pathognomonique des tumeurs cérébrales, et c'est sur la réunion de plusieurs phénomènes simultanés qu'il faut toujours s'appuyer pour formuler une opinion précise à cet égard.

Peut-être y aurait-il lieu d'admettre une exception par rapport aux altérations de la rétine, qui nous sont révélées par l'ophthalmoscope. Mais n'anticipons pas sur une question qui sera traitée plus loin avec tous les détails qu'elle comporte.

Lorsque, chez le même sujet, on rencontre de la céphalalgie, de l'amaurose, des troubles sensoriels, des paralysies circonscrites de la motilité, des convulsions épileptiformes, du strabisme et des vomissements, on peut assurer presque à coup sûr qu'il existe une tumeur intra-crânienne; et pourtant il existe, même alors, des cas douteux. Il faut donc discuter l'un après l'autre les divers problèmes qui peuvent se présenter au clinicien, et chercher, dans l'étude symptomatique à laquelle nous venons de nous livrer, les éléments du diagnostic pour chaque cas particulier. Nous aurons ensuite à nous demander dans quelle mesure il est possible de déterminer le siége et la nature de la tumeur, lorsqu'il est bien démontré qu'elle existe; nous aurons enfin à faire l'application de ces données générales à la malade qui fait l'objet de ces leçons.

De toutes les lésions intra-crâniennes qui peuvent simuler une tumeur cérébrale, celles qui s'en rapprochent le plus, par l'ensemble de leur physionomie, sont les hémorrhagies et les ramollissements. Il est souvent impossible d'établir la distinction en pratique : toutefois la science ne reste pas encore absolument désarmée, comme nous allons le voir.

On peut dire d'une manière générale que les hémorrhagies s'accusent par des symptômes plus franchement caractérisés que ceux qui résultent des tumeurs cérébrales. Au lieu d'une marche lente, insidieuse et progressive, débutant par la céphalalgie, le strabisme ou l'affaiblissement de la vue, pour aboutir, après des phases diverses, à des paralysies plus ou moins complètes, nous avons, dans la plupart des cas d'hémorrhagie, un *ictus apoplecticus* qui marque nettement le début des accidents, et qui est suivi des troubles fonctionnels les plus évidents et les plus faciles à constater.

Les paralysies post-hémorrhagiques sont, en général, bien plus franches et complètes que celles qui se rattachent à une tumeur intra-crânienne. Elles subissent après leur début une diminution souvent rapide, surtout par rapport à la sensibilité; elles sont suivies, dans les cas moins favorables, d'une contracture permanente; enfin, après un retour plus ou moins complet à la santé, le malade est exposé à une nouvelle attaque d'apoplexie.

Il est aisé de constater combien ces allures diffèrent de celles qui caractérisent habituellement les hémiplégies des tumeurs cérébrales. Mal définies dans la plupart des cas, ressemblant à des parésies plutôt qu'à de véritables paralysies, elles ont une tendance à suivre une marche ascendante, interrompue, il est vrai, par des améliorations passagères, mais aboutissant, en dernière analyse, à l'aggravation progressive de tous les symptômes.

D'une manière habituelle, les hémorrhagies cérébrales donnent naissance à des hémiplégies frappant le bras et la jambe du même côté; mais la paralysie des nerfs crâniens, si fréquente dans les tumeurs, est peu commune, au contraire, dans les hémorrhagies, surtout en ce qui touche aux nerfs moteurs de l'œil. Aussi le strabisme et le prolapsus palpébral sont-ils ici des phénomènes des plus précieux, moins encore par leur fréquence relative que par la signification toute spéciale qui s'y rattache. Nous en dirons autant des vomissements, qui n'existent dans l'hémorrhagie qu'à titre exceptionnel.

Les troubles de la sensibilité méritent aussi de fixer notre attention. La céphalalgie, qui joue un rôle considérable dans les tumeurs, ne se présente qu'à titre d'exception dans l'hémorrhagie; nous en dirons autant de l'abolition des sens spéciaux, et plus spécialement de l'amaurose.

Les modifications de la température pourraient fournir des renseignements utiles, s'il était possible de les observer au début même des accidents. Immédiatement après l'explosion de l'hémorrhagie cérébrale, il se manifeste un abaissement de température (Charcot); la chaleur revient ensuite, après un court espace de temps (une demi-heure environ). Au contraire, lorsqu'il s'agit des accès apoplectiformes des tumeurs cérébrales, la température s'élève au moment de l'attaque.

Enfin les antécédents du sujet (syphilis, tubercules pulmonaires, coups, chutes sur la tête), pourront également fournir au diagnostic des éléments utiles.

Nous ne dirons qu'un mot des hémorrhagies méningées. Si les accidents convulsifs, les vertiges et la céphalalgie sont des phénomènes qui leur sont communs avec les tumeurs, elles en diffèrent entièrement par tous les autres symptômes : le strabisme, l'amaurose, les vomissements, les paralysies limitées à un ou plusieurs des nerfs crâniens, se rencontrent dans les tumeurs cérébrales et font défaut dans les hémorrhagies méningées; en outre, leur début soudain, leur marche rapide offrent un contraste évident avec les allures habituelles des tumeurs. Rappelons-nous enfin que les hémorrhagies méningées ne surviennent guère que chez les enfants, les vieillards, les alcooliques ou les aliénés : il est donc permis d'en écarter l'idée, dans les cas qui n'appartiennent à aucune de ces catégories.

Si nous avions à distinguer l'hémorrhagie du ramollissement cérébral, nous pourrions invoquer en faveur de cette dernière affection la plupart des caractères que nous venons d'assigner aux tumeurs. Aussi le diagnostic est-il souvent ici d'une extrême difficulté, d'autant plus que les produits morbides situés à l'intérieur du crâne déterminent presque toujours autour d'eux un certain degré de ramollissement.

Mais il faut discuter séparément les deux formes principales

(1) Suite.— Voir les numéros des 22, 24, 29 septembre, 8, 13 et 19 octobre.

de cette maladie : la forme aiguë, qui emprunte à l'hémorrhagie la plupart de ses symptômes; et la forme chronique, à longue évolution, qui est souvent confondue avec les tumeurs cérébrales.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une hémiplégie, qui s'est brusquement produite, avec ou sans perte de connaissance, il faut avant tout interroger l'auscultation. S'il existe un souffle au cœur, on aura de fortes raisons pour croire à une embolie cérébrale, et si des oblitérations artérielles venaient à se produire sur le trajet des membres, les probabilités se transformeraient en certitude. Ajoutons enfin que l'aphasie, ce trouble intellectuel si singulier, qui peut exister sans doute dans les hémorrhagies et les tumeurs, se montre de préférence dans les ramollissements par embolie.

Voilà donc des indices qui permettront, dans la plupart des cas, de reconnaître la vérité. Mais il est une question sur laquelle nous devons nous arrêter ici.

La soudaineté du début a été invoquée pour distinguer des tumeurs les hémorrhagies, soit cérébrales, soit méningées, ainsi que les ramollissements aigus. Mais une tumeur intra-crânienne ne peut-elle jamais donner lieu à une hémiplégie subite? Des observations positives, recueillies par des auteurs du mérite le plus éminent, nous prouvent qu'il peut en être ainsi ; mais, à coup sûr, c'est là bien plutôt une exception que la règle. D'ailleurs, dans presque tous les cas où ce phénomène a été signalé, il existait du ramollissement autour de la tumeur, ce qui semble donner une explication plausible d'un fait assez difficile à comprendre. Toutefois, s'il demeure établi que l'invasion soudaine des accidents ne permet pas d'écarter d'une manière absolue l'hypothèse d'une tumeur cérébrale, il est certain que le calcul des probabilités doit, en pareil cas, faire pencher la balance en faveur d'un diagnostic différent.

S'il est possible, dans une certaine mesure, de reconnaître l'existence d'un ramollissement aigu, et de ne point le confondre avec une tumeur cérébrale, la difficulté devient bien plus sérieuse lorqu'il s'agit d'un ramollissement chronique. Non-seulement cette affection coïncide souvent avec les tumeurs, mais encore elle s'en rapproche, au point de vue symptomatique, par la céphalalgie, les vertiges, les convulsions et les douleurs quelquefois très-intenses qui se produisent sur le trajet des membres; enfin les paralysies du ramollissement cérébral offrent une physionomie vague et mal définie, avec des intervalles de rémission et d'exacerbation, qui se retrouvent également dans l'histoire des tumeurs.

Le diagnostic est cependant à la rigueur possible, si l'on tient compte de la fréquence des paralysies partielles, dues à la compression des nerfs crâniens, dans les cas de tumeur; ce phénomène est très-exceptionnel dans les ramollissements; il en est de même des vomissements, de l'amaurose, et des autres troubles sensoriels; d'ailleurs les convulsions prédominent dans les tumeurs, et les contractures dans les ramollissements. Il faut aussi tenir compte de l'âge des malades; les tumeurs cérébrales se montrent surtout à la période moyenne de la vie, tandis que le ramollissement se produit surtout chez des sujets âgés. Les antécédents du malade, les affections concomitantes (tubercules, syphilis), doivent aussi préoccuper le clinicien. Enfin l'on ne saurait oublier que, dans ces deux maladies, l'état intellectuel est loin d'être le même : le ramollissement conduit à l'affaiblissement des facultés, avec perte de la mémoire, et facilité extrême au rire et aux larmes; les tumeurs, au contraire, respectent en général l'intelligence, et lorsqu'elles doivent l'altérer, produisent plutôt l'aliénation mentale, la brusquerie et l'irritabilité de caractère, que cet état de démence plus ou moins complète, vers laquelle convergent les altérations intellectuelles du ramollissement cérébral.

Nous ne chercherons pas à faire ici la description de l'encéphalo-méningite, qui ressemble à tant d'égards aux tumeurs cérébrales : la marche des accidents est ici le principal élément du diagnostic.

Mais il n'est pas absolument impossible de distinguer les abcès des tumeurs intra-crâniennes, bien que, de part et d'autre, il existe des phénomènes de compression plus ou moins nettement caractérisés.

Les abcès du cerveau présentent habituellement une évolution plus rapide ; les signes de compression cérébrale sont plus nets, et la céphalalgie est plus intense, bien que Griesinger ait prétendu le contraire. On pourrait dire d'une manière générale que l'abcès se comporte comme *une tumeur aiguë*.

A la suite d'une cause souvent facile à reconnaître, il se développe une douleur de tête fixe et nettement localisée sur un point qui correspond presque toujours au siége de la collection purulente ; puis surviennent les accidents consécutifs, convulsions ou paralysies, et la mort ne se fait pas longtemps attendre.

Au point de vue étiologique, le traumatisme, l'infection purulente, la carie des os du crâne, les affections des fosses nasales et surtout de l'oreille occupent ici de beaucoup la première place, et c'est là, sans conteste, un excellent moyen de diagnostic. Lorsque l'on voit, par exemple, se manifester des symptômes de compression cérébrale au moment où un écoulement par l'oreille vient de disparaître, on doit toujours songer à la formation d'un abcès à l'intérieur du crâne.

Il existe souvent une profonde ressemblance entre les symptômes que nous venons de décrire et ceux que produisent certaines méningites de la base qui, en comprimant les nerfs crâniens, amènent des paralysies plus ou moins circonscrites, et empruntent ainsi l'un des caractères les plus importants des tumeurs cérébrales. Il est quelquefois possible de distinguer à l'exophthalmoscope ces deux lésions différentes ; cependant il vaut mieux s'en rapporter à ces accidents convulsifs, à ces hémiplégies tardives, qui font rarement défaut dans les tumeurs intra-crâniennes.

Nous sommes loin d'avoir épuisé la liste des affections avec lesquelles on peut confondre les tumeurs de l'encéphale; mais une énumération complète nous entraînerait beaucoup trop loin. Qu'il nous suffise donc d'avoir indiqué les principes généraux qui doivent présider au diagnostic, et passons à la discussion des deux autres problèmes qui s'imposent à l'observateur : nous voulons parler de la *nature* et du *siége* de la lésion. (*A suivre.*)

PROTHÈSE BUCCALE ET FACIALE (1)

Par M. DELALAIN.

2° *Mastication des aliments.* — En conservant la salive, notre système prothétique remplit déjà une des conditions voulues pour faciliter l'acte initial de la digestion, savoir : l'imbibition des aliments par le fluide salivaire.

Fallait-il nous arrêter, comme le dit l'observation, à l'idée d'un dentier artificiel muni de ressorts?

Nous ne le pensions pas, car nous nous demandions quels mouvements on aurait pu en obtenir, et surtout quels effets on en aurait acquis. Il était encore moins possible d'accrocher cette mâchoire artificielle aux molaires inférieures restantes, dans l'espoir que les muscles élévateurs qui agissent encore sur ces derniers, communi-

(1) Fin. — Voir le numéro du 26 novembre.

queraient un mouvement masticatoire à la mâchoire artificielle. Ces dents inférieures étaient dans un très-piteux état; elles auraient été vite déchaussées par les anneaux métalliques; il fallait donc se borner à utiliser, autant que possible, les cinq dents restantes; mais cela était encore plus impossible, car ces cinq dents survivantes ne correspondaient plus avec les molaires de la mâchoire supérieure. La

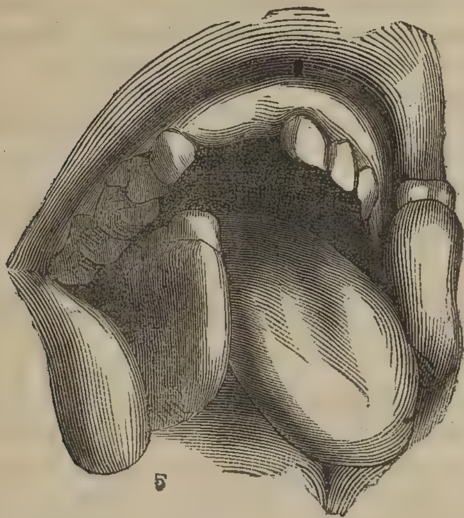


Fig. 4.

partie restante de la branche droite du maxillaire inférieur était déviée en dedans, les trois maxillaires qu'elle supportait venaient battre très-fortement contre le bord interne de la couronne des molaires supérieures et glissaient jusqu'au collet de la gencive pour ulcérer par leur frottement la voûte palatine.

Les deux molaires inférieures de gauche, par suite d'une déviation de la partie restante de la branche maxillaire de ce côté, allaient également butter entre la joue et le rebord alvéolaire externe du maxillaire supérieur contre les gencives qu'elles irritaient, rendant la mastication impossible; aussi nous sommes-nous alors contenté pour remplir les principales indications, savoir : de favoriser la mastication et de protéger la voûte palatine ainsi que les gencives, d'exécuter une pièce dentaire qui s'adapte à la voûte palatine et y adhère latéralement aux dents naturelles.

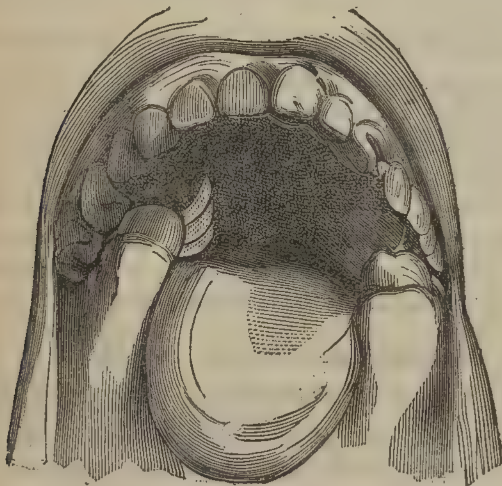


Fig. 5.

Cette pièce est, au moyen d'une plaque qui s'adapte sur la voûte palatine, et sur laquelle nous avons placé à droite, et en dedans des trois dernières molaires, trois contre-dents postiches, de telle façon que les molaires inférieures naturelles viennent battre contre elles. Ainsi les trois dents molaires qui restent du maxillaire inférieur, et les trois contre-dents postiches appliquées en haut sur la plaque, peuvent servir à la trituration des aliments, et, de plus, la voûte palatine et sa muqueuse se trouvent protégées contre tout frottement direct.

Du côté gauche du maxillaire supérieur, nous avons simplement encore placé, tenant à la plaque palatine et latéralement, entre l'arcade dentaire naturelle et la joue, des dents postiches plates incisives.

Si cette dernière disposition comme nous le craignions, puisque nous n'avons mis que des dents plates, n'a pas rétabli la mastication de ce côté, elle a au moins protégé les gencives contre une irritation continue.

A ces diverses dispositions pouvant contribuer à favoriser la mastication, nous devons ajouter celle-ci. C'est que, grâce aux dents postiches placées en avant de la pièce n° 2 (l'obturateur) le mutilé peut

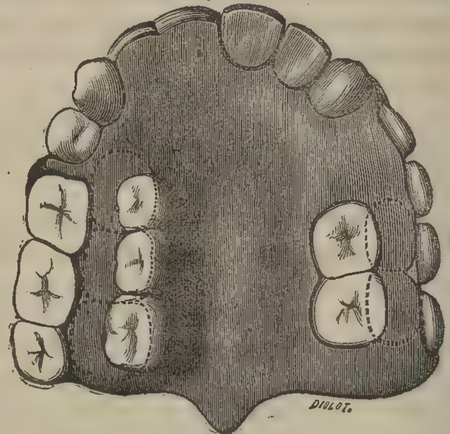


Fig. 6. — La pièce dentaire posée sur le plâtre. — Le pointillage que l'on remarque à droite et à gauche indique la place occupée pendant le travail de la mastication par les molaires restantes inférieures.

presser contre elles et goûter les aliments mous ou déjà triturés avec ses molaires de droite; n'ayant qu'à enlever la pièce n° 3 (le suçoir salivaire) et mélangeant avec la salive du réservoir, ou celle qui s'écoule pendant l'acte de la trituration qui a lieu avec les trois molaires inférieures naturelles, et les trois contre-dents postiches supérieures droites.

3° *Articulation des sons.* — En diminuant l'ouverture qui existait, en relevant la langue qui était pendante par un petit plancher mobile, en remplaçant les dents qui manquaient en avant à la mâchoire supérieure, en plaçant les dents postiches à la pièce n° 2, en recourbant un peu en avant et en haut la pièce accessoire n° 3, nous sommes parvenu à un résultat aussi satisfaisant que possible, sous le rapport de la facilité et de la netteté de l'expression de la voix.

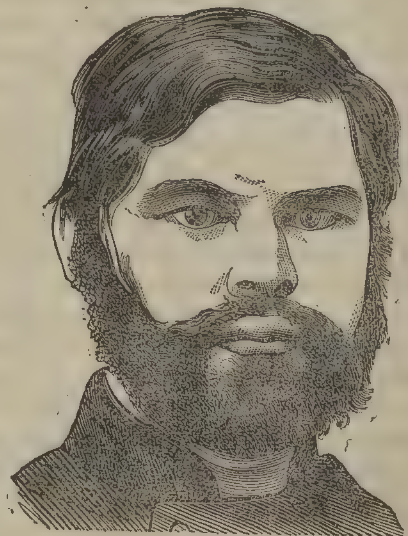


Fig. 7.

4° *Préserver la voûte palatine contre une déformation progressive qui aurait rendu inutiles les contre-dents.* — Nous avons déjà expliqué comment la pièce n° 4, adhésive à la voûte palatine, remplit toutes ces indications, en les consolidant, et en protégeant la muqueuse gingivale.

5° *Masquer autant que possible la mutilation et, au besoin même, la prothèse.* — La pièce n° 1, le menton en argent tout en servant de support solide et de réservoir de sûreté, porte de plus, ce qui est aussi le plus simple et le plus naturel, une barbe postiche qui se raccorde avec la naturelle des joues, et qui masque à l'occasion ce qu'il faut cacher, en corrigeant ainsi l'élargissement, désagréable à la vue, de la face du mutilé. (Voir la figure 7.)

En résumé, ce système prothétique est d'un mécanisme très-simple comme application.

On peut le démonter pièce à pièce très-aisément et le remplacer sans difficulté. Il a incontestablement le double mérite de rendre possible et facile l'acte important de la mastication, en même temps que celui de l'insalivation, et d'enlever à la face l'aspect que lui imprimait la mutilation honorable, mais repoussante dont elle est le siége.

L'éloge que M. le rapporteur du prix Amussat — 18 novembre 1873 — a bien voulu faire de ce travail prothétique m'a décidé à le rendre public.

THÉRAPEUTIQUE

Absorption du phosphate de chaux.

A propos de l'article de M. le docteur Geneuil sur l'absorption du phosphate de chaux, que nous avons inséré dans notre dernier numéro, M. Coirre nous adresse les réflexions suivantes :

« Le dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux* a reproduit un article du docteur Geneuil qui me paraît contenir des erreurs graves et de nature à fausser l'opinion des médecins. De plus compétents que moi pourraient y répondre ; mais, comme je suis nommé dans cet article, je me crois autorisé à la faire, d'autant que je n'aurai à exprimer que l'opinion des autres.....

M. Geneuil ne croit pas à l'absorption du phosphate de chaux autrement que sous la forme de poudre d'os non calcinés, ou de substances alimentaires, et particulièrement la farine d'avoine.

Or dans les os, la phosphate de chaux n'existe qu'à l'état insoluble, et ce ne sont point les autres substances qu'ils contiennent, graisse, gélatine, phosphate de magnésie, etc., qui viendront faciliter sa dissolution dans l'estomac. La poudre d'os, calcinés ou non, n'a donc que la valeur du phosphate de chaux ordinaire.

Quant aux céréales, et notamment la farine d'avoine, qui contient en effet une grande quantité de phosphate de chaux, c'est évidemment un excellent mode d'administration, mais qui convient surtout quand on considère l'action physiologique, comme dans l'alimentation des enfants par exemple.

Dans ce cas, comme l'ont démontré divers médecins éminents dont le docteur Geneuil rappelle l'opinion, la farine d'avoine, pour cela et pour d'autres causes, fait merveille — à la condition toutefois de ne point la donner dans les premiers mois. — Mais s'il s'agit d'états morbides qui réclament le phosphate de chaux, ce n'est plus suffisant, et M. Geneuil le reconnaît lui-même.

Contre l'absorption du phosphate de chaux, ce médecin invoque les expériences de M. Sanson, professeur à l'école de Grignon.

Mais ces expériences, de même que celles de Pomritz, citées par M. Sanson, ont été faites avec du phosphate de chaux ordinaire ou simplement hydraté, ce qui ne préjuge rien contre le chlorhydro-phosphate de chaux.

Eh bien, voici d'autres expériences qui me paraissent décisives, et que je recommande à M. Geneuil.

Ces expériences ont été faites au laboratoire de chimie biologique de la faculté de Paris, sous la direction du professeur Armand Gauthier, et consignées, dans sa thèse inaugurale, par le docteur Lestage. En voici la résumé :

Ayant pris ou administré à plusieurs personnes du phosphate de chaux exactement dosé, sous diverses formes médicamenteuses, le docteur Lestage, par des analyses d'urine très-minutieuses, a constaté :

Que le phosphate de chaux *sec* ou *hydraté* (gélatineux) n'était pas absorbé.

De même pour le *phosphate acide* ou biphosphate.

En ceci, le docteur Lestage rappelle que telle était déjà l'opinion émise par l'éminent chimiste et physiologiste Mialhe.

Le chlorhydro-phosphate et le lacto-phosphate de chaux passaient, au contraire, en quantité considérable dans les urines. Or il est inadmissible qu'une aussi forte proportion de sel absorbé ne laisse pas de trace au point de vue de l'assimilation et des effets thérapeutiques. Malheureusement, à cet égard, les expériences du docteur Lestage n'ont pu être complétées, de sorte qu'en dehors du fait d'absorption ses conclusions manquent de sanction et partant d'autorité.

Toutefois, ayant donné pendant assez longtemps à des cochons d'Inde du chlorhydro-phosphate de chaux et du lacto-phosphate, le docteur Lestage a vu les premiers s'accroître et prospérer, tandis que ceux auxquels il administrait le lacto-phosphate ont rapidement dépéri. Ceci est bon à retenir, quoique les conclusions ne puissent non plus être considérées comme complètes, parce que le mode d'administration laissait à désirer. Ces préparations étaient mélangées à du son, que l'on desséchait ensuite.

Mais en dehors de ces expériences, que je n'ai pu que résumer, il y a encore le *consensus* presque unanime des médecins qui ont employé ma solution de chlorhydro-phosphate de chaux, et qui en ont obtenu des résultats dont il ne m'appartient pas, comme à eux, de faire l'éloge.

Il se peut d'ailleurs que le phosphate de chaux ne soit pas seul en cause dans ma préparation. Le chlorure de calcium qu'elle contient et qu'on a voulu lui imputer à défaut, pourrait bien avoir une part dans ces succès, si j'en juge par l'opinion du docteur Mercadié émise dans ce journal et celle qu'a soutenue le docteur Rabuteau dans son *Traité de thérapeutique* (2e édition). D'après ce thérapeutiste, le chlorure de sodium est en effet indiqué précisément dans les mêmes états morbides où le phosphate de chaux a été reconnu efficace, la phthisie, la scrofule, le rachitisme, etc.

Il n'est donc pas étonnant que ma solution de chlorhydro-phosphate de chaux, dans laquelle ces deux sels se trouvent naturellement réunis, ait une action si puissante. » — P. Coirre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 novembre 1874 (1). — Présidence de M. Perrin.

M. Demarquay termine sa communication :

Telles sont les recherches que nous avons faites sur l'absorption par l'intestin grêle, l'estomac, le rectum et le tissu cellulaire.

Il résulte donc des expériences faites comparativement sur notre malade, que l'absorption de l'iodure de potassium et son passage dans la salive ont été beaucoup plus rapides dans l'intestin grêle que dans l'estomac, tandis qu'au bout de cinq à huit minutes après l'introduction de ce médicament dans l'intestin grêle, nous le trouvions dans la salive et l'urine. Il fallait, au contraire, quarante minutes quand il était introduit dans l'estomac pour le retrouver dans l'urine, et nous avons vu que le gros intestin de notre malade, bien qu'il fût inactif en quelque sorte, donnait grâce à sa puissance absorbante une réaction iodée dans la salive au bout de vingt minutes. Au premier abord, avant toute expérimentation, en raison de la richesse veineuse de l'estomac, j'aurais pensé que la plus grande puissance d'absorption devait être dans cet organe ; il n'en est rien. C'est donc dans la nature de l'épiderme qu'il faut chercher la cause de ces différences, et non dans le système veineux.

Nous avons déjà dit, en commençant cette note, que notre malade, malgré une nourriture choisie, était souvent pris de troubles intestinaux, et que, malgré tous les soins dont il était entouré, il maigrissait d'une manière sensible, et accusait une diminution notable dans ses forces. Pour me rendre compte de ce phénomène, j'ai voulu

(1) Fin. — Voir les numéros des 17, 19, 21 et 28 novembre.

savoir la quantité d'urée rendue par les urines en vingt-quatre heures, depuis le 2 avril jusqu'au 15 du même mois. Les urines ont été examinées à ce point de vue, et voici le résultat de ces recherches :

URINES ÉMISES EN 24 HEURES.			URÉE.	
2 avril.	Urines.......	1,000 gr.	Urée. . .	20gr 60
4 avril.	—	800 —	—	19 20
5 avril.	—	900 —	—	16 »
6 avril.	—	700 —	—	15 30
7 avril.	—	800 —	—	16 »
8 avril.	—	800 —	—	16 »
9 avril.	—	800 —	—	15 40
10 avril.	—	1,000 —	—	15 40
11 avril.	—	850 —	—	15 80
12 avril.	—	750 —	—	15 80
13 avril.	—	750 —	—	13 70
14 avril.	—	850 —	—	14 10

Le 15, le cours des matières s'est spontanément rétabli.

Il résulte de ce tableau que la quantité d'urée rendue par notre malade avait singulièrement diminué, si on la compare à ce qui se passe à l'état normal. On trouve une grande diminution, en effet, si l'on prend la moyenne des chiffres que nous avons donné, on arrive à peu près à la moitié de l'urée rendue à l'état physiologique. Maintenant, comment expliquer cette grande différence? Faut-il l'attribuer au repos du malade, à son inactivité? Tout en admettant que l'inactivité du malade ait été pour quelque chose dans la diminution de l'urée, elle ne rend pas compte de la grande différence que nous avons observée; il faut donc admettre que cette grande différence tenait à l'écoulement constant et souvent rapide des matières intestinales avant leur complète digestion, et avant surtout que l'absorption eût pris à la surface interne de l'intestin tout ce qu'elle pouvait prendre. Nous en avons la preuve dans la diminution de l'urine aussi bien que de l'urée.

Voilà donc un malade affecté d'un anus contre nature occupant la partie inférieure de l'intestin, condition la plus heureuse et qui, néanmoins, malgré une bonne nourriture, maigrit, perd ses forces, rend peu d'urine et peu d'urée.

Ce qui prouve bien que les accidents que nous signalons tenaient à l'anus contre nature et à l'écoulement des matières intestinales maintenues un temps trop court dans l'intestin grêle, c'est que, du jour où les matières intestinales ont repris leur cours, nous avons vu tout de suite les urines augmenter. Ainsi le 15 avril, nous trouvons 1,500 grammes d'urine et 24 grammes d'urée.

Le 16, 1,600 grammes d'urine et 20gr 40 d'urée.

Les jours suivants, nous voyons la quantité d'urine augmenter et reprendre à peu près son chiffre normal. L'urée seule restait audessous de la moyenne. Au reste, le malade, se voyant guéri de son anus contre nature et sentant ses forces revenir en même temps que son embonpoint, nous quitta plutôt que je ne l'aurais voulu.

Si chaque jour nous avions, par une compression bien faite, forcé les matières intestinales à séjourner dans l'intestin, aurions-nous vu augmenter la quantité d'urine, ainsi que celle de l'urée, cela est possible et même probable. Pour nous prononcer d'une manière absolue, il faudrait connaître d'une façon plus positive les fonctions du gros intestin, qui est doué, comme nous l'avons vu, d'une si grande puissance d'absorption, ce qui se passe au contact de ses membranes quand les liquides intestinaux y arrivent encore demi-liquides ou liquides, quels sont les éléments qui y sont absorbés. L'anus contre nature, comme on le voit, peut donner lieu à une foule de recherches intéressantes que nous continuerons de faire si l'occasion se présente.

DISCUSSION

M. TILLAUX. Je demanderai à M. Demarquay un éclaircissement. Comment pouvait-il reconnaître le point précis de l'intestin grêle où il se trouvait au moment de l'opération.

M. SÉE. La quantité d'urée augmente toujours avec la quantité de liquide ingéré. Il aurait donc fallu, pour que les expériences de M. Demarquay eussent toute la rigueur désirable, mesurer avec soin la quantité de liquide ingérée quotidiennement par les malades.

M. DEMARQUAY. Cette mensuration m'eût été peu utile, car le malade qui m'a servi de sujet ne pouvait à peine tolérer de liquide; il y avait donc peu d'urine et, par suite, peu d'urée; en un mot, la diminution énorme d'absorption faisait que la quantité d'urée rejetée était infiniment petite.

Je répondrai à la question de M. Tillaux que, chaque fois qu'il m'arrive de faire un anus contre nature, j'amène au dehors l'intestin, et que cette portion herniée peut, jusqu'à un certain point, me guider; de plus, quand l'intestin est ouvert, j'examine les valvules; si elles sont très-grêles, très-rares, j'en déduis la portion d'intestin à laquelle elles appartiennent, surtout s'il vient s'ajouter à ce signe un temps considérable écoulé entre l'ingestion des aliments et leur issue. J'ai pu constater également sur d'autres malades, dont l'anus artificiel était plus élevé, des valvules très-abondantes, très-serrées, une issue presque immédiate des matières, et par suite, une mort rapide. Je me hâte pourtant d'ajouter que ces différents signes réunis constituent une présomption, mais non une certitude.

PRÉSENTATIONS

M. DEPAUL. J'ai demandé la parole, malgré l'heure avancée, pour la présentation d'une pièce que je ne saurais remettre. Vers la fin du mois dernier, je reçus à l'hôpital des Cliniques une femme rachitique, que j'avais déjà accouchée en 1867, et sur l'enfant de laquelle j'avais alors pratiqué la perforation du crâne et la céphalotripsie.

Le bassin de cette femme mesurait 6 cent. 3/4. Je résolus de la faire accoucher prématurément, et j'introduisis à cet effet le dilatateur Tarnier. Ce corps étranger ne donna lieu, cette fois, qu'à un résultat fort incomplet. Le tube tomba après vingt-quatre heures sans donner lieu à des contractions notables. Je me proposais de substituer à l'ampoule de caoutchouc l'éponge préparée, lorsque, après ma visite, cette femme fut prise d'une douleur extrêmement vive dans le haut du ventre. Ce phénomène se complique bientôt de refroidissement des extrémités, de pâleurs, de syncopes. On m'envoya chercher. J'étais en ce moment retenu par un cinquième examen à l'hôpital de la Charité. La femme succomba. Mon chef de clinique, espérant avoir l'enfant vivant, pratiqua l'opération césarienne, mais ne put obtenir qu'un fœtus mort.

Voici ce que je trouvai à l'autopsie et ce que je puis mettre sous vos yeux :

Je trouvai d'abord le placenta absolument adhérent à la surface interne de l'utérus, et je pus me rappeler qu'en 1860 j'avais été obligé de pratiquer la délivrance artificielle cinq heures après l'expulsion du fœtus.

A la partie la plus élevée de l'utérus, je constatai un petit orifice entouré d'une vascularisation tout à fait anormale et caractérisé notamment par des sinus très-superficiels sous-péritonéaux que j'ai pu injecter pour les rendre plus appréciables; je m'assurais bientôt que la perforation utérine correspondait exactement à un point du placenta, lequel, je le répète, était beaucoup plus adhérent que de coutume.

Ce qui me frappa surtout, c'est la minceur de la paroi externe au niveau même de la perforation et dans une zone périphérique de 3 ou 4 centimètres de diamètre.

J'ai fait analyser le tissu utérin pris à ce niveau à l'aide du microscope, et il a paru démontré que les fibres utérines sont altérées dans leur texture. Les noyaux qui les constituent, au lieu d'être oblongs fusiformes, sont au contraire rugueux et inégaux. Nous n'avons point trouvé de sang dans la cavité utérine; tout s'était épanché dans la cavité abdominale, qui contenait 2 kil. de caillots et 1 kil. de sang liquide; en tout, 3 kil. C'est au niveau d'un sinus veineux usé, coupé, que l'hémorrhagie s'est produite, et elle a duré trois heures environ (je compte, du reste, publier l'observation détaillée de ce fait intéressant).

DISCUSSION

M. SÉE. Je trouve une très-grande analogie entre ce phénomène et le fait de la rupture du cœur, qui s'opère au sein d'une dégénérescence graisseuse des fibres musculaires de l'organe.

M. PERRIN. J'ai vu plusieurs cas de rupture de l'aorte à sa sortie du cœur; l'aspect était identique, ainsi que le résultat de l'examen micrographique.

M. DEPAUL. Je déclare que je n'ai jamais vu ni lu de fait semblable à celui-ci.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. DUPLAY présente un divulseur du rectum construit d'après le système du divulseur uréthral de M. Voillemier. Cet instrument a plusieurs numéros gradués de différentes grosseurs et permet de pratiquer à volonté la dilatation lente ou la divulsion brusque du rectum rétréci.

M. PAULET présente un nouvel amygdalotome construit par M. Aubry. Cet instrument est muni d'une lame de bistouri courbe et articulée. Il fonctionne d'une seule main.

PRIX LABORIE

La commission pour le prix Laborie est, après deux tours de scrutin, ainsi constituée :

MM. Paulet, Verneuil, Ledentu, Tillaux, Terrier.

PRIX DUVAL

La commission pour le prix Duval est, au premier tour de scrutin, ainsi constituée :

MM. Lannelongue, Polaillon, Forget, Nicaise, Marjolin.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hier dimanche, une foule compacte se pressait dans l'église Saint-Séverin. Aux ouvriers de la maison Charrière se mêlait un grand nombre de médecins et de chirurgiens, qui, en venant rendre les derniers devoirs à Mme Charrière, avaient voulu témoigner de leurs regrets devant cette perte cruelle et de leur profonde sympathie pour le chef si éprouvé d'une maison qui a rendu de réels services à l'exercice de notre art.

— *École de médecine de Bordeaux.* — Le concours pour les prix de l'année scolaire 1873-1874 a donné les résultats suivants :

Élèves en médecine. — 1re année. — 1er prix : M. Fage. — 2e prix, *ex æquo* : MM. Debord et Lacour. — 1re mention honorable *ex æquo* : MM. Deche, Jaury et Lagrange. — 2e mention honorable *ex æquo* : MM. Audouin et de Chapelle.

2e année. — 1er prix *ex æquo* : MM. Ferrand et Rubin. — 2e prix *ex æquo* : MM. Millet et Touriou. — 1re mention honorable : M. Creuzan. — 2e mention honorable : M. Chavoix.

3e année. — 1er prix *ex æquo* : MM. Bitot et Lalesque. — 2e prix : M. Hirigoyen. — 1re mention honorable *ex æquo* : MM. Moreau, Pousson et de Lagoanère. — 2e mention honorable *ex æquo* : MM. Rabère et Maderay.

Élèves en pharmacie. — 1er prix : M. Blarez. — 2e prix *ex æquo* : MM. Guimbellot et Dargaignaratz.

Prix Barbet (manipulations). — 1re année. 1er prix : M. Blarez. — Mentions honorables : MM. Bertet, Delmas et Guimbellot. — 2e année. Prix : M. Tourrou.

— *École de médecine de Bordeaux.* — Pendant l'année scolaire 1873-1874 il a été pris 1,281 inscriptions, dont 709 pour le doctorat, 295 pour le grade d'officier de santé, 73 pour celui de pharmacien de première classe et 204 pour celui de pharmacien de deuxième classe.

— *Hôpitaux de Marseille.* — A la suite d'un brillant concours, M. Gamel a été nommé deuxième chef interne. Des médailles ont été accordées à M. Sigalas et Roustan.

— *Hôtel-Dieu.* — M. le professeur Béhier reprendra ses leçons cliniques le mercredi 2 décembre, à neuf heures et demie (amphithéâtre n° 1). Pendant le semestre d'hiver, leçons cliniques le mercredi; démonstrations d'histologie pathologique et de chimie médicale, au laboratoire, les lundis et vendredis.

Tous les jours, à huit heures et demie du matin, visite des malades et interrogations par les élèves (salles Sainte-Jeanne et Sainte-Anne).

— M. le docteur Galezowski commencera un cours public sur les *maladies des yeux* le mardi 8 décembre, à huit heures du soir, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les jeudis et les mardis suivants.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine. — Chez Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

DRAGÉES
ARSENICO-FERRIQUES AUX SELS NATURELS DE LA
DOMINIQUE

Les **Dragées de la Dominique** sont notamment recommandées dans la cachexie qui suit ou accompagne les fièvres intermittentes, dans les formes les plus variées de l'anémie (chlorose, appauvrissement général de l'économie, pertes de sang, convalescences, etc.).

Les névralgies, surtout celles à formes intermittentes, seront efficacement combattues par les **Dragées de la Dominique**; il en sera de même des maladies de la peau (eczéma, lèpre vulgaire, lichen chronique, dartres furfuracées, affections squammeuses rebelles) contre lesquelles les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance. — BIETT. — (BOUCHARDAT, professeur à la Faculté et membre de l'Académie de médecine. *Formulaire*, 18e édition, p. 396.)

Prendre d'une à quatre dragées quelques instants avant chacun des deux principaux repas.

Les **Dragées de la Dominique** sont très-agréables au goût.

Détail. — Toutes les Pharmacies de France.

Prix : 3 francs la Boîte.

Entrepôt général à la Pharmacie centrale de France
7, rue de Jouy, à Paris.







PEPSINE BOUDAULT

SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, SUCCESSEUR DE BOUDAULT, 24, RUE DES LOMBARDS, A PARIS.

DIGITALINE CRISTALLISÉE

PRINCIPE PUR, DÉFINI DE LA DIGITALE

DÉCOUVERT PAR A. NATIVELLE, PHARMACIEN

Prix Orfila de 6,000 francs

Décerné par l'ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 19 mars 1872

Se prescrit en **Granules** et en **Sirop**. Un granule agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe. Chaque flacon de Sirop porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. — Dans toutes les pharmacies. — DÉTAIL : rue Coquillière, 25. — GROS : rue de la Perle, 11.

PILULES DE LOUVARD

AU FER *PUR* INALTÉRABLE ET A L'ABSINTHE

A la dose de neuf par jour, en trois fois, une heure avant le repas, c'est la préparation ferrugineuse la plus efficace et celle dont l'action est la plus rapide dans la chlorose et l'anémie. Quels que soient les désordres de l'estomac, elle est toujours bien tolérée, et, sous son influence, les fonctions digestives sont rétablies en quelques jours.

Pharmacie **LOUVARD**, rue Royale, 60, à **Versailles.** — Vente au détail, pharm. GUINHABERT, 108, r. de Grenelle-Saint-Germain, Paris, et dans les principales pharmacies.

VIANDE, FER ET QUINA

VIN ET SIROP FERRUGINEUX AROUD

Au Quina et à tous les principes nutritifs solubles de la viande.

Viande, Fer et **Quina**, telle est la remarquable composition de ces ferrugineux qui méritent à tous égards la préférence des médecins. Ils opposent, en effet, à *l'appauvrissement du sang*, à *l'anémie*, à *la chlorose*, sous une forme attrayante à la vue et au palais, du fer assimilable uni à tous les éléments du globule du sang et à tous les principes constitutifs des os et des muscles : il peut donc les former et les regénérer, et cela sans causer ni nausées, ni constipation, ni trouble des fonctions digestives.

Ils corrigent, ils tempèrent les effets du Quina à l'usage prolongé par tous les bienfaits d'une alimentation généreuse. — Ils justifient ce qu'Hippocrate a proclamé il y a plus de deux mille ans et ce que la clinique a confirmé « que les principes nutritifs solubles de la viande sont l'aliment par excellence des malades et des convalescents. »

Ce sont donc des spécifiques précieux de toutes les maladies causées par l'appauvrissement ou l'altération du sang, parce que, par la **Viande**, le **Fer** et le **Quina**, tout à la fois ils nourrissent, tonifient, régénèrent, reconstituent, coordonnent et régularisent tous les systèmes de l'économie. — Prix : **5** francs.

Pharmacie **AROUD**, rue Lanterne, 4, LYON. — Envoi *franco* par 5 bouteilles (en France).

Dans toutes les Pharmacies de France et de l'étranger.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

VIN TONIQUE RECONSTITUANT
DU DOCTEUR FORESTIER
VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
à l'écorce d'oranges amères

Tous les organes de la presse médicale : *Gazette des Hôpitaux, Courrier médical, France médicale, etc.*, ont depuis dix ans, signalé l'excellence de cette préparation qui contient, dissous dans d'excellent vin de Malaga, les deux éléments formateurs des *os* et du *sang*, le *quinquina* et le *pyrophosphate de fer.*

La facilité avec laquelle l'économie s'assimile le vin de quinquina au pyrophosphate de fer, l'absence de toute saveur styptique, la double influence qu'en raison de ses deux éléments formateurs il semble devoir exercer, tant sur la composition du système osseux, que sur la reconstitution du sang, telles sont les qualités qui recommandent à priori cette nouvelle préparation ferrugineuse (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*).

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 41.

GOUDRON FREYSSINGE

préparé par distillation de l'eau de goudron dans le vide et réunion des principes fixes et volatils. — *Toutes les autres liqueurs ne sont que des solutions de* **tout** *le goudron à l'aide de substances* **étrangères.**

2 francs le flacon dans toutes les pharmacies.

PHTHISIE — CHLOROSE — ANÉMIE

HYPOPHOSPHITES
du docteur CHURCHILL

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE SOUDE
SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX
PILULES D'HYPOPHOSPHITE DE QUININE
SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE FER
PILULES D'HYPOPHOSPHITE DE MANGANÈSE
TABLETTES DU Dr CHURCHILL

Prix : **Sirops** et **Pilules : 4** fr. le flacon.
Tablettes pectorales : 2 fr. la boîte.

Les hypophosphites du docteur Churchill, auteur de la découverte de leurs propriétés curatives dans les affections tuberculeuses, offrent des garanties de pureté et d'efficacité qui sont une des premières conditions du succès de cette importante médication.

Exiger sur toutes les préparations la *signature du Dr CHURCHILL*, et l'étiquette marque de fabrique de la *Ph. SWANN*, 12, *r. Castiglione, Paris.*

TAMAR INDIEN
Fruit laxatif rafraîchissant

Contre LA CONSTIPATION

Et les affections qui l'accompagnent, telles que la **Congestion cérébrale**, les **Hémorrhoïdes**, la **Migraine**, etc. — Prix de la boîte : 2 fr. 50.
GRILLON, pharm., 25, rue de Grammont, Paris.

Granules arsenicaux de Challonneau

Chevalier de la Légion d'honneur.

Pharm., 143, ancien 229, rue St-Denis, à Paris.

Exactement dosés à 1 milligr. et préparés avec les arséniates de **soude**, de **potasse**, de **fer**, d'**ammoniaque**, d'**antimoine**, et avec l'**acide arsénieux.** — *Exiger mon cachet et ma signature.*

N° 140. — JEUDI 3 DÉCEMBRE 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 3 DÉCEMBRE 1874. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Encore une séance de comité secret. Un complément de rapport de M. Blot et deux communications, l'une de M. Léon Le Fort, sur un cas très-intéressant de double amputation tibio-tarsienne pratiquée avec un plein succès, et l'autre de M. Mallez, sur quelques indications et quelques résultats parallèles de la taille et de la lithotritie, ont défrayé la première heure. On trouvera un résumé de ces deux communications dans le compte rendu de la séance.

Rien du comité secret, qui ne sera pas encore, paraît-il, le dernier. Que sortira-t-il de cette discussion laborieuse? Probablement peu de chose. Rien peut-être. Voici le mois de décembre, c'est-à-dire l'époque des rapports de prix et des travaux des commissions permanentes; ce qui va probablement ajourner indéfiniment les discussions engagées. Nous comprenons que l'Académie apporte toute la maturité nécessaire à l'examen de la proposition qui lui a été soumise; mais si elle doit aboutir au *statu quo*, ainsi que paraissent le présumer beaucoup de membres, n'y aura-t-il pas lieu de regretter le temps qu'on y aura perdu? Pourquoi ne pas consacrer à cette discussion des séances supplémentaires, comme l'Académie l'a fait déjà plusieurs fois dans des circonstances analogues? Les autres discussions et les travaux scientifiques courants de l'Académie en souffriraient moins et les assistants y auraient tout bénéfice. Nous soumettons cet humble avis à qui de droit.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT

Des maladies du cœur chez les enfants (1)

SYMPTOMES ET MARCHE DE L'ENDOCARDITE VÉGÉTANTE.

Le rapport des lésions valvulaires que je viens de décrire aux symptômes observés pendant la vie est souvent obscur, parfois difficile à saisir. C'est ce qui m'explique pourquoi j'ai si longtemps méconnu cette endocardite, et comment il m'a fallu d'abord constater la fréquence de la lésion sur le cadavre, pour en rechercher les symptômes pendant la vie.

Contraint par l'anatomie pathologique, qui me révélait l'existence d'une lésion très-fréquente des valvules cardiaques produite par l'état fébrile, et longtemps ignorée, j'ai dû observer les symptômes avec plus de soin et les analyser pour chercher à établir un accord entre eux et les faits anatomiques.

Depuis trois ans, je n'ai pas cessé, en même temps que je faisais mes études anatomiques sur tous les sujets apportés à l'amphithéâtre, de suivre dans les salles, sur des maladies aiguës de toute espèce, les phénomènes cardiaques appréciés par l'auscultation. Dans l'érysipèle, dans l'érythème noueux; dans les rougeoles simples ou compliquées; dans la variole; dans la scarlatine; dans la fièvre muqueuse ou typhoïde; dans l'angine couenneuse et dans le croup; dans la broncho-pneumonie et dans la pneumonie, etc., j'ai ausculté le cœur avec avec soin, et j'ai constaté, dans bien des cas, la présence de souffles très-appréciables dont je vais indiquer la fréquence, les caractères et le siége spécial.

Sur quelques malades, atteints d'angine couenneuse, de croup, de broncho-pneumonie, de fièvre typhoïde avec gêne respiratoire et râles bronchiques, je n'ai entendu aucun souffle, et cependant l'autopsie m'a révélé plus tard l'existence de l'endocardite dont je viens de parler. Pourquoi cette anomalie? Tout d'abord, je me demandais comment la lésion constatée sur des cadavres, avait pu ne pas produire de symptômes; mais, après réflexion, je vis que l'anomalie était peut-être plus apparente que réelle. Comme j'avais observé que les enfants ne pouvaient suspendre la respiration pendant qu'on les auscultait ou que, par suite de la bronchite, de la broncho-pneumonie et du croup, les râles couvraient un peu les bruits cardiaques, je pensai qu'il était impossible que les souffles existassent sans qu'on puisse les apprécier. En effet, dans bien des cas, chez des enfants qui d'abord respiraient assez lentement et sans bruit, je pus entendre un souffle mitral qui cessait d'être perçu lorsque l'enfant, devenant indocile, se mettait à respirer plus fortement ou trop vite. Pour ausculter le cœur chez les petits enfants et pour être sûr de ce qui s'y passe, il faut que l'enfant soit docile, qu'il respire lentement, sans frayeur et sans bruit, et, mieux encore, qu'il puisse ralentir, au gré de l'observateur, ses mouvements respiratoires.

Dans d'autres cas, si avec l'endocardite végétante aiguë on n'entend pas de bruits de souffle au niveau des orifices affectés, c'est que la maladie est trop grave et compliquée de thrombose cardiaque. Cela se comprend aisément. En effet, si les orifices sont obstrués par des caillots, la circulation est empê-

(1) Suite. — Voir les numéros des 17 et 24 novembre.

chée en partie et le frottement de la colonne sanguine ne peut avoir lieu. Dès lors pas de souffle possible. J'en ai vu bien des exemples lorsqu'après la trachéotomie les enfants ne sont pas soulagés et gardent une dyspnée dans laquelle ils succombent. Ceux-là ne périssent pas par le poumon ni par asphyxie, puisque la respiration se fait entendre. Ils succombent par le cœur et par la thrombose cardiaque.

Cela étant dit pour expliquer comment on ne perçoit pas toujours avec l'oreille les souffles de l'endocardite végétante des maladies aiguës, je vais dire quelle est la fréquence de ces bruits de souffle sur le vivant.

J'ai recherché ces souffles sur 272 malades atteints de maladies fébriles les plus variées, et le souffle de l'endocardite a été constaté 183 fois.

Sur 26 enfants atteints de *rougeole*, j'ai constaté 12 fois le souffle mitral, 6 fois le souffle aortique et une fois le souffle tricuspide.

Sur 12 enfants atteints de *varioloïde*, j'ai constaté 6 fois le souffle mitral et 1 fois le souffle aortique.

Sur 16 enfants atteints de *scarlatine* il y a eu 13 fois le souffle mitral et trois fois le souffle aortique.

Sur 23 enfants atteints d'*angine couenneuse* il y a eu 16 fois le souffle mitral, 5 fois le souffle tricuspide et 2 fois le souffle aortique.

Sur 34 enfants atteints de *croup*, il y a 21 cas de souffle, mais la gêne de la respiration m'a empêché de localiser le bruit à un orifice plutôt qu'à l'autre.

Sur 12 cas d'*érysipèle* il y a eu 7 cas de souffle à la base en dehors du mamelon et à la pointe, ce qui caractérise le souffle mitral et 2 cas de souffle en dedans du mamelon à l'origine de l'aorte.

Sur 8 cas d'*érythème noueux* il y a eu 7 cas de souffle mitral.

Sur 20 cas de *rhumatisme articulaire aigu* il y a eu 12 cas de souffle mitral, 4 cas de souffle aortique et mitral à la fois, et 4 cas de souffle aortique seul.

Sur 25 cas de *fièvre typhoïde*, il y a eu 17 cas de souffle mitral.

Sur 13 *pleurésies* il y a eu 6 cas de souffle mitral.

Sur 28 *bronchopneumonies* il y a eu 12 cas de souffle mitral.

Sur 17 *pneumonies lobaires* il y a eu 6 cas de souffle mitral et 1 de souffle aortique.

Sur 38 *chorées* aiguës ou anciennes il y a eu 21 cas de souffle mitral et 8 cas de souffle aortique.

Les souffles constatés à la région du cœur sont presque toujours entendus au premier temps; mais, sur deux malades, j'ai constaté leur présence au premier et au second bruit. Dans ces cas le phénomène n'a duré que quelques jours, et il s'est modifié de façon à ne plus laisser entendre qu'un seul souffle.

Ordinairement, il n'y a qu'un seul souffle systolique, mais il varie beaucoup d'intensité. Selon les différents points de la région précordiale où on le recherche. Il est toujours doux et est suivi du claquement valvulaire normal. On l'entend presque toujours en dehors du mamelon et vers la pointe (64 fois pour 83 cas de souffle) du cœur du côté de la ligne axillaire. Il est alors le signe d'une lésion mitrale produisant de l'insuffisance auriculaire.

Chez d'autres enfants, le souffle a son maximum d'intensité en dedans du mamelon, à la base du cœur, et il s'étend jusques sous le sternum près de l'appendice xyphoïde. Il m'a semblé que, dans ces cas, je devais le rapporter à une légère insuffisance tricuspide.

Quand il existe à la base du cœur seulement, et qu'il remonte dans la direction de la crosse aortique plus tôt qu'il ne descend vers l'appendice sternal, on doit le rapporter à une lésion des valvules sigmoïdes qui rétrécit un peu l'orifice. Mais ici une grave difficulté se présente. Ce souffle, que j'attribue à une lésion valvulaire, peut être par son siége rapportée à l'hypoglobulie et à la chlorose. Beaucoup de médecins peuvent le considérer comme un bruit liquidien et le rattacher à la maladie du sang ou nosohémie chlorotique (1), d'autant plus que le stéthoscope placé au cou et comprimant la carotide permet d'entendre un souffle analogue réputé de nature chlorotique.

Pour ceux qui admettent encore qu'il y a des souffles artériels en rapport avec la qualité du sang, c'est-à-dire avec l'*hydrémie*, l'*hypoglobulie* ou la *chlorose*, il y a là une difficulté réelle d'appréciation. Moi qui n'admets plus ces bruits, je me sens parfois embarrassé et j'hésite, influencé que je suis par les souvenirs de mes premières études. En effet, lorsque dans la convalescence d'une maladie aiguë, c'est-à-dire avec de l'hydrémie, on entend un souffle à la base du cœur, et qu'on le retrouve dans les carotides, comment ne pas croire, comme on l'enseigne depuis cinquante ans, que ce souffle appartient à la chloro-anémie. Il faut avoir fait toutes mes autopsies et assisté à bien des expériences sur les bruits déterminés dans un tuyau par les courants liquides pour faire table rase de ses anciennes connaissances et n'adopter que les conséquences d'expériences nouvelles plus satisfaisantes que les anciennes.

Il est désormais établi par Chauveau que la qualité du liquide, aqueux, gommeux ou huileux n'est pour rien dans la production des bruits de souffle qu'un courant de ces substances occasionne dans un tuyau de caoutchouc rétréci sur un point de son parcours. En effet, sur un système de tuyaux de caoutchouc adopté à un ventricule de même nature et comparable à l'appareil circulatoire artificiel de Marey, on fait courir ces différents liquides, on ne produit aucun bruit, tant qu'il n'y a pas d'obstacle à la circulation; mais, dès qu'on pince le tuyau, un souffle se fait entendre. C'est un frottement dû à l'obstacle, et non à la nature du liquide. C'est une *veine liquide* née à l'endroit où le liquide passe de l'endroit rétréci dans la partie plus large du tuyau, phénomène physique bien connu, le seul capable de rendre compte des bruits vasculaires découverts par l'auscultation des artères et des veines. Or l'auscultation des artères avec le stéthoscope fait toujours une compression du vaisseau qui produit une veine fluide interne et un souffle correspondant, ce qui fait que le souffle artériel carotidien s'entend chez les sujets bien portants comme chez les sujets chlorotiques et que ce bruit n'a pas la valeur séméiologique qu'on lui a pendant longtemps attribuée. Dès lors, on ne peut arguer de sa présence pour affirmer qu'un bruit de souffle à la base du cœur et à l'origine soit de nature chlorotique, et, si cet argument disparaît, l'affirmation des bruits chlorotiques du cœur n'est plus qu'une hypothèse.

Des bruits de souffle cardiaque entendus à la région du cœur dans les maladies aiguës de l'enfance, il y en a donc deux dont la nature n'offre aucune incertitude : ce sont les souffles mitral et tricuspide indiquant l'insuffisance de ces orifices, par une endocardite végétante révélée par de nombreuses autopsies. Reste le troisième. Est-il chlorotique ou solidien? Révèle-t-il un gonflement des valvules sigmoïdes de l'aorte rétrécissant l'orifice, comme le montrent beaucoup d'autopsies, ou indique-t-il de l'hydroémie? Dès lors que les deux premiers sont de nature organique et dus à l'endocardite végétante aiguë, il est difficile qu'il n'en soit pas de même du

(1) Bouchut, *Pathologie générale* troisième édition, chapitre NOSOHÉMIES.

troisième, produit dans les mêmes circonstances sous l'influence de causes identiques.

On peut donc, dans les maladies aiguës de l'enfance, considérer les bruits de souffle entendus aux différents orifices comme étant dus au boursouflement des valvules qu'engendre l'endocardite végétante. Quant à la question du bruit de souffle chlorotique, elle doit être réservée. Pour moi, la solution est faite; mais, lors même qu'on admettrait encore leur existence, mon argumentation reste tout entière. On peut admettre mes conclusions pour les cas particuliers dont je parle, et cependant admettre encore le souffle cardiaque aortique et le souffle carotidien comme des lignes de chloro-anémie.

En dehors des bruits de souffle dont je viens de parler, il y a peu de symptômes de l'endocardite végétante. La matité n'existe jamais. Il n'y a ni douleur ni matité anormale, et généralement il n'y a pas de dyspnée.

Lorsque la dyspnée existe, c'est qu'avec l'endocardite végétante, il y a une thrombose cardiaque très-caractérisée, et c'est la gêne circulatoire produite par les caillots du cœur qui amène cet étouffement. On n'observe ce phénomène qu'après la trachéotomie et à la fin des maladies aiguës, chez les sujets qui doivent mourir. C'est un signe pronostic très-défavorable.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er décembre 1874. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° L'envoi d'une étude sur la vaccine, par M. le docteur Bourguet, chirurgien en chef de l'hôpital de Rodez (commission de vaccine);

2° Une demande tendant à obtenir l'autorisation d'exploiter une source d'eau minérale dite source Lamartine, à Vals (Ardèche) (commission des eaux minérales);

3° Des échantillons de la source la Favorite (même localité), avec demande d'autorisation d'exploiter (même commission);

4° Un rapport de M. le docteur Flammarion sur les épidémies de fièvre typhoïde qui ont régné à Louvières et à Donnemarie (Haute-Marne) en 1873 et 1874 (commission des épidémies).

Mgr l'archevêque de Paris donne avis à l'Académie que les prières demandées par l'Assemblée nationale auront lieu dimanche 6 décembre, à la métropole, à midi et demi très-précis. Des places seront réservées pour MM. les membres de l'Académie qui se proposent d'y assister.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Leudet (de Rouen) qui annonce à l'Académie la mort de son père, membre correspondant de l'Académie (section de chirurgie);

2° Une lettre de M. le docteur Léon Soubeiran, professeur de pharmacie à l'école supérieure de Montpellier, qui prie l'Académie de le comprendre au nombre des candidats au titre de membre correspondant national ;

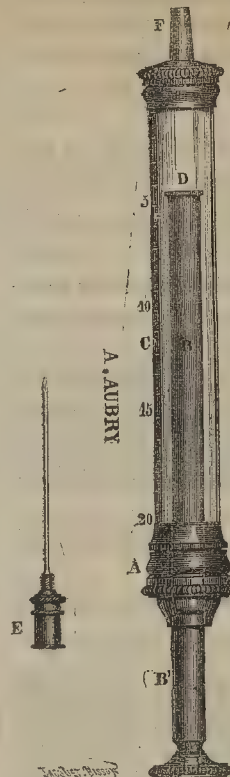
3° Une notice sur un brancard et voiture d'ambulance, par M. le docteur Bedoin, médecin aide-major à l'hôpital de Versailles (commission : MM. Larrey, Demarquay et Legouest);

4° Un rapport sur la saison thermale de Hammam Meskoutine (année 1874), par M. le docteur Dubois, médecin-major (commission des eaux minérales);

5° Une note sur un compte-gouttes de M. Guichard, pharmacien à Charenton.

PRÉSENTATIONS

M. Béhier présente, de la part de M. d'Arsouval, externe des hôpitaux, un nouvel injecteur sous-cutané, à piston libre, construit par M. A. Aubry, fabricant d'instruments de chirurgie.



Ce nouvel instrument présente les avantages suivants :

1° Suppression du piston en cuir, qui se desséchait ou s'altérait.

2° Injection de 1 gramme, rendue d'une précision mathématique par divisions de 5 centigrammes.

3° Plus de fuite ou d'injection d'air à redouter.

4° Suppression du calibrage du corps de pompe, qui peut être un tube quelconque et que le médecin remplacera facilement en cas d'accident.

5° Toutes les pièces étant inattaquables, on peut injecter des liquides corrosifs quelconques.

6° L'ajutage porte-canule F étant d'un diamètre de 3 millimètres, suivant les indications de M. Lebaigue, on a un excellent compte-gouttes donnant des gouttes toujours égales et d'un poids de 5 centigrammes avec l'eau distillée.

M. Delpech présente, de la part de M. le docteur Burdel (de Vierzon), un mémoire intitulé : *De l'action du sulfate de quinine sur l'utérus sain, malade ou gravide.*

M. Demarquay, de la part de M. le docteur Cross, rédacteur de la *Gazette médicale de Vienne*, presente un volume sur les différents modes d'exploration physique.

RAPPORT

M. Blot termine le rapport dont il a lu une première partie dans la séance du 15 septembre dernier, sur le fœtus monstrueux adressé à l'Académie par M. le docteur Teruisien, de Foucarmont (Seine-Inférieure).

COMMUNICATIONS

Double amputation tibio-tarsienne. — M. Léon Le Fort présente à l'Académie un malade auquel il a pratiqué une double amputation tibio-tarsienne par un procédé nouveau dérivé du procédé de Pirogoff. Le malade, âgé de vingt-trois ans, affecté de deux pieds bots, ne pouvait marcher, même avec deux béquilles, par suite de l'ulcération de la peau et de la carie des os du bord externe du pied, partie qui portait sur le sol.

L'opération a consisté à scier horizontalement le calcaneum, dont on a conservé seulement la tranche inférieure, afin de donner, comme base de sustentation, le talon normal doublé de son squelette.

Le calcaneum a été rapproché des deux os de la jambe sciés horizontalement au niveau des malléoles. La réunion s'est faite en moins d'un mois.

L'opéré fut tellement satisfait de son moignon qu'il vint demander la même opération pour l'autre pied. Elle fut pratiquée avec le même succès.

Aujourd'hui, le malade marche sans autre appareil prothétique qu'un faux pied de liége placé dans son soulier ; il fait chaque semaine à pied, sans aucun soutien et sans canne, 18 kilomètres, et peut sauter à cloche-pied sans éprouver de douleurs sur l'un ou l'autre moignon.

Comme on le voit, cette opération diffère de celle de Pirogoff, car le chirurgien russe, ne cherchant qu'à rendre au membre sa longueur, coupait verticalement le calcaneum et le renversait ; mais l'opération ayant pour résultat de faire porter le poids du corps sur la partie postérieure, extrêmement sensible, du talon, la marche est trop sou-

vent, pour les opérés, difficile ou même impossible; il n'en est plus de même avec le nouveau procédé, décrit déjà, du reste, par M. Le Fort, dans son édition de la médecine opératoire de Malgaigne.

Opérations de taille et de lithrotitie. — M. MALLEZ lit sur ce sujet un travail qu'il résume en ces termes :

En jetant un coup d'œil sur l'ensemble de la chirurgie des voies urinaires, dans ces dix dernières années, on est frappé du nombre bien plus considérable des opérations de taille qui se pratiquent, rélativement à la période de 1840 à 1850. La lithotritie par les voies naturelles a cessé d'être la règle, comme la taille l'exception. Les deux méthodes de traitement de l'affection calculeuse ne s'excluent plus ; elles se complètent au contraire. On n'attend plus, pour pratiquer la taille, d'y être contraint, après d'inutiles et infructueuses tentatives de lithotritie; on y recourt d'emblée; et ses indications paraissent être plus nombreuses et surtout plus précises qu'elles ne l'étaient il y a vingt-cinq ans. C'est en obéissant à cette tendance générale, autant qu'à la conviction puisée dans son expérience personnelle, M. le docteur Mallez a trouvé l'occasion de faire en deux années vingt-quatre opérations de taille (voir observations du mémoire), proportion énorme même dans une pratique étendue, qui comporte nécessairement une quantité plus considérable encore de lithotrities par les voies naturelles.

Deux ont été opérés par le galvano-caustique thermique, un est mort.

Deux par la lithotritie périnéale, tous deux sont morts.

Deux par un procédé mixte de l'incision prérectale, uni à la dilatation du col vésical, et dix-huit par la taille prérectale, sans modification que celle de l'emploi du cystotome double d'Amussat, véritable paire de ciseaux renversés, un peu différents, dont on se sert habituellement : tous sont guéris.

A quatre heures l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 novembre 1874. — Présidence de M. LAILLER (1).

M. BESNIER fait observer que c'est à M. le docteur Pichot (de la Loupe), que revient le mérite d'avoir, le premier, porté le diagnostic de goître exophthalmique. Il appelle, en outre, l'attention sur ce point que le goître, chez ce malade, s'est développé d'un seul côté. C'est là un fait qui a été remarqué fréquemment dans les cas de goître exophthalmique, et il est bon de le signaler comme un signe pouvant aider au diagnostic.

Quant à l'incoordination, à la diplopie et aux autres phénomènes nerveux dont ce malade est atteint, il est bien difficile de savoir s'ils se rattachent à la maladie de Graves ou s'ils en sont complétement indépendants. M. Besnier se joint à M. Féréol pour demander l'avis de ses collègues à ce sujet. Il ajoute que ce malade n'a jamais présenté aucune diathèse, qu'il n'est atteint ni de syphilis, ni d'alcoolisme, qu'il n'a pas subi de refroidissement, et que l'on ne constate dans ses antécédents que des troubles nerveux, des chagrins domestiques. Il consulte la société sur le traitement à appliquer en pareil cas.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ croit qu'il faut admettre chez ce malade deux ordres de symptômes se rattachant à deux maladies différentes, les uns dépendant du goître exophthalmique, les autres se reliant à une affection principalement caractérisée par l'incoordination, c'est-à-dire à une lésion de la moelle, probablement à une sclérose en plaques. Une autre hypothèse consisterait à admettre la préexistence de l'affection médullaire et la dépendance, par rapport à cette affection, des symptômes rattachés à la cachexie exophthalmique. M. Charcot a cité des cas, en effet, dans lesquels l'affection tabétique avait commencé par des troubles du grand sympathique.

M. FÉRÉOL pense qu'il n'y a pas lieu d'admettre ici l'existence d'une ataxie locomotrice progressive. Ce malade n'a jamais eu de douleurs lancinantes. En outre, les troubles oculaires qu'il présente ne sont pas ceux de l'ataxie; dans cette maladie, ce sont généralement la troisième et la sixième paire qui sont atteintes de paralysie, et, chez le malade en question, c'est, comme nous l'avons dit, la quatrième paire qui est affectée. D'autre part, cet homme n'a pas la marche de l'ataxique.

La seconde hypothèse émise par M. Dujardin-Beaumetz paraîtrait plutôt admissible. En effet, M. Féréol est disposé à ne voir dans cet ensemble de phénomènes qu'une seule et même maladie, mais il incline à penser que cette maladie est la cachexie exophthalmique compliquée de phénomènes particuliers.

M. LÉPINE cite un cas qu'il a eu l'occasion d'observer, et dans lequel on a reconnu aussi un goître exophthalmique parfaitement caractérisé et ayant présenté une complication insolite ; il s'agit d'une femme chez laquelle, en même temps que la thyroïdite et les pulsations (l'exophthalmie a manqué), apparut une polyurie très-abondante et même de l'azoturie. Ce qui porte M. Lépine à rattacher ces phénomènes au goître exophthalmique, c'est que leur apparition a coïncidé exactement avec celle des autres symptômes.

Au point de vue thérapeutique, il ajoute que cette femme a été soumise autrefois à la digitale et s'en est très-mal trouvée; il a essayé la vératrine et essaye en ce moment l'ergotine.

M. POTAIN a observé un cas analogue : c'était un cas de goître exophthalmique parfaitement caractérisé, d'ailleurs, et compliqué de glycosurie.

M. HÉRARD fait observer qu'il n'est pas rare de voir les malades atteints de goître exophthalmique ne point percevoir les battements cardiaques dont ils sont affectés. Il a même vu des malades chez lesquels on comptait jusqu'à 160 pulsations, et qui ne s'apercevaient même pas que leur cœur battait plus fort que de coutume. Quant au traitement, c'est l'hydrothérapie qui, suivant M. Hérard, a jusqu'ici donné les meilleurs résultats.

M. DELASIAUVE soigne en ce moment, à la Salpêtrière, une jeune fille atteinte de goître exophthalmique, et qui présente en même temps des troubles de la locomotion, de la sensibilité et même des troubles psychiques. Il prendra sur cette malade de plus amples renseignements et en fera connaître les résultats à la société.

Du traitement des fièvres typhoïdes. — M. FERRANT lit une note relative aux résultats de la statistique appliquée au traitement des fièvres typhoïdes. Cette note a surtout pour but de montrer quelles réserves il faut apporter dans la collation et l'interprétation des chiffres qui sont fournis à l'appui de telle ou telle méthode. Il donne les résultats qu'il a recueillis pendant plusieurs années à la maison de santé de Saint-Jean de Dieu. Il signale d'abord, comme causes d'erreur, la différence, d'une année ou même d'une saison à l'autre, des épidémies, des séries de fièvres typhoïdes, l'influence des milieux, des catégories sociales dans lesquels on observe, et enfin des formes plus ou moins *atténuées* de la maladie. Les statistiques, dit-il, bénéficient souvent de ces rencontres, de ces conditions et de ces cas heureux.

Sur 134 fievres continues qu'il a eu à soigner pendant les années 1867, 1868, 1869 et 1870, M. Ferrant compte 10 décès, ce qui fait un peu plus de 7 0/0. En prenant le détail de ces diverses années, on trouve, pour 1867, 31 cas dont 12 furent mortels (12.9 0/0); en 1868, 57 cas dont 3 morts (5 0/0); en 1869, 25 cas dont 2 morts (8 0/0), et, en 1870, 21 cas dont 1 décès (4.76 0/0). En résumé, la mortalité moyenne pendant les quatre années ayant été de 6 à 7 0/0 au plus, elle a varié, dans chacune des années prises à part, entre les écarts véritablement considérables de 4 0/0 à 13 0/0. Cependant le milieu et les conditions de recrutement étaient identiques. En outre, la méthode générale de traitement qui a été suivie a été constamment celle qui repose sur l'usage des purgatifs, des lotions froides, des lavements frais et excitants, etc.

En comparant ces chiffres à ceux qui ont été produits par les partisans des bains froids *à outrance*, on voit que, si l'on en excepte la statistique de Brand lui-même, tout à fait exceptionnelle, l'écart est à peu près nul. Il paraîtrait même que les bains froids, employés par les médecins allemands à l'hôpital de Nancy, pendant la dernière campagne seraient loin d'avoir donné de bons résultats. D'autre part,

(1) Fin. — Voir le numéro du 26 novembre.

M. Ferrant lui-même a eu l'occasion d'observer, chez un certain nombre de malades atteints de fièvre typhoïde, pendant le siége de Paris, les effets désastreux exercés par l'abaissement excessif de la température.

Il résulte de tout ceci, dit en terminant M. Ferrant, qu'en traitant la fièvre typhoïde par la méthode aujourd'hui classique, on peut arriver à une mortalité aussi restreinte que celle constatée par la plupart des auteurs après l'usage des bains froids. Cette méthode thérapeutique n'a donc de nouveau que la rigueur absolue de ses procédés. On commence déjà à enregistrer quelques cas d'accidents mortels consécutifs à l'usage de ces procédés. M. Ferrant voudrait pouvoir espérer qu'ils ne se multiplieront pas davantage.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 octobre 1874. — Présidence de M. Peter.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Gillette dépose sur le bureau deux brochures, l'une intitulée: *De l'imperforation de l'hymen au point de vue clinique et opératoire*; l'autre: *De l'emploi du seigle ergoté dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu*.

A propos de cette dernière présentation, M. Gillette dit que les quinze observations relatées appartiennent à son père, alors médecin de l'hôpital Bon-Secours. A la suite d'une erreur commise, où dans un cas de rhumatisme articulaire aigu, du seigle ergoté fut administré au lieu du sulfate de quinine prescrit, une amélioration réelle s'ensuivit. Cela donna à mon père, ajoute M. Gillette, l'idée d'employer le seigle ergoté dans le rhumatisme articulaire. Il le donnait depuis 50 centigrammes jusqu'à 3 grammes, et n'observa jamais d'accidents, ni d'ergotisme. Le seigle ergoté ne semble pas non plus avoir agi sur les organes génitaux de la femme. Dans un cas même, les règles furent retardées de douze jours. L'amélioration du rhumatisme s'est toujours montrée rapidement; l'action de ce médicament sur le rhumatisme me paraît donc indiscutable.

M. Duroziez, à propos de l'action de la digitaline sur les poumons, rappelle l'expérience de Homolle qui, s'étant soumis à l'action de la digitale à haute dose, fut pris d'une pneumonie bien caractérisée, dans laquelle les accidents du côté du poumon persistèrent très-longtemps.

LECTURE

M. Aimé Martin lit le travail suivant :

Recherches sur l'action physiologique des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine. — Messieurs, je ne viens pas vous lire, aujourd'hui, un mémoire complet, un travail *ex professo* sur les injections hypodermiques de morphine. Je veux seulement vous communiquer les premiers résultats des recherches expérimentales que j'ai entreprises au sujet de cette méthode, dont M. Brown-Séquard a pu dire avec raison qu'elle constitue l'un des plus grands progrès accomplis de nos jours en thérapeutique (1).

A défaut d'autre mobile, j'aurais eu, pour m'occuper des injections hypodermiques de morphine un motif puissant, c'est la reconnaissance que j'ai vouée à ce mode de traitement qui, par deux fois déjà, m'a rendu la santé et que je considère non-seulement comme un palliatif contre la douleur, mais encore, dans un grand nombre de cas, comme un remède curatif au premier chef. Je ne fais qu'indiquer ici cette idée, que je me propose de développer longuement dans le mémoire que je vous communiquerai dans quelques mois et que je compte appuyer de preuves cliniques tellement probantes qu'elle cessera de vous paraître paradoxale.

Aujourd'hui, je ne veux vous entretenir que de trois points principaux :

1° De l'action des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine sur la circulation et sur la température du corps humain.

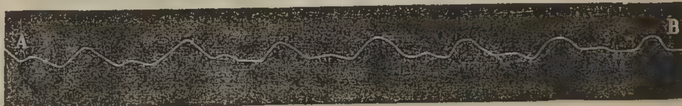
2° De la dose de solution qu'il convient d'injecter et du point ou l'injection doit être faite.

3° Des applications thérapeutiques nouvelles de cette méthode.

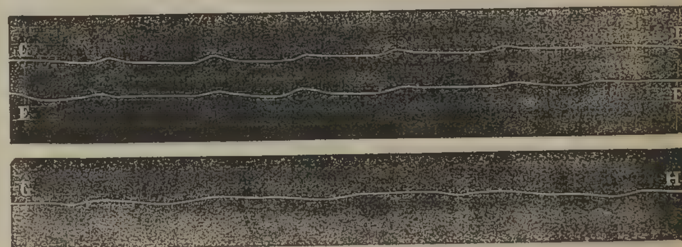
Premier point :

J'ai fait, depuis une quinzaine de jours, un grand nombre d'expériences sur moi-même ou sur diverses personnes, pour déterminer l'action des injections hypodermiques de morphine sur le pouls, et je suis arrivé, dans toutes mes expériences, à un résultat identique; j'ai constaté, sous l'influence de ces injections, même pratiquées à faible dose, une énorme diminution de la force du pouls et un abaissement considérable dans la tension du sang dans les artères. Les divers tracés sphygmographiques que j'ai obtenus le démontrent de la manière la plus incontestable.

Étant donné le tracé sphygmographique du pouls normal d'un sujet en expérience, tracé que je représente par A. B.



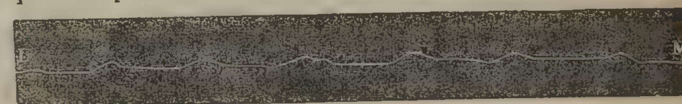
J'injecte, à ce sujet, à quatre heures moins dix minutes du soir, 1 centigramme de chlorhydrate de morphine, et j'obtiens sur lui, à quatre heures cinq minutes et quatre heures dix minutes, les trois tracés suivants, CD, EF, GH.



A quatre heures vingt, le tracé sphygmographique est presque représenté par une légère ligne droite horizontale.

A partir de ce moment, c'est-à-dire une demi-heure après l'injection, nous avons atteint le maximum de l'effet produit sur la tension du sang artériel, qui tend alors à augmenter.

Dans le tracé suivant, LM, que j'obtiens à cinq heures, l'ampoule qui correspond à la diastole artérielle est déjà très-marquée.



Mais l'ampoule plus petite, qui indique le dicrotisme, ne se montre pas encore; ce n'est qu'à cinq heures et demie, que reparaît le pouls normal, et que j'obtiens un tracé sphygmographique parfaitement semblable au tracé AB, c'est-à-dire au tracé du pouls normal chez le sujet en observation.

J'ai répété nombre de fois ces expériences, en variant les doses de chlorhydrate de morphine que j'injectais, depuis un demi-centigramme jusqu'à 3 centigrammes; j'ai, dans tous les cas, obtenu les mêmes effets physiologiques et, par conséquent, les mêmes tracés sphygmographiques. Les effets ne variaient que par leur durée : ainsi, en injectant un demi-centigramme, je voyais le pouls parcourir en moins d'une heure les diverses phases par lesquelles je l'avais vu passer dans ma première expérimentation. Lorsque, au contraire, j'injectais 2 à 3 centigrammes, l'effet était prolongé pendant trois ou quatre heures.

Je puis, de ces faits, tirer cette première conclusion que les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine produisent, même à une dose très-faible, une diminution considérable de la tension du sang dans les artères, et, par conséquent, une diminution dans la force des contractions du cœur.

Ce premier point acquis, je me demande si la thérapeutique des affections cardiaques, dont la digitale, ce médicament dont notre savant collègue M. Duroziez nous a signalé les dangers, a fait jusqu'à ce jour tous les frais; je me demande, dis-je, si cette thérapeu-

(1) *Leçons sur les nerfs vaso-moteurs, etc.* Traduction du docteur Beni-Barde. — G. Masson, 1872, p. 181.

tique ne trouvera pas des indications précieuses dans la facilité avec laquelle les injections de morphine agissent sur les contractions de l'organe central de la circulation !

Je me suis servi pour mes expériences, non du sphygmographe de M. Marey, mais du pulsographe de M. Ozanam, instrument ingénieux, dont la construction rappelle celle de l'appareil avec lequel Poiseuille a mesuré la tension du sang dans les artères, et qui est connu sous le nom d'hémodynamomètre. Je crois que, pour ce cas particulier, le pulsographe remplissait mieux que tout autre le but que je m'étais proposé.

Je puis encore conclure de cette première série d'expériences que la diminution plus ou moins grande de la tension du sang ne tient pas à la plus ou moins grande quantité de morphine injectée, et qu'une dose de morphine plus élevée n'a d'autre effet que de maintenir pendant un temps plus long cet abaissement de la tension du sang.

Les recherches thermométriques ne m'ont pas donné, à beaucoup près, un résultat aussi frappant que les recherches sphygmographiques. J'ai constaté cependant, dans la demi-heure qui suivait l'injection, un abaissement de température d'un quart à un demi-degré dans presque tous les cas. Il en est de même pour la fréquence du pouls, que j'ai vu s'abaisser, dans cette première demi-heure, de quatre à huit pulsations par minute, à peu près constamment; mais je dois faire observer que je n'ai constaté cet abaissement de température et cette diminution de fréquence du pouls que chez les sujets bien portants ou simplement névralgiques, chez lesquels température et pouls étaient à l'état normal. Je n'ai constaté aucun abaissement de l'un ou de l'autre chez les sujets atteints de fièvre au moment où j'ai pratiqué l'injection.

(A suivre.)

VARIÉTÉS

Histoire de la chirurgie française au dix-neuvième siècle (1)

par le docteur Jules ROCHARD,
directeur du service de santé de la marine à Brest.

L'analyse ne s'applique pas à un tel livre, l'œuvre est trop grande, la tâche serait longue et même impossible : nous désirons surtout faire connaître l'impression qui résulte de cette lecture et démontrer l'utilité de l'ouvrage.

Quinze ans de labeur, M. Jules Rochard nous l'apprend lui-même, ont été consacrés à réunir les matériaux, à coordonner les recherches, à résumer les grandes époques chirurgicales dans leur forme la plus concise et la plus vraie : aussi, nous l'assurons, l'*Histoire de la chirurgie au dix-neuvième siècle* est œuvre de Français, de chirurgien savant et d'honnête homme : qui ne se plairait en pareille société ?

Nous avons lu avec avidité ces pages si chaudement écrites qui retracent l'histoire de notre pays, prouvant, dates et faits à l'appui, que, sans jamais convoiter les propriétés étrangères, et en accordant, au contraire, la plus courtoise hospitalité aux innovations désireuses de notre sanction, nous avons su conserver l'éclat de l'ancienne Académie de chirurgie, et dans le domaine pratique de la science rester exempts de jalousie à l'égard de nos voisins. Que dans les luttes intimes pour l'existence et la suprématie, la gent chirurgicale française ne craigne ni les blessures ni la mort : c'est affaire de famille, et plusieurs y succombent; mais les survivants en sortent plus robustes, et quand le calme des ans a fait oublier ces orages souvent imposants, les faits restent, l'enseignement est fondé, la science du pays a progressé. Les chirurgiens d'outre-Rhin ont peut-être plus de discipline apparente : rien n'est plus curieux, en effet, que de voir le soin méticuleux avec lequel ces auteurs remplacent les noms français par leurs illustrations germaniques inconnues. C'est un mot d'ordre : la substitution ou le silence. Des rectifications devenaient nécessaires, et à ce titre, s'il n'en avait d'autres, le livre de M. Jules Rochard aurait déjà bien mérité de la chirurgie.

(1) Paris, J. B. Baillière et fils, 1875. — Prix : 12 francs.

L'auteur a étudié avec une précision telle toutes les grandes questions depuis 1814 que son ouvrage sera désormais un guide nécessaire pour quiconque désirera remonter à l'origine des faits. C'est une bibliographie générale, d'une exactitude telle qu'elle a défié les investigations de l'éditeur le plus érudit et le plus scrupuleux.

L'histoire de la chirurgie avait été déjà écrite par Malgaigne dans les admirables Études historiques, par Richerand dans son Histoire des progrès récents de la chirurgie, par Guyon et Labbé dans le rapport officiel de 1867 (1) ; mais, pour le premier, un passé de vingt-deux siècles ne peut être analysé dans tous ses détails, Richerand a fait un pamphlet plutôt qu'un exposé historique, et le programme ministériel était à vrai dire un inventaire. M. Jules Rochard a restreint son sujet ; il n'a pris que les soixante dernières années, mais il les a bien connues et loyalement exposées.

Pour mieux séparer ses matériaux et reposer l'attention en donnant plus d'intérêt au récit, l'auteur explore alternativement l'histoire des hommes, leur carrière, etc, puis les progrès de la période à laquelle ils appartiennent. Il y a bien çà et là des coups d'œil qui dépassent les limites de l'horizon tracé, mais rien n'est plus attachant que de suivre les péripéties de ces grandes existences, presque toutes fouettées par le vent de la misère, de l'injustice, de l'ambition ou de la douleur, et, malgré tout, arrivant au port avec un sillage éclatant et éternel.

L'exposé des questions se trouve nécessairement scindé par les périodes, et les mêmes problèmes reviennent plusieurs fois sous les yeux du lecteur. Pouvait-il en être autrement quand on voit, par exemple, cette question du trépan discutée par Quesnay en 1750 et par Sédillot en 1874. Quoi qu'il en soit, les divisions acceptées par M. Rochard, quelle que soit leur opportunité, reposent l'esprit, font mieux saisir l'évolution successive des idées, et c'est là ce qui constitue la véritable érudition de bon aloi, utile à la science parce qu'elle en prépare le développement en laissant connaître ses origines.

L'auteur a divisé son sujet en quatre périodes. La *première* s'étend de 1792 à 1814 : c'est la chirurgie française sous la République, le Consulat et l'Empire. La *deuxieme* constitue l'époque proprement dite de Dupuytren (1814-1825). La *troisième* s'étend jusqu'à la découverte de l'anesthésie chirurgicale. La *quatrième* est la période contemporaine.

Il eût peut-être été plus simple de résumer ces divisions sous quelques noms dont l'influence reste incontestable : 1° Desault et Larrey, 2° Dupuytren, 3° Velpeau, 4° les contemporains. Parmi ces derniers, l'auteur s'est abstenu avec dignité, et en évitant assurément bien des difficultés, de nous donner la biographie des vivants bien que leurs œuvres soient étudiées.

Première période. — La grande âme de J. L. Petit s'était retirée depuis vingt ans de l'Académie de chirurgie, et le décret du 20 août 1793, par lequel la Convention supprimait toutes les académies, ne faisait que constater un fait accompli. Deux ans plus tard (décembre 1794) les besoins de la chirurgie d'armée firent rétablir l'enseignement médical. Desault, depuis dix ans chirurgien des hôpitaux, personnifiait à cette époque l'enseignement à Paris. Il eut pour collègues : Chopart, Percy, Sabatier et Boyer. Le 22 mars 1796, la Société de santé ou mieux la Société de médecine établit son programme. Bichat crée la Société médicale d'émulation. En 1804, la Société de la faculté reçoit officiellement l'héritage de l'Académie de chirurgie et de la Société royale de médecine. Avec Desault et Bichat, son élève, ce créateur de l'anatomie générale et pathologique, nous voyons Sabatier, Lassus, Lallement, A. Dubois, Boyer surtout, illustrer l'enseignement des hôpitaux et des écoles. Toutefois, pendant ces vingt-deux années de guerre, tous les chirurgiens célèbres passèrent successivement sous les drapeaux. Pelletan, Dubois, Roux, Récamier, Lisfranc, Boyer lui-même, payèrent leur tribut militaire. La chirurgie d'armée comptait déjà dans ses rangs : Sabatier, Saucerotte, Heurteloup, Percy, Desgenettes et Larrey; ces derniers noms formèrent à eux seuls une période antérieure à celle de Dupuytren, période véritable de chirurgie d'armée. A cette époque la marine française, décimée par les épidémies meurtrières et les expéditions malheu-

(1) Publication faite sous les auspices du ministère de l'instruction publique

reuses de Saint-Domingue et de Trafalgar voyait dans ses rangs : Duret, Manne et Fleury.

Desault, Bichat, Larrey, Boyer résument donc cette période de réforme et d'activité qui fut néanmoins assez pauvre, dit M. Rochard, en littérature médicale. Nous ne serons pas tout à fait de son avis, car si la *Nosographie* de Richerand, si la *Clinique* de Pelletan, les *Mélanges* de Roux n'ont pas eu, il est vrai, l'éclat du *Traité des maladies chirurgicales* de Boyer, nous plaçons au premier rang les œuvres de Bichat, celles de Desault et les campagnes de Larrey qui devraient être relues comme un bréviaire par tous les chirurgiens militaires.

A cette époque, les résections osseuses naissaient en province, à Bar-sur-Ornain, dans la pratique d'un modeste chirurgien, Moreau, qui vit l'Académie, suivant une habitude assez fréquente, ne pas accorder la moindre attention à ses travaux. Sur les champs de bataille, l'eau froide devenait réglementaire dans les pansements; l'extraction des corps étrangers, les débridements, la ligature dans les amputations, l'opportunité de ces amputations elles-mêmes, la désarticulation fémorale, le trépan, formaient autant de questions agitées et résolues plus affirmativement qu'aujourd'hui. Larrey, Percy réglementaient le système des ambulances, et leurs projets primitifs, mis de nos jours à exécution, combleraient bien des lacunes si longtemps négligées.

La *deuxième période* est remplie tout entière par la grande et hautaine personnalité de Dupuytren. Après les traités de 1814, notre isolement des nations voisines cessa, surtout avec l'Angleterre, où Roux fit connaître la chirurgie française; les traductions d'ouvrages anglais se multiplièrent. D'autre part, Cruveilhier et Lobstein commençaient leurs traités d'anatomie pathologique. Béclard, Gerdy, Velpeau, Blandin professaient l'anatomie chirurgicale; Magendie découvrait les fonctions des nerfs spinaux; Gall, fuyant l'Autriche, ouvrait son cours de crânomancie. Mais, sur les confins de la chirurgie et de la médecine, nous trouvons deux noms célèbres : Laënnec et Broussais; l'un, créateur de l'auscultation; l'autre, fougueux propagateur de la doctrine physiologique. M. Rochard a retracé, dans ce style sobre et puissant qui lui est propre, les premières phases de cette transformation pathologique, et semble croire à sa condamnation par les générations présentes. La saignée est devenue bien rare, en effet, de nos jours, et Broussais fut emporté dans la lutte au-delà des limites du vrai; mais, en résumé, la théorie cellulaire de Virchow est, sous une autre forme, celle de l'irritation broussaissienne.

Quelques mesures administratives de cette époque doivent être consignées. En 1815, l'unité de la médecine et de la chirurgie est confirmée; en 1818, le concours est supprimé pour le professorat; en 1822, les cours sont suspendus, les professeurs mal vus dans les régions politiques sont destitués : l'Académie de médecine rétablie en 1820. En 1823, le corps des agrégés est constitué. Mais l'institution importante, le concours, était rétabli en 1830 et nous donnait : Pelletan, Cloquet, Richard, Bérard, Bouillaud, hommes illustres dont les derniers, encore survivants, rendent plus précis les souvenirs qui se rattachent au plus célèbre d'entre eux, à Dupuytren.

D'un caractère hautain, d'une habileté merveilleuse, il ne souffrait aucun rival, et pendant trente ans, brisant quiconque l'approchait, il répandit la science dans les hôpitaux, peuplant ainsi la France de praticiens habiles. M. Rochard nous a reproduit fidèlement cette longue carrière qui débute par un concours célèbre (8 février 1812), avec Roux et Marjolin, pour se terminer par le dernier cri du lion blessé à mort (1834). Richerand, Roux, Marjolin, Lisfranc, Sanson, Cloquet, Lallemand, Delpech, brillaient aussi à côté du grand chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Les progrès accomplis de 1814 à 1835 se rapportent à la lithotritie, aux amputations, à l'orthopédie, aux maladies du tube digestif et de l'utérus.

Civiale, Leroy d'Étiolles, Heurteloup, Ducamp, Amussat, Reybard s'illustrent dans la thérapeutique des maladies des voies urinaires. Delpech, Guérin, Bouvier, étudient l'orthopédie. Lisfranc, Scoutetten, les amputations. Gerdy et Bonnet, les maladies articulaires. Récamier, celles de l'utérus.

Fr. PONCET (de Cluny),
professeur agrégé à l'école de médecine militaire du Val-de-Grâce.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

On nous écrit de Djeddah en date du 12 octobre :

« M. le docteur Pasqua, inspecteur des services sanitaires de la mer Rouge, est rentré le 1er de ce mois, à Djeddah, de retour de sa tournée d'inspection dans l'Assyr, où il s'était rendu par ordre de l'administration sanitaire de Constantinople, pour étudier la nature et la marche de la maladie qui règne à Beni-Chehir, district de cette province situé à six journées de marche de Confudah, port de la mer Rouge.

« Après un examen minutieux, le docteur Pasqua s'est assuré que cette maladie est la peste bubonique, laquelle est réduite, depuis le commencement du mois de septembre, à un très-petit nombre de cas, limités dans un seul village, à Namaz, où réside le kaïmacam de Beni-Chehir. Un médecin militaire, le docteur Agop-effendi, est resté dans la localité pour surveiller l'exécution des mesures prises par notre honorable inspecteur, lesquelles, je n'en doute point, contribueront puissamment à l'extinction rapide de la maladie. »

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 9 décembre, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : Élection du bureau pour l'année 1875;

2° Discussion du rapport de M. Berrt;

3° Du traitement chirurgical des pauvres à domicile, par M. Boinet

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Ouverture des cliniques (cliniques médicales).

Toutes les cliniques sont entrées cette semaine en pleine activité; celles qui avaient déjà été ouvertes et interrompues par la fermeture de la Faculté ont été reprises. Tel est le cas des cliniques médicale et chirurgicale de la Charité. Les autres qui n'avaient été qu'affichées seulement ont commencé ces jours derniers, à l'Hôtel-Dieu, à la Pitié et à la Clinique.

A l'hôpital de la Charité, M. le professeur Sée avait annoncé devoir s'occuper principalement, dans le cours de ce semestre, des maladies du système nerveux cérébro-spinal, et il avait commencé par l'histoire de plusieurs cas de névroses plus ou moins complexes, actuellement groupés dans son service. Dans la reprise de son cours, qui a eu lieu aujourd'hui, il a entretenu son auditoire de plusieurs cas d'albuminurie liée à des affections de nature très-diverse, et d'un cas très-curieux de paralysie hystérique transitoire, simulant au premier abord une attaque d'apoplexie. Puis, à l'occasion de plusieurs malades asthmatiques récemment entrés dans ses salles, il a commencé l'histoire de l'asthme, qu'il continuera dans les leçons prochaines. Après quoi il reviendra aux névroses.

A l'Hôtel-Dieu, M. le professeur Béhier a pris pour sujet de sa première leçon clinique trois malades de son service, présentant un symptôme commun, l'ictère, qui leur donnait au premier abord une apparence similaire, bien qu'ils fussent atteints en réalité d'affections différentes, le premier ayant un ictère simple, les deux autres un ictère avec hypertrophie du foie et de la rate.

Mais avant d'entrer dans l'étude clinique de ces trois faits, il en a pris texte de quelques considérations générales, en manière de préambule, sur l'utilité des recherches de laboratoire et du concours des moyens d'étude empruntés aux sciences physico-chimiques dans l'enseignement clinique.

On se rappelle que, dans plusieurs circonstances semblable à l'occasion de l'inauguration ou de la réouverture de ses cours de clinique, M. Béhier a déjà présenté plusieurs fois son programme sur l'alliance des procédés de laboratoire avec les procédés cliniques proprement dits, proclamant bien haut la prééminence de l'observation, mais tout en reconnaissant les services considérables qu'elle reçoit journellement de l'adjonction des procédés et des moyens physico-chimiques d'exploration. Aussi, certain aujourd'hui d'être compris de ses élèves et dégagé de la crainte de les voir abandonner la voie de l'observation, il a déroulé devant eux le tableau des progrès les plus récents que la clinique doit à ces procédés de laboratoire, afin de leur faire sentir la nécessité de faire marcher de front ces deux grands moyens d'observation.

Nous trouverons naturellement dans le cours de cette nouvelle année scolaire de fréquentes occasions de signaler la plupart de ces fructueuses applications et de rappeler les principes que professe M. Béhier à cet égard.

Pendant tout le semestre d'hiver, M. Béhier fera sa leçon clinique à l'amphithéâtre le mercredi. Les lundis et vendredis seront consacrés aux démonstrations et exercices histologiques et cliniques dans le laboratoire.

Conférences de la Salpêtrière.

M. Charcot a commencé dimanche dernier la série de ses conférences cliniques d'hiver. Tout le monde connaît M. Charcot comme savant; nous n'avons rien à apprendre à cet égard à nos lecteurs qui ont eu les primeurs de ses travaux et de son enseignement à la Salpêtrière. Comme professeur, M. Charcot nous rappelle, par la sobriété du langage adaptée à un exposé riche de faits, ce type auquel faisait allusion un publiciste célèbre lorsqu'il disait : « Tant que l'homme sait peu, il parle beaucoup ; moins il raisonne, plus il *chante*. » M. Charcot ne chante pas, il parle, et pourvu que l'idée qu'il veut exprimer et le fait qu'il veut faire connaître soient clairement énoncés, son but est atteint, ainsi que celui de son auditoire.

« Ce n'est pas, a-t-il dit en débutant, un cours régulier, classique, que j'ai l'intention de faire; j'entends faire un enseignement *plastique* en quelque sorte; c'est-à-dire que je veux faire passer sous vos yeux quelques types de maladies chroniques qu'on n'observe pas habituellement dans les autres hôpitaux, où ces sortes d'affections sont en général assez mal accueillies par les chefs de service. Ou bien, si on les y rencontre par hasard, on n'y observe jamais qu'une phase passagère, un épisode de la maladie. L'ensemble de son évolution, ses débuts, sa marche, ses progrès et sa terminaison demeurent le plus souvent inconnues.

A la Salpêtrière, au contraire, dans cette ville de 5,000 habitants, se trouve un véritable musée d'affections

chroniques, et en particulier, d'affections du système nerveux, qui présentent le plus grand intérêt à être observées sur une aussi grande masse. En outre, on a ici l'avantage de posséder, en général, l'histoire tout entière de la maladie, car, dans la plupart des cas, l'occasion nous est fournie à un terme plus ou moins éloigné, de pouvoir vérifier par l'ouverture du corps des lésions correspondantes aux symptômes si longtemps observés, si longuement étudiés pendant la vie.

Je n'ai pas besoin de faire ressortir ici l'importance de l'anatomie pathologique, surtout depuis qu'elle est si bien secondée par l'histologie. Toutefois je ne ferai aucune difficulté de reconnaître que c'est encore un terrain bien incomplétement déblayé, et sur lequel il reste bien des parties à défricher.

A côté de ces avantages incontestables, l'enseignement que nous pouvons faire ici présente, il faut bien le dire, quelques inconvénients ou tout au moins quelques lacunes. En effet, on ne reçoit ici que des malades réputées incurables (je dis réputées, car vous verrez qu'il nous arrive quelquefois d'obtenir des guérisons même à la Salpêtrière); mais ce qui forcément nous échappe, se sont les débuts de ces maladies, soi-disant incurables, avec toutes ces nuances, toutes ces délicatesses que le médecin ne peut apprécier que dans la pratique de la ville. Depuis longtemps je méditais le projet de combler cette lacune dans nos études, en instituant ici une consultation où seraient certainement venues un grand nombre de malades aux débuts de leur affection. Les tristes événements que nous avons traversés n'ont pas permis que cette idée se réalisât. J'ajouterai cependant, qu'avec l'aide de l'administration, j'ose espérer pouvoir bientôt réaliser ce progrès. »

Nous ne pouvons, à défaut de mieux, que joindre nos vœux à ceux du savant professeur et accueillir avec satisfaction les espérances qu'il exprime. La dépense relativement minime qu'exigerait dans ce vaste établissement l'institution d'une consultation, avec un service annexe pour recevoir et traiter une partie des malades qui s'y présenteraient, ne peut être un obstacle insurmontable pour une administration éclairée et désireuse de seconder les progrès des études.

« Les faits que je soumettrai à votre observation, poursuit M. Charcot, ne seront pas seulement, croyez-le bien, des faits exceptionnels, je ne crois pas aux cas rares; ceux que l'on qualifie ainsi sont pour moi des cas à l'étude, des cas que l'on ne connaît pas encore et qui deviendront fréquents à partir du jour où ils auront été soigneusement étudiés. Je n'en veux pour exemple que ce que vous avez pu constater vous-même pour l'ataxie locomotrice. Autrefois un ataxique était un phénomène, et sitôt que l'on apprenait la présence d'un ataxique dans un service, tout le monde s'empressait de s'y rendre pour observer ce *cas rare*. Aujourd'hui que, grâce aux travaux modernes et en particulier à ceux de notre célèbre ami, M. Duchenne (de Boulogne), cette maladie est bien connue, on en rencontre de fréquents exemples, et, pour ne parler que de la Salpêtrière, nous n'avons pas moins d'une cinquantaine d'ataxiques en permanence, bien que l'on prétende que l'ataxie est beaucoup plus rare chez la femme que chez l'homme. Nous aurons d'ailleurs souvent l'occasion de vous parler de cette maladie. »

Le sujet d'étude clinique que M. Charcot a entrepris d'élucider après ce préambule est le mal de Pott. Nous reproduirons incessamment cette partie principale de cette première conférence.

Du croton-chloral comparé au chloral chez les enfants.

Notre collaborateur et ami M. le docteur Bouchut nous adresse la communication suivante :

« Le croton-chloral, dont on a parlé récemment, n'a pas toutes les propriétés du chloral ordinaire, et il ne me paraît pas appelé à le remplacer. Tout d'abord, je rappellerai que l'hydrate de chloral n'a pas la même action chez l'adulte et chez les enfants.

Chez l'adulte, le chloral est hypnotique, il engourdit, mais ne produit pas l'anesthésie, du moins aux doses que l'on donne ordinairement par la bouche. Sa saveur est tellement âcre qu'on ne peut dépasser 6 à 8 grammes et que, à cette dose, l'estomac se révolte. Or, à cette dose, on n'obtient pas d'insensibité absolue.

Il n'en est pas de même chez les enfants, dont l'estomac supporte mieux le remède et que l'on endort et anesthésie complétement avec 3 ou 4 grammes.

L'insensibilité est telle qu'on peut ouvrir les abcès et arracher les dents sans douleur. Dans ma salle, les enfants prennent l'hydrate de chloral à huit heures; le dentiste passe à neuf, arrache les dents aux endormis, qui ne se réveillent que trois heures plus tard, sans savoir l'opération qui a été faite. Des centaines de cas d'emploi d'hydrate de chloral ont établi ces faits aux yeux de tous ceux qui suivent mon service.

Le croton-chloral avec lequel j'ai fait vingt expériences ne m'a paru avoir qu'un seul avantage sur le chloral, c'est une saveur moins âcre et moins désagréable.

Pour les personnes qui ne voudront que dormir, le croton-chloral pourra être administré; mais si l'on veut anesthésier, le croton-chloral devra être mis de côté.

A doses égales, le croton-chloral est inférieur au chloral et moins actif que lui.

A 1 gramme : trois expériences dans lesquelles deux fois il n'y a eu aucun effet produit et une autre fois un court et léger sommeil. — A 2 grammes : quatre expériences, et au bout d'une demi-heure, trois fois léger sommeil pendant deux heures et pas d'anesthésie. Dans la quatrième expérience, il y a eu du sommeil et une demi-anesthésie. — A 3 grammes : huit expériences, dans lesquelles il y a eu un sommeil de trois ou quatre heures, une demi-anesthésie dans six cas, et dans les deux autres, pas d'anesthésie du tout. — A 4 grammes : cinq expériences, dont une a été annulée, le médicament n'ayant pas été pris. — Dans les quatre autres expériences, l'administration de ces 4 grammes a donné une fois du sommeil et de l'anesthésie; mais j'ai lieu de craindre ici un peu de simulation chez la malade. Chez le second sujet, demi-sommeil et pas d'anesthésie. Sur le troisième sujet, sommeil de trois heures et de l'anesthésie. Enfin, sur le quatrième sujet, un sommeil de trois heures et une demi-anesthésie.

Partout le médicament a été pris sans dégoût, mais il a été désagréable à prendre et n'a provoqué ni vomissements ni diarrhée.

En présence de ces résultats obtenus avec le croton-chloral, il m'a paru utile de voir, sur les mêmes sujets, quelle serait l'action du chloral. Comme tous avaient de ces affections choréiques pour lesquelles j'ai découvert l'heureuse action de ce médicament, la chose m'a été facile.

J'ai donc donné 3 grammes de chloral à sept malades. Cinq fois il y a eu profond sommeil, une grande résolution de membres et une anesthésie chirurgicale suffisante pour ouvrir des abcès et arracher des dents sans douleur.

Dans les deux autres cas, il y a eu un sommeil de trois heures et demie, mais à peine d'anesthésie.

Le malade qui, dans ce cas par le chloral, n'a pas subi son action anesthésique, est le même qui, avec 4 grammes de croton-chloral, n'a eu que peu de sommeil et pas d'anesthésie.

En résumé, le croton-chloral n'a que les propriétés affaiblies du chloral. Il peut faire dormir et sera employé comme hypnotique dans les cas où l'on craindrait l'action irritante du chloral sur l'estomac. Mais, si l'on veut aller jusqu'à l'anesthésie, l'action du chloral est plus sûre, et c'est sur elle qu'il faut le plus compter. »

Pansement ouaté antiseptique.

Dans un des derniers comptes rendus de l'Académie des sciences nous avons eu l'occasion d'appeler l'attention de nos lecteurs sur le procédé de pansement de M. Sarazin. Nous sommes heureux de pouvoir donner aujourd'hui, d'après l'auteur lui-même, la description du procédé, tel qu'il l'emploie, et la statistique assez considérable des résultats obtenus.

« Je procède, dit M. Sarazin, de la façon suivante :

La plaie, lavée et essuyée, est couverte d'une bonne couche de goudron végétal, qui s'étend jusqu'aux articulations voisines si c'est aux membres, et jusqu'à 15 ou 20 centimètres de ses lèvres si c'est au tronc. Une coque de ouate suffisamment serrée, épaisse de deux bons travers de doigt, recouvre et dépasse un peu toutes les parties enduites de goudron. Quelques légers plumasseaux de ouate sont interposés aux lèvres de la plaie. Cette première couche de ouate est tassée et maintenue par un bandage roulé. On badigeonne alors tout le pansement avec du goudron chaud et on le recouvre d'une couche de ouate et d'une bande roulée maintenue par quelques courroies de fil. Cette dernière partie du pansement ne joue qu'un rôle de protection et de propreté : elle prévient les taches de goudron.

Lorsqu'on enlève ce pansement au bout de dix, douze, quinze, vingt jours, on trouve la couche profonde de la ouate adhérente à la peau. A une petite distance du bord du pansement, elle se détache en entraînant avec elle les feuillets les plus superficiels de l'épiderme qui forment avec le goudron et le coton une véritable membrane noire, souple, suffisamment adhérente et résistante, imperméable et moulée sur la surface du membre. Au voisinage de la plaie, cette membrane, déjà détachée de la peau dans une étendue variable, suivant l'abondance de la suppuration, forme une poche dans laquelle est ramassé le pus. La plaie présente toujours un fort bel aspect, et l'absence d'inflammation des parties environnantes est vraiment remarquable, même dans les plaies contuses les plus déchirées (plaies par éclat d'obus).

Permettez-moi d'ajouter que mes pansements par occlusion antiseptique ont été suivis de succès dans 2 amputations de la jambe;

1 amputation de cuisse ;

1 résection du coude ;

1 résection du genou ;

1 plaie par coup de feu de la main avec fracture du premier métacarpien ;

2 plaies profondes et larges du haut des cuisses par éclat d'obus ;

Plusieurs plaies contuses de moindre importance et deux arthrites suppurées, dont l'une est encore en traitement actuellement.

Ces observations paraîtront *in extenso* dans la *Revue médicale de Nancy*, à laquelle je suis lié comme professeur agrégé de cette ville. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 novembre 1874. — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine de la semaine.

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente, de la part du docteur Feuvrier, deux brochures intitulées : 1° *Stomatite ulcéreuse des soldats;* 2° *Deux cas de morsure de serpent venimeux.* — De la part du docteur Marion Sims, une brochure intitulée : *On ovariotomy.*

M. PAULET présente, de la part de M. Roux (de Brignolles) *une observation de hernie obturatrice nerveuse pendant le cours d'une fièvre typhoïde* (rapporteur : M. Paulet).

M. VERNEUIL présente, de la part de M. Dehenne, une brochure intitulée : *Note sur une cause peu connue d'érysipèle.*

M. PANAS présente, de la part du docteur V. Lheuer, une brochure intitulée : *Un chapitre de chirurgie conservatrice.*

Amputation des tumeurs à lambeau. — M. DESPRÈS, à l'occasion du procès-verbal, montre deux moules relatifs à une opération d'ablation d'une bourse séreuse hypertrophiée par un procédé à lambeau dont il a parlé dans la dernière séance.

On voit ici quel était le volume de la tumeur, celui du poing. Sur le second moule, il y a une cicatrice courbe, qui ne fait que traverser la ligne médiane, de sorte que la peau saine existe sur le point qu'occupait la tumeur, et que le malade peut supporter les frottements sur le genou et se mettre à genou. Le malade, qui était raboteur de parquets et avait gagné cette maladie à ce métier, pouvait, sans souffrance, se mettre à genou après l'opération.

J'ajoute que l'opération que j'ai faite, pour obtenir une cicatrice bien placée, n'est pas une nouveauté. Nos collègues se rappellent que Jobert (de Lamballe) avait proposé un procédé de castration à lambeau pour obtenir la réunion par première intention de la plaie du scrotum.

M. LE FORT. Dans la communication tout à fait incidente où j'ai parlé du procédé d'Esmarch, je n'ai jamais eu l'intention d'obtenir par ce procédé l'anesthésie. J'ai dit que, dans deux circonstances où j'avais affaire à des malades débilités, je signalais l'avantage de la diminution de la sensibilité qui permettait d'éviter le chloroforme. Je serais, du reste, d'autant moins disposé à ériger la méthode d'Esmarch en moyen d'anesthésie, qu'il faut, pour obtenir ce résultat, pratiquer une très-forte constriction à la racine du membre, et que la paralysie temporaire qui en résulte présente des inconvénients. L'opération se fait, il est vrai, d'une manière à peu près exsangue ; mais cette absence d'hémorrhagie est le plus souvent compensée et au delà par une hémorrhagie consécutive formée par les artérioles musculaires. J'ai eu, il y a une quinzaine de jours, à la suite d'une désarticulation de cuisse, pratiquée pour un ostéosarcome, une véritable pluie de sang ; et c'est une des considérations qui me font croire que l'on arrivera à limiter considérablement les indications du procédé d'Esmarch, et à le réserver pour les opérations laborieuses et délicates.

En résumé, bien que l'anesthésie obtenue par le procédé d'Esmarch puisse engager à ne se point servir de chloroforme, il faudra toujours craindre qu'une trop forte compression pratiquée à la racine du membre dans un but anesthésique n'amène cette pluie de sang à laquelle je faisais allusion.

RAPPORT

M. DUPLAY. J'ai été chargé d'un rapport verbal sur un travail de M. Krishaber, dans lequel il propose d'extraire les corps étrangers de l'œsophage en faisant boire de l'eau au patient et en introduisant ensuite une tige munie d'une éponge préparée jusque dans l'estomac, de profiter de la dilatation énorme qu'a subie au sein du liquide l'éponge préparée pour ramoner, en retirant l'appareil, tout l'œsophage de bas en haut. Ce procédé a été employé sur une jeune fille qui avait avalé un os de dinde, et il a pleinement réussi : quelque ingénieux qu'il puisse paraître, je ferai cependant à ce moyen quelques objections. La première consiste dans l'impossibilité, parfois absolue, de faire ingérer au malade une quantité quelconque de liquide; la seconde a pour objet la nécessité de graduer le volume de l'éponge préparée. On sait, en effet, que la dilatation devient énorme, et il pourrait se faire qu'après avoir introduit dans l'estomac une éponge d'un certain volume, il devînt impossible après sa dilatation de la faire repasser dans l'œsophage. Je propose le dépôt du manuscrit de M. Krishaber aux archives.

Les conclusions du rapporteur sont adoptées.

DISCUSSION

M. DESPRÈS. Je ferai observer que le procédé décrit par M. Krishaber est connu depuis longtemps.

M. DUPLAY. M. Krishaber insiste sur la nécessité de se servir d'éponge *préparée*; c'est ce qui fait l'originalité du procédé.

LECTURE

M. PERRIN lit une observation de hernie étranglée.

COMMUNICATION

M. LEDENTU fait la communication suivante :

Variété peu connue d'engorgement de la mamelle. — Je désire porter à la connaissance de la Société de chirurgie un fait intéressant, que j'ai observé récemment à la Salpêtrière et dont voici le résumé, d'après l'observation recueillie par M. Vallerian, interne des hôpitaux.

Une femme de soixante-dix-neuf ans, d'une constitution vigoureuse, offrant toutes les apparences de la santé, entre à l'infirmerie le 27 mai 1874. Le sein gauche est d'un volume plus considérable que le droit, mais la différence n'est pas énorme. Sur toute la moitié externe, la peau est d'un rouge assez vif, mais d'une teinte plutôt foncée. Cette rougeur n'est pas limitée par un bord saillant; elle s'efface par la pression du doigt et reparaît dès que celle-ci cesse.

Toute la région (glande, tissus sous-cutanés et peau) présente une induration considérable. Le derme est tendu. Les tissus sous-jacents sont fermes et en même temps un peu élastiques; ils ne se laissent déplacer qu'en masse et semblent très-homogènes dans leur composition. Nulle part, la pression du doigt ne laisse de traces durables, comme s'il s'agissait d'un œdème ordinaire. On ne parvient même pas à déprimer la peau; elle résiste comme les couches plus profondes.

L'induration est un peu plus prononcée à la partie plus déclive du sein; elle arrive jusqu'au sternum en dedans, atteint presque la clavicule en haut et envahit l'aisselle en dehors. C'est là qu'elle est le plus prononcée. Toute cette région est tendue et immobile. On y sent profondément une masse d'une consistance plus ferme, qui paraît collée aux côtes et qu'on ne peut déplacer par des pressions latérales. Cette masse, dont les dimensions sont à peu près égales en surface à celles de l'aisselle, est reliée à la mamelle par une induration allongée obliquement en bas et en dehors. Sous les téguments du sein, on sent également des masses d'une consistance plus ferme, confondues sur leurs limites les unes avec les autres. Il est évident que la glande mammaire tout entière participe à la tuméfaction.

Toute pression même légère exercée sur la région détermine une souffrance vive, mais non aussi forte que dans les cas de névralgie mammaire. Les manœuvres d'exploration ne peuvent se faire qu'avec beaucoup de précaution.

Tout le membre supérieur gauche est douloureux et tuméfié; mais ici la tuméfaction se présente avec tous les caractères de l'œdème. La peau n'offre la couleur rouge observée sur la moitié externe de la mamelle qu'à la partie supérieure du bras.

Tel est l'état dans lequel je trouve la malade à la visite du 28 mai 1874. Quant à ses antécédents, les voici :

A l'âge de trente-six ans, elle a été opérée d'une tumeur du sein gauche, à Versailles. La cicatrice, longue de 6 à 7 centimètres, tranche sur la coloration rouge du sein tuméfié.

A trente-six ou trente-sept ans, cette femme a fait une fausse couche. Depuis cette époque, jusqu'à l'âge de soixante-douze ans, elle a eu des pertes rouges et blanches; à soixante-douze ans, elle a rejeté par le vagin avec du sang un corps ayant, paraît-il, les dimensions du poing. Peut-être était-ce un corps fibreux utérin, mais il est à craindre que les dimensions données à ce corps ne soient très-exagérées.

La guérison du sein opéré s'est maintenue jusqu'à ce jour; seulement il est resté sensible, au point que le contact des vêtements y réveillait parfois de vives douleurs.

Récemment, la malade a eu des pertes sanguines et leucorrhéiques qui ont duré sept semaines. A leur déclin, il y a environ deux mois, le sein gauche a commencé à s'engorger; la rougeur n'est apparue que depuis quelques jours. Jusque-là, des douleurs très-vives et un gonflement notable avaient été les seuls symptômes observés. Depuis environ un mois, les douleurs et le gonflement ont envahi le bras du même côté.

Pour le moment, les pertes ont cessé; l'utérus ne paraît ni plus lourd, ni plus volumineux qu'à l'état normal, mais il est sensible au toucher, et les mouvements qu'on lui communique réveillent des souffrances, qui gagnent tout le bas-ventre et s'étendent jusqu'aux reins.

Il n'y a point de troubles à noter du côté des grandes fonctions; la chaleur du corps est normale. La malade n'a jamais souffert de manifestations ni goutteuses ni rhumatismales.

Il résulte assez nettement des renseignements donnés par elle, qu'elle a éprouvé un refroidissement à l'époque où a commencé l'engorgement de son sein.

Traitement : repos, cataplasmes laudanisés.

30 mai. — Diminution notable des douleurs spontanées. Tuméfaction et rougeur un peu moindres.

8 juin. — Un engorgement de même nature se déclare à la partie externe du sein droit, engorgement bien limité en haut et en bas, diffus en dedans et en dehors.

26 juin. — L'engorgement du sein droit a les dimensions d'un gros œuf de poule; la glande y participe moins facilement. Rien dans l'aisselle de ce côté. Même induration en masse de tous les tissus; même rougeur un peu sombre de la peau.

A gauche, état stationnaire. La tuméfaction du bras est considérable, la main fortement œdématiée.

Prescription : 50 centigrammes d'iodure de potassium par jour.

3 juillet. — Un peu d'amélioration du côté du sein gauche.

Compression douce sur tout le bras gauche au moyen d'une bande sèche. Compression sur les deux seins au moyen d'une couche épaisse de ouate bien maintenue par une bande.

20 juillet. — La compression, faite régulièrement tous les jours, a fait disparaître presque complétement l'engorgement du sein droit. Le bras gauche est beaucoup moins gros; le sein gauche diminue et devient plus souple, mais la rougeur persiste. La masse formée par les ganglions axillaires est plus facilement isolable, les tissus sus-jacents ayant beaucoup perdu de leur consistance.

27 juillet. L'œdème a disparu à la main et à l'avant-bras; il persiste au bras.

12 août. — Le bras a recouvré son volume normal. La rougeur n'existe presque plus au sein. De tous les symptômes observés jusque-là, il ne reste plus qu'un peu d'engorgement des ganglions de l'aisselle.

5 octobre. — Suspension du traitement. La malade sort de l'infirmerie. État stationnaire depuis le 12 août.

3 novembre. — L'engorgement de l'aisselle a entièrement cédé. La

guérison est complète. Les seins sont souples, et il faut une pression assez forte pour y réveiller quelques douleurs.

J'ai présenté cette observation comme un exemple d'une forme peu commune d'engorgement des seins. Pour justifier ce titre, il suffira de comparer ce fait aux formes admises par les auteurs qui ont traité d'une façon toute spéciale des maladies de la mamelle. Velpeau décrit :

1° L'engorgement physiologique des femmes jeunes, mariées ou non mariées, survenant à l'approche des règles, au commencement d'une grossesse ou à la suite d'une perturbation quelconque des menstrues.

2° L'engorgement simple reconnaissant pour causes, outre celles que je viens d'indiquer, les coups, les chutes, ou une irritation locale de nature variable, *parfois obscure dans son mode de production.*

Il peut être partiel, limité à un point de la glande elle-même, ou diffus, et alors, ou bien il siége dans la glande seule, ou envahit toutes les couches de la région (mamelle, tissu cellulo-graisseux et téguments); il survient dans le cours de la lactation ou succède à l'action de *causes internes*. D'après Velpeau, cette dernière variété serait rare.

3° L'engorgement hypostatique, propre aux mamelles lourdes, pendantes, volumineuses et grasses.

4° L'engorgement consécutif aux suppurations intraglandulaires.

5° L'engorgement qui accompagne parfois les tumeurs.

Celle de toutes ces formes qui se rapproche le plus du fait que j'ai observé, est la quatrième, l'engorgement diffus. Les symptômes que Velpeau lui attribue sont l'extension de la tuméfaction à toutes les couches de la région, l'augmentation de volume accompagnée de douleurs modérées. Mais, outre que cette maladie ne s'observe guère que chez des femmes jeunes ou adultes, qu'elle n'envahit guère les deux seins à la fois, on ne trouve dans la description qu'en donne Velpeau ni la rougeur des téguments, ni le gonflement des ganglions de l'aisselle, gonflement qui, chez la malade de la Salpêtrière, a été assez considérable pour arrêter le cours du sang dans toutes les veines de la partie interne du bras.

D'autre part, on lit dans l'*Anatomie pathologique* de Cruveilhier, sous la rubrique : *Œdème actif de la mamelle* ou *Hypertrophie simple œdémateuse*, la description « d'une augmentation considérable du volume de la mamelle laquelle débute par un œdème actif érysipélateux de la peau de la mamelle, et qui s'étend au tissu mammaire lui-même.

« ... Elle s'augmente par une fluxion érysipélateuse nouvelle, qui se produit de temps en temps et aboutit à l'induration hypertrophiphe de la glande mammaire, et quelquefois à l'éléphantiasis de la peau de cet organe. Cette hypertrophie peut être générale ou partielle. »

Ce tableau, un peu écourté, se retrouve actuellement dans tous les articles ou dans les ouvrages spéciaux où il est question de l'éléphantiasis. Cette dernière maladie débute, ainsi qu'on le sait, par des poussées d'inflammation érysipélateuse, qui se répètent deux ou trois fois au moins avant que l'induration des tissus persiste définitivement avec les caractères que l'on connaît. Il est généralement admis aujourd'hui que cette sorte de phlegmasie préparatrice porte souvent sur l'appareil lymphatique des régions atteintes.

« Ce n'est pas, dit Virchow, un œdème ordinaire, comme il se forme dans les parties qui sont à l'état d'hydropisie anasarque, mais bien une *leucophlegmasie*, une *phlegmasie blanche*, une *hydropisie pituiteuse*, ou plutôt un *œdème lymphatique*, qui se distingue déjà d'un œdème ordinaire en ce que les parties qui en sont atteintes n'ont pas une consistance empâtée, facilement dépressible, mais qu'ordinairement elles donnent la sensation d'un corps solide et que, offrant une plus grande résistance à la pression du doigt, elles ont par conséquent plutôt l'aspect d'un sclérème. Cette forme diffère aussi de l'érysipèle œdémateux des auteurs en ce qu'il n'y a *pas d'inflammation érysipélateuse antérieure à l'œdème des parties*, mais que l'œdème n'apparaît qu'avec l'inflammation. » (Virchow, *Traité des tumeurs*, t. I, p. 299.)

Un peu plus haut, dans le même ouvrage, on lit (p. 297) : « L'appareil lymphatique participe la plupart du temps de bonne heure à l'affection morbide; l'on voit en particulier, dans la direction des vaisseaux lymphatiques, apparaître des traînées rouges, chaudes, sensibles, souvent dures, et les glandes lymphatiques du tissu où siége le mal subissent une transformation aiguë, considérable. »

Il y a plus d'un point de ressemblance entre cette description et l'histoire de ma malade? N'ai-je pas noté la rougeur, la tuméfaction avec les caractères énoncés il n'y a qu'un instant, et l'engorgement ganglionnaire douloureux ? L'analogie est si grande qu'il y aurait lieu de se demander si je n'ai pas assisté à une de ces poussées érysipélateuses qui signalent le début de l'éléphantiasis; mais celles-ci laissent généralement à leur suite un œdème persistant sur lequel viennent se greffer de nouveaux érysipèles, tandis que, chez ma malade, la guérison est aujourd'hui bien complète.

Il y a, en outre, dans son histoire, un fait qui me paraît digne d'attirer l'attention : ce sont les désordres fonctionnels dont l'appareil génital a été le siége pendant de longues années, qui se sont montrés de nouveau récemment, et dont la disparition a coïncidé avec le développement de l'engorgement mammaire. Les connexions physiologiques étroites qui lient les mamelles à l'appareil utérin sont si bien établies et si peu contestables, qu'il me semble légitime de penser que des troubles sérieux survenus de longue date dans les fonctions de l'utérus ont pu créer chez cette femme une prédisposition à toutes les formes d'engorgement utérin; à condition toutefois d'ajouter que les engorgements actifs, pseudo-inflammatoires ou subinflammatoires, comme les nomme Velpeau, se développent de préférence chez les femmes adultes en pleine possession de leurs fonctions génitales.

Mais ce serait se montrer peu exigeant que de se contenter, pour toute explication, de ce simple rapprochement. En revanche, si l'on veut pénétrer plus avant au fond des choses, on rencontre toutes les difficultés d'interprétation qui ont rendu si malaisée jusqu'à ce jour la classification des œdèmes envisagés en eux-mêmes ou dans leurs rapports avec les maladies inflammatoires de la peau et du tissu cellulaire. Parmi ces dernières, il y en a une qui occupe un rang important par les nombreux travaux qui l'ont eue pour objet, c'est l'érysipèle.

Si j'en parle en premier lieu, ce n'est pas qu'il y ait une assimilation seulement vraisemblable à faire entre le fait dont je vous entretiens, et l'érysipèle franc; mais on a signalé des œdèmes chroniques qui succèdent à cette maladie et aboutissent à une sorte de dermite hypertrophique très-voisine de l'éléphantiasis proprement dit. La malade n'a jamais présenté ni les phénomènes aigus du début de l'érysipèle, ni le bourrelet périphérique, ni la tendance à l'extension propre à la rougeur érysipélateuse vraie, ni la disparition généralement rapide de celle-ci, ni la consistance molle et empâtée de l'œdème ordinaire. Je puis donc affirmer que cet engorgement était d'une autre nature, et qu'il s'est montré d'emblée avec tous les caractères qu'il a présentés par la suite : rougeur fixe, douleur, gonflement élastique et ferme, engorgement ganglionnaire au moins du côté gauche.

Il ne peut être non plus question ici ni d'un de ces œdèmes tantôt légèrement inflammatoires, tantôt tout à fait passifs, qu'on a vu succéder à une altération phlegmasique ou cirrhotique des ganglions, et dont M. Renaut cite plusieurs cas dans son intéressante thèse. C'est donc ailleurs qu'il faut chercher.

Chez la malade de la Salpêtrière, tout indique d'abord que la maladie était de nature inflammatoire, bien que l'inflammation ait eu une marche très-lente et une intensité très-médiocre. La difficulté réside dans la localisation de l'inflammation. Le derme y a participé; il était rouge, douloureux, épaissi. Les tissus sous-cutanés (le tissu graisseux particulièrement) n'en étaient pas exempts, car la douleur était tout autant profonde que superficielle, et le gonflement avait un caractère qui n'appartient qu'aux tissus enflammés, l'induration. Cette induration avait quelques rapports avec celle qu'on produit en irritant artificiellement le tissu graisseux chez les animaux. Enfin la glande elle-même se révélait par une consistance plus ferme, qu'on parvenait à percevoir au travers des couches sous-cutanées épaissies.

Si donc on peut affirmer que l'inflammation occupait tous les tissus, il était difficile de dire lequel elle avait frappé tout d'abord. Pourtant, dans la mamelle droite, où j'ai vu apparaître la maladie, je

dois dire qu'elle présentait exactement les mêmes caractères du côté opposé; il est donc probable qu'il serait contraire à la vérité de vouloir localiser primitivement le mal soit dans la peau, soit dans le tissu adipeux, soit dans le tissu glanduleux.

Mais dans la mamelle, plus encore que dans beaucoup de points de l'organisme, il y a un système de vaisseaux répartis en grand nombre, aussi bien dans la peau que dans les tissus sous-cutanés et dans la glande elle-même, c'est le système des vaisseaux lymphatiques. Une inflammation peu intense développée dans ce réseau si riche ne peut-elle pas faire croire à un état morbide généralisé à tout l'organe, alors qu'en réalité il n'y a de malade qu'un de ses éléments constitutifs? En d'autres termes, cette forme d'œdème dur ne serait-elle pas dans son essence une lymphangite réticulaire diffuse subaiguë, dans laquelle le gonflement s'expliquerait, ou par la propagation de la phlegmasie au tissu cellulo-adipeux, ou à la non-résorption de la sérosité versée dans les tissus par les capillaires sanguins?

Des travaux tout récents ont montré quelle part importante avait le système lymphatique dans les lésions primitives ou secondaires de certaines formes d'érysipèle, des œdèmes chroniques succédant à des affections inflammatoires ou purement passifs, originairement, des indurations sclérémateuses consécutives aux œdèmes prolongés, des éléphantiasis proprement dits, soit dans leurs phases initiales, soit dans leur période d'état, de certaines formes de *phlegmatia alba dolens*, et d'œdèmes aigus, ayant quelques rapports avec cette dernière maladie. Il serait donc permis de penser, eu égard surtout à l'engorgement ganglionnaire considérable observé dans l'aisselle gauche, que la phlegmasie a eu pour siége primitif les vaisseaux et les ganglions lymphatiques. Mais, outre qu'un engorgement ganglionnaire ne suffit pas à lui seul pour qu'on puisse affirmer que la maladie qui en est la cause a pour point de départ exclusif une altération des vaisseaux lymphatiques, il ne faut pas oublier que cet engorgement a manqué dans l'aisselle droite. Aussi, tout en admettant la participation à peu près certaine des lymphatiques dans cette forme peu connue d'engorgement mammaire, je me vois obligé de faire des réserves sur le siége primitif et la nature intime du mal.

Quant à la désignation qu'on doit lui appliquer, en attendant que cette lacune de son histoire ait été comblée, je crois que la meilleure serait celle qui en rappellerait les principaux caractères symptomatiques. L'induration évoque le mot sclérème; la rougeur, la douleur, l'épithète phlegmasique. Enfin cette maladie étant susceptible de guérison à l'encontre du sclérème ordinaire, qui représente généralement le terme définitif d'une série d'évolutions morbides de nature incurable, le mot temporaire introduit dans cette dénomination dissiperait toute confusion. Je propose donc d'appeler *sclérème phlegmasique temporaire* de la mamelle la forme peu commune d'engorgement qui a fait l'objet de cette communication.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Histoire de la chirurgie française au dix-neuvième siècle (1)

par le docteur Jules Rochard,
directeur du service de santé de la marine à Brest.

Troisième période (1825-1847). — Cette période scientifique a été tout à la fois la plus courte et la moins féconde, dit M. Rochard. Elle comprend une phase de transition et d'anarchie. Il est certain, en effet, qu'après Dupuytren aucun des hommes qui le suivaient, même de près à Paris, ne réunissait les qualités nécessaires pour affronter cette lourde succession. Et puis, il faut bien le dire, et l'auteur n'a peut-être point assez fait ressortir cette situation, l'esprit commençait à ne plus être satisfait des doctrines classiques, d'autres explications devenaient nécessaires. La micrographie et surtout la physiologie nouvelle commençaient à se faire pressentir. Le terrain clinique était cependant labouré par des hommes de la plus haute valeur chirurgicale. C'est ainsi que la ténotomie sous-cutanée, la myotomie oculaire, buccale, rachidienne, les injections iodées de nitrate d'argent prenaient rang dans la pratique. Malgaigne étudiait les fractures, écrivait ses leçons sur l'étranglement herniaire; Bonnet, son *Traité des maladies articulaires;* Amussat s'occupait de l'anus artificiel; Jobert guérissait les fistules vésico-vaginales. L'ovariotomie, née à Rouen (Lemonnier 1781), reparaissait en France après des essais nombreux à l'étranger.

Mais, à côté, la physiologie pathologique commence à révéler à Gavarret et Andral les secrets des maladies du sang; Blondlot refaisait la digestion; Lereboullet et Kuss surtout introduisaient en France ce nouveau mode d'étude, qui devait, trente ans plus tard, amener la construction, sur des bases nouvelles, de tout l'édifice médical. C'est là le secret de cet arrêt dans les progrès de la chirurgie. Le sentier de l'empirisme clinique ayant été parcouru en tous sens, les esprits étant mécontents, d'autre part, des interprétations fausses d'une physiologie désormais ignorante, il devait en résulter une évolution nouvelle que nous subissons encore aujourd'hui.

A cette période se rattachent: 1° l'organisation de cette Société de chirurgie, qui contribue si activement à la solution de tous les problèmes scientifiques; 2° la réunion du congrès médical, lequel vit ses efforts avorter en la constitution d'une Société générale de médecine.

Quatrième période.— Cette dernière période (depuis la découverte des anesthésiques jusqu'à l'époque actuelle) dépasse toutes les autres par la durée et l'importance des événements qu'elle a vus s'accomplir, Malgaigne, Nélaton, Denonvilliers, Jarjavay, Robert, Lenoir, Michon, Huguier, Guersant, Follin, terminent la liste de ces portraits si vifs que M. Rochard a retracés, tout en s'interdisant l'appréciation des vivants, sans en négliger les travaux. Après un historique intéressant et détaillé de la découverte de l'anesthésie, après avoir apprécié son influence sur les progrès de la chirurgie, l'auteur a étudié les nouvelles méthodes d'exploration dans leurs rapports avec la chirurgie: le thermomètre, le sphygmographe, l'ophthalmoscope, l'otiatrique, le laryngoscope: chapitres qui remontent à l'origine, l'utilité et les dernières applications de ces méthodes.

Toutes les recherches relatives à l'origine de ces instruments nouveaux ont été faites avec un luxe de dates et une précision tels que nous croyons devoir assurer que ces pages deviendront bientôt classiques et seront un véritable dépôt de titres scientifiques. Nous retrouvons la même exposition magistrale dans les pages relatives à l'intoxication nosocomiale et à sa prophylaxie. L'injection purulente, les méthodes de pansement, l'hygiène des hôpitaux ont été traitées avec tous les développements donnés à ces questions lors des discussions académiques. Les progrès de cette période se rapportent aux fractures, aux résections, aux anévrysmes, aux polypes noso-pharyngiens, aux maladies des voies urinaires et à l'ovariotomie. La dernière guerre a donné à l'auteur l'occasion de reviver les progrès de la chirurgie d'armée et ces éternelles questions des amputations et du trépan. Il n'a même pas oublié la convention de Genève: aussi, tout en conservant le silence sur les vivants, comme il s'agissait ici de réorganisation du service chirurgical des armées, nous avons été étonné de ne point voir figurer Michel Lévy parmi les hommes qui, à titre de réorganisateurs ont rendu service à leur pays. Le créateur de vingt générations figurant aujourd'hui dans la chirurgie militaire, ayant été au lendemain de sa mort, tristement attaqué dans sa patrie, par ceux-là mêmes qui avaient grandi à son ombre protectrice, nous attendions cette réparation dans l'œuvre désintéressée et loyale d'un directeur du service de santé de la marine.

Telle est la disposition du livre de M. Rochard; mais nous ne pouvons faire connaître ni le style, ni les appréciations savantes, ni l'œuvre dans son ensemble. Sa lecture nous a procuré quelques heures de délectation médicale, loisirs si rares aujourd'hui par ce temps d'analyses sèches des revues étrangères. Enfin nous lisions des idées françaises! Il est vrai qu'elles ne sont pas toujours bien accueillies par ceux-là mêmes qui devraient leur prêter appui. C'est ainsi que Moreau, l'auteur des résections, fixait à peine l'attention de l'Académie: la savante compagnie a foudroyé l'ovariotomie, sauvée par Koeberlé et Péan; et de nos jours l'accueil fait à l'écraseur, au drainage, n'a pas été des plus empressés.

(1) Fin. — Voir le numéro du 1er décembre.

Malgré tout, les bonnes idées germent toujours en France, tellement notre sol est fertile, et M. Jules Rochard aura l'immense mérite de montrer aux générations présentes, trop portées à admirer les fruits étrangers, que la récolte chez nous ne peut être jusqu'à présent accusée de pauvreté.

Fr. PONCET (de Cluny),
professeur agrégé à l'école de médecine militaire du Val-de-Grâce.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

431. Durand. Essai sur les cataractes lenticulaires spontanées de l'enfance.
432. Quillot. Des avantages et des inconvénients du forceps.
433. Rogeau. Sur une variété spéciale de kystes par rétention de la glande mammaire.
434. Gromier. Étude sur les circonvolutions cérébrales chez l'homme et chez les singes.
435. Bachrich. Étude sur les causes des mouvements du cœur.
436. Chardin. Des anévrysmes de l'artère pulmonaire développés dans les cavernes du poumon.
437. Routy. De l'emploi de l'apomorphine comme vomitif administrée par injection hypodermique.
438. Légerot. Études d'hématologie pathologique basées sur l'extraction des gaz du sang (variation de capacité pour l'oxygène par le globule sanguin).
439. Kuhff. De la duodénite considérée comme cause d'ictère.
440. Mignon. Contribution à l'histoire des corps étrangers des voies digestives.
441. Coudroy de Lauréol. Quelques considérations sur le mal vertébral chez l'enfant.
442. Clénet. Des fièvres pseudo-intermittentes (symptomatiques), et de leur diagnostic avec la fièvre intermittente légitime (paludéenne).
443. Bineau. De la nécessité de la gymnastique.
444. Manilève. Considérations sur le pronostic de la forme spinale et des symptômes spinaux de la fièvre typhoïde.
445. Bojenski. Étude sur la glossite parenchymateuse.
446. Géraud. Essai sur la thoracentèse.
447. Catel. De l'urine dans quelques affections fébriles chirurgicales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Des cours complémentaires du soir, faits par les agrégés, auront lieu cette année dans le grand amphithéâtre comme les années précédentes. Voici les indications des sujets qui seront traités dans les deux premiers mois.

Décembre 1874. — M. Dubrueil. Les maladies chroniques des systèmes articulaires et osseux. Les mardis et samedis à huit heures du soir, à partir du mardi 8 décembre. — M. Gariel. Applications médicales des propriétés générales des corps et de la pesanteur. Les lundis et vendredis, à huit heures du soir, à partir du lundi 7 décembre.

Janvier 1875. — M. Brouardel. La température dans les maladies. — M. Cornil. Les lésions anatomiques du foie.

Les jours de ces deux derniers cours ne sont pas encore fixés.

— *Concours de l'externat* (suite des questions). Séance du mercredi 25 novembre, brûlures.
Vendredi 27 novembre, vaccination.
Lundi 30 novembre, appareils inamovibles.
Mercredi 2 décembre, entorse.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — A la suite d'un brillant concours, M. le docteur Chrétien a été nommé chef des travaux anatomiques.

— La distribution des prix à la faculté de médecine de Nancy a eu lieu le 17 novembre en séance solennelle.

Élèves en médecine. — 1re année. — Prix, M. Berruzier. — Mention honorable, M. Hesselle.

3e année. — Prix, M. Briot. — Mention honorable, M. Famechon.

Prix de l'internat (fondation Bénit), M. Guillaume.

Prix de thèse, M. Hergott. — 1re mention, M. Didier. — Mentions honorables : MM. Guillaume, Engel et Friand.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.* — Le concours pour les prix de 1873-1874 a donné les résultats suivants :

Élèves de 1re année. — 1er prix, M. Rueff. — 2e prix, M. Coiffier.
Élèves de 2e année. — 1er prix, M. Mayet. — Mention honorable, M. Hugon (Pierre).
Élèves de 3e année. — 1er prix, M. Margnat. — 2e prix : MM. Guillemin et Gagnon. — Mention honorable, M. Valude.
Prix de la commission des hospices. — Partagé entre MM. Margnat et Gagnon, internes à l'Hôtel-Dieu.

— *École supérieure de pharmacie de Nancy.* — La distribution des prix pour l'année scolaire 1873-1874 a donné les résultats suivants :

1re année. — Prix, M. Chapuis. — Mention honorable, M. Simonot.
2e année. — Mention honorable, M. Strœbel.
3e année. — Mention honorable, M. Cholet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique des maladies des reins, par S. ROSEINSTEIN, professeur de clinique médicale à Grœningue. Traduit de l'allemand sur la 2e édition par les docteurs BOTTENTUIT et LABADIE-LAGRAVE. — 1 vol. in-8°. Prix : 10 francs. — Paris, 1874, A. Delahaye.

Étude sur la syphilis trachéale, par le docteur Alfred REY. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye, éditeur.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 142. — MARDI 8 DÉCEMBRE 1874. 47e ANNÉE. MARDI 8 DÉCEMBRE 1874. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Cl. Bernard, au nom de M. P. Picard, présente une note intitulée : *Du fer dans l'organisme.*

La composition du sang est essentiellement variable quant à la quantité des éléments qui le constituent. Persuadé qu'il serait fort utile de connaître les conditions de cette variation, M. P. Picard a commencé ses recherches sur le fer. Les dosages que l'auteur a faits ont été exécutés avec le sang du chien, et le résultat obtenu a été que le sang du chien peut varier de 1 à 2 et même davantage. Les extrêmes, en effet, ont été, pour 100cc de sang, 0,092 et 0,041.

Cherchant ensuite la signification de ces variations, M. Picard a eu l'idée de mesurer, en même temps, et pour des sangs différents, la quantité de fer et la quantité d'oxygène. Ce nouveau dosage lui a montré que le fer et l'oxygène varient parallèlement, et que leur rapport, sensiblement constant, est égal à 2,3.

En dernier lieu, M. Picard a cherché s'il n'y avait pas un organe qui pût être considéré comme un lieu de réserve du fer, et il a trouvé que la rate seule contient, dans les conditions ordinaires, une quantité de fer très-supérieure à celle du sang. C'est à ce point que 100cc de rate prise sur un chien donnent 0gr 24 de fer.

M. Milne-Edwards rappelle, à propos de cette communication, que le fer du sang paraît exister principalement dans les globules et que la proportion de ces derniers varient beaucoup. Par conséquent, il désirerait savoir si M. Picard a examiné d'une manière comparative les variations dans les quantités de fer et les globules rouges.

— M. Ch. Robin présente, au nom de M. Feltz, une note sur la *septicémie expérimentale.*

M. Feltz a expérimenté, comme par le passé, sur les lapins, et, renseignement à noter, il prévient que la *condition indispensable* pour légitimer les résultats de semblables recherches est de placer les lapins opérés en plein air et de leur laisser toutes leurs habitudes.

Sang putréfié. — 1° Ayant injecté sous la peau du dos 3, 2 ou 1 divisions de la seringue Pravaz de sang putréfié à sept lapins, tous sont morts entre trois et dix jours avec les symptômes ordinaires de l'infection.

2° L'inoculation à la lancette du même sang n'a tué qu'un lapin sur neuf.

3° L'inoculation de la poussière de sang putréfié et desséché n'a produit aucun effet sur neuf lapins.

4° Le liquide obtenu par la dialyse du sang putréfié injecté à la dose de 3, 4 et 5 divisions de la seringue Pravaz à neuf lapins, n'a donné aucun résultat. Ce liquide renfermait des bactéries. . . . . . .

Enfin le même sang, dilué depuis $\frac{1}{20}$ jusqu'à $\frac{1}{1280000000}$, et injecté à la dose de $\frac{10}{27}$ de centimètre cube, n'a donné aucun résultat.

L'auteur conclut de ses 47 expériences que le sang putréfié, pour être toxique, doit être introduit dans l'économie du lapin en une proportion équivalant au moins à 1 division de la seringue Pravaz; les inoculations à la lancette, les dilutions inférieures infinitésimales, les dilutions dialytiques n'amènent pas d'accidents mortels.

Sang septique. — 1° Les neuf lapins auxquels l'auteur a injecté 3, 2 et 1 divisions de la seringue Pravaz de sang septique sont morts dans un espace de temps variant entre seize et soixante-sept heures, présentant tous les signes de la septicémie.

2° Sur neuf lapins inoculés à la lancette, sept ont succombé en moins de quatre jours; les deux autres n'ont pas eu le moindre accident fébrile;

3° De la poussière de sang putride desséché, inoculée derrière l'oreille, a tué six lapins sur neuf;

4° Le liquide obtenu par la dialyse du sang septique renfermant des microzymas, a été injecté à neuf lapins à la dose de 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 divisions de la seringue Pravaz. Les trois derniers ont succombé à la septicémie; les 7e, 6e, 5e et 4e n'ont eu qu'un peu de fièvre, et les deux premiers n'ont rien montré d'anormal.

Des dilutions variant de $\frac{1}{8000}$ à $\frac{1}{25600000000}$ ont été injectées à la dose de $\frac{10}{27}$ de centimètre cube à six lapins. Le premier seul a succombé.

Il résulte de toutes ces expériences, dit M. Feltz, que le sang septique agit bien plus énergiquement que le sang putréfié; que la septicité augmente avec les générations successives; qu'elle reste la même, quelque petite que soit la quantité de sang inoculé, pourvu que l'inoculation se fasse sans aucun mélange; qu'il est infiniment probable que les échecs avec les dilutions infinitésimales des dialytiques tiennent à ce que la substance septique ne se mélange pas bien ou ne se dissout pas dans l'eau distillée.

— M. Balard présente, au nom de M. Servel, une note *sur la naissance et l'évolution des bactéries dans les tissus organiques mis à l'abri du contact de l'air.* L'auteur a été conduit à pratiquer ses expériences après avoir constaté que les solutions d'acide chromique ne durcissaient que la partie superficielle des pièces anatomiques trop épaisses, sans préserver les parties centrales de la putréfaction.

Partant de là, M. Servel a préparé une solution d'acide chromique au centième, et il a laissé tomber dans cette solution deux têtes de cobayes vivants qu'il venait de décapiter. Après dix jours d'immersion les couches extérieures de la tête étaient conservées; mais les parties centrales, le cerveau, étaient dans un état de corruption manifeste. Examinée au microscope, la pulpe cérébrale présentait un grand nombre de bactéries de toute grandeur.

Ces expériences pouvaient fournir sujet à la critique à cause de la présence possible de germes dans les cavités nasale et buccale.

C'est pourquoi M. Servel a expérimenté dans d'autres conditions. Cette fois il a opéré sur le foie et le rein de chiens qu'il faisait mourir par hémorrhagie fémorale. Après avoir placé une ligature au niveau du hile du foie et du rein, il en a fait l'ablation, en respectant leur enveloppe conjonctive dans toute son étendue, et il a placé ces organes dans la solution chromique. Après cinq jours d'immersion la surface des organes était durcie, mais les parties centrales étaient putréfiées et remplies de bactéries. La solution d'acide chromique arrêtait immédiatement le mouvement des bactéries.

« Ces résultats, dit l'auteur, prouvent deux faits principaux :

1° Que la démonstration, par MM. Béchamp et Estor, de la naissance et de l'évolution des bactéries dans les tissus organiques, mis à l'abri de germes de l'air, est entièrement exacte.

2° Que l'effet produit par les agents conservateurs est la mort des microzymas ou éléments moléculaires survivants des organes. »

Les trois communications qui précèdent nous prouvent que les vrais, que les bons travailleurs ne manquent pas chez nous. C'est tout ce que nous voulons en dire.

Dr Édouard Fournié.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Bouchut

Des maladies du cœur chez les enfants (1)

MARCHE DE L'ENDOCARDITE VÉGÉTANTE AIGUE DE L'ENFANCE.

Si l'endocardite végétante aiguë, constatée par l'anatomie pathologique et par l'auscultation, avait la ténacité qu'on attribue généralement à l'endocardite valvulaire, tous les adultes devraient avoir ce qu'on appelle une maladie organique du cœur. *Hæret lateri lethalis arundo.* En effet, comme il est peu d'enfants qui n'aient eu quelque fièvre éruptive, quelque affection typhoïde, quelque bronchopneumonie ou une maladie aiguë fébrile, du moment que toutes ces maladies occasionnent presque toujours de l'endocardite végétante, celle-ci devrait, d'après les idées reçues, laisser une endocardite chronique suivie de rétrécissement ou d'insuffisance valvulaire et créer, pour l'âge adulte, des chances de mort à peu près certaines. Or il n'en est rien. Si fréquentes que soient les maladies organiques du cœur chez l'homme, elles sont loin d'être aussi nombreuses que chez l'enfant. Donc l'endocardite végétante est, dans un grand nombre de cas, une maladie temporaire, à durée limitée, ne passant à l'état chronique que d'une façon exceptionnelle.

Or c'est là ce qui est vrai et démontré à la fois par l'anatomie pathologique et par l'auscultation. En effet, j'ai vu des enfants morts de maladie aiguë n'ayant d'endocardite végétante avec rougeur et boursouflement que sur un côté de la valvule, alors que l'autre était pâle, fibreux, opaque, très-mince, ce qui indiquait une ancienne endocardite guérie. J'ai vu l'endocardite végétante aiguë à la mitrale, et des traces d'endocardite ancienne à la tricuspide, ou réciproquement. Cela se voit bien souvent chez l'adulte comme témoignage d'ancienne endocardite de l'enfance qui avait guéri. Donc cette forme d'endocardite peut guérir et disparaître avec le temps, sans laisser de traces.

D'autre part, chez les enfants qui m'ont présenté pendant leurs maladies aiguës des bruits de souffle que j'ai rapportés à l'endocardite végétante, j'ai constaté, après guérison de la maladie principale, soit la disparition lente et progressive du bruit de souffle en deux ou trois semaines, soit leur persistance pendant quelques semaines ou pendant quelques mois, soit enfin une prolongation indéfinie amenant une véritable maladie du cœur. J'ai suivi cet état pendant deux et trois ans, puis j'ai vu les enfants recouvrer la santé. Je me rappelle avoir donné des soins à une jeune fille de douze ans qui, après une scarlatine offrit les signes d'une endocardite mitrale grave, constatée par plusieurs confrères, et que l'on traitait comme ayant une maladie du cœur grave. Elle était dans un état inquiétant lorsque je fus appelé à lui donner des soins. Soumise au régime lacté pendant plusieurs mois, elle guérit entièrement.

En voici trois autres exemples relatifs à *l'érythème noueux*, à la *bronchite aiguë* et à la *scarlatine.*

Rhumatisme noueux. — Endocardite aiguë sur une endocardite chronique. — Guérison de l'endocardite aiguë.

Une enfant atteinte de rhumatisme noueux généralisé, avec ankyloses multiples des coudes, poignets, genoux et des doigts, — avait un double bruit de souffle à la base, en dedans du mamelon, — et un troisième bruit à la pointe, caractérisant le rétrécissement avec insuffisance aortique et une insuffisance mitrale. Au bout de quinze jours, les deux souffles de l'aorte disparurent et il ne resta que le souffle de l'insuffisance mitrale. Elle resta ainsi un mois et sortit dans le même état; avril 1873.

Il est évident que cette enfant, ayant une endocardite chronique de la valvule mitrale, a eu momentanément une endocardite aiguë des valvules sigmoïdes de l'aorte ayant produit leur insuffisance, et qu'au bout de quelques jours la résolution de la phlegmasie ou la désagglutination des valvules aura rendu libre l'orifice de l'aorte.

Endocardite aiguë suite de bronchite. — Guérison.

Une enfant atteinte de bronchite fébrile, malade depuis quinze jours fut apportée avec un fort bruit de souffle à la base en dehors du mamelon et s'étendant à la pointe. Elle resta quatre-vingt-cinq jours à l'hôpital, et quand elle sortit, la toux avait cessé, et le bruit de souffle avait disparu.

Endocardite aiguë scarlatineuse. — Guérison.

Une enfant de dix ans, entrée avec la scarlatine et une angine, avait un fort bruit de souffle à la base en dedans du mamelon ne se propageant pas dans l'aorte. A sa guérison elle sortit n'ayant aucun bruit anormal au cœur.

Ces faits sont de la plus haute importance, et ils attestent, par des preuves anatomiques et cliniques, que l'endocardite

(1) Suite. — Voir les numéros des 17, 24 novembre et 3 décembre.

végétante aiguë n'est que temporaire, qu'elle n'a pas de durée régulière, et qu'elle peut rétrograder. Ils prouvent que l'intumescence et le boursouflement du rebord de la valvule mitrale et tricuspide qui rétrécissent ou rendent insuffisants ces orifices, sont de nature à disparaître, et enfin que la prolifération conjonctive, qui est la cause de ce gonflement, s'organise en lame de tissu fibreux, souple et mince, dans laquelle ne se forme presque jamais d'ossification, ou de pétrification, de calcification semblables à celles que l'on observe chez l'adulte et surtout chez les vieillards.

Il y a là une différence de diathèse qui explique la différence de marche et de terminaison des endocardites du cœur dans l'enfance et chez l'adulte. Chez les jeunes sujets, il ne se produit qu'exceptionnellement l'ossification des tissus pathologiques, tandis que chez l'homme ou chez les vieillards, l'ossification et la pétrification sont choses très-communes. Il résulte de ce fait qu'un enfant peut physiologiquement guérir plus aisément d'une maladie du cœur qu'un sujet avancé en âge. C'est là une conséquence de leur crase physiologique différente. Chez les enfants qui ont des rétrécissements valvulaires anciens et mortels, je n'ai jamais vu, si grave que soit la maladie, d'ossification aux orifices malades. Il n'y en a jamais dans l'aorte, et sur les deux cents autopsies récentes que j'ai faites pour servir de base au travail actuel, j'ai trouvé deux fois seulement un point d'athérome de l'aorte, et un de la valvule de l'aorte.

Dans des observations plus anciennes, j'ai un cas de sténose avec insuffisance mitrale formée de tissu fibreux et crétacé ; c'est le seul, et le fait est si rare qu'on en trouve peu d'exemple dans les livres. C'est à titre de curiosité et d'exception que, dans les *Bulletins de la Société anatomique* pour 1872, M. Oyon a publié un cas de ce genre, formant endocardite valvulaire crétacée chez un sujet de douze ans.

J'ai rencontré quelquefois la calcification des tubercules du poumon et du cerveau, mais ce sont des faits exceptionnels; et, l'on peut dire que l'ossification et la calcification des tissus pathologiques n'appartiennent qu'à un âge avancé.

On comprend dès lors pourquoi les enfants qui ont en si grand nombre des maladies valvulaires cardiaques guérissent si souvent; pourquoi leurs affections cardiaques, lors même qu'elles ne disparaissent pas entièrement, les laissent vivre longtemps sans donner lieu à des symptômes sérieux, enfin pourquoi le nombre des maladies organiques du cœur chez les adultes et chez les vieillards est relativement très-inférieur à la quantité d'affections cardiaco-valvulaires observées chez les enfants.

La *marche* des endocardites végétantes valvulaires provoquées par les maladies aiguës est très-lente. Soit qu'elles disparaissent par résolution ou par transformation fibro-celluleuse mince, soit qu'elles s'aggravent et engendrent une transformation fibro-cartilagineuse suivie de rétrécissement ou d'insuffisance, les progrès du mal sont lents et insensibles.

Quand la lésion tend à disparaître, il faut, comme je l'ai dit, quelques semaines à quelques mois, et pendant cet espace de temps on continue à entendre les souffles que l'on a vu commencer à se produire pendant la maladie aiguë. Ils perdent peu à peu leur intensité, et ils cessent enfin d'être appréciables.

Si la lésion persiste et s'aggrave, les signes d'auscultation qui annoncent le rétrécissement ou l'insuffisance valvulaire continuent d'être perçus, les souffles deviennent parfois plus rudes et s'accompagnent de piaulement et de frémissement vibratoire à la région mammaire. Mais jamais je n'ai entendu de ces bruits rudes de râpe, de scie, etc., qu'on observe chez l'adulte. Alors, au bout d'un temps variable, dix, quinze ou vingt ans plus tard, peut-être même davantage, des phénomènes généraux commencent à se produire, et les symptômes habituels d'une affection organique du cœur se déroulent avec leurs plus graves conséquences. *(A suivre.)*

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT DE LA FACULTÉ.

M. Guéniot, suppléant M. le professeur Depaul.

Sur les adhérences anormales du placenta (1).

Messieurs, en recommandant d'attendre une heure ou une heure et demie, avant de tenter l'extraction manuelle du délivre, j'ai supposé, vous l'avez bien compris, qu'il n'existait pas de perte menaçante. Car, lorsque survient une hémorrhagie, l'expectation n'est plus applicable ; et n'y eût-il qu'un quart d'heure, dix minutes ou même moins encore que l'enfant a été expulsé, on devrait introduire aussitôt la main dans la matrice pour en retirer l'arrière-faix. Combien de praticiens, hélas ! manquent, en cette circonstance, de la décision nécessaire ! Combien, surtout, redoutent à l'excès une opération douloureuse pour la femme, et préfèrent recourir à l'emploi de l'ergot de seigle !

Sans doute, l'administration de l'ergot constitue un procédé facile : tout se passe dans l'intérieur de l'organisme, et les méfaits du médicament se trouvent plus ou moins dissimulés. Parfois, d'ailleurs, il réussit à diminuer l'écoulement sanguin, et les apparences revêtent une couleur favorable. Mais que de complications ultérieures cette façon de faire ne peut-elle pas engendrer ! Le tétanos utérin, l'enchatonnement du placenta, la formation d'un obstacle invincible à toute manœuvre efficace de délivrance, enfin des accidents inflammatoires graves, comme la métrite putrilagineuse et la phlébite utérine ; tels sont, en pareil cas, les effets ordinaires de la poudre d'ergot.

Un jour (permettez-moi de taire le lieu et la date, pour ne point désobliger un confrère estimable), un jour je fus appelé hors Paris, à l'effet de donner mon avis sur l'état d'une dame accouchée de la veille et non encore délivrée. Son médecin, en vue de combattre une hémorrhagie que l'extraction du placenta eût immédiatement fait cesser, avait cru devoir administrer (le croirez-vous ?), non pas un, ni deux, ni quatre grammes d'ergot, mais jusqu'à neuf grammes de cette substance ! Le délivre, bien entendu, n'en fut que plus étroitement incarcéré. Cependant il put être enfin extrait, alors que déjà la putréfaction l'avait envahi. Mais la malade, promptement atteinte de phlébite utérine et d'infection purulente, succomba aux progrès de cette affection vers le douzième jour de son accouchement.

Messieurs, que cet exemple vous serve d'enseignement, et sachez vous garder d'une pareille faute. Retenez qu'en semblable occurrence l'ergot, loin de donner de bons résultats, est plutôt propre à tout compliquer et à tout compromettre. Réservez l'emploi de cet agent contre les hémorrhagies qui succèdent à l'*évacuation complète* de la matrice, et vous n'aurez jamais qu'à en constater la bienfaisante action.

Lors donc que le placenta offre des adhérences exagérées, son décollement artificiel et son extraction avec la main restent comme la seule pratique rationnelle à mettre en usage. Voyons maintenant comment il convient de procéder à l'opération.

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 29 octobre, 10 et 26 novembre.

Si l'adhérence est générale, vous comprenez sans peine que la main, en pénétrant dans l'utérus, se trouvera de toutes parts entourée par les membranes ; elle occupera alors le lieu que vient d'abandonner l'enfant. De là, pour arriver aux adhérences utéro-placentaires, la nécessité de traverser l'épaisseur de l'amnios et du chorion, et souvent même celle du placenta. Dans cette vue, à l'aide d'un doigt, on se crée vers la racine du cordon un étroit passage ; puis, avec ce doigt recourbé en crochet, s'assurant une bonne prise sur le tissu placentaire, on exerce des tractions modérées et soutenues. Dans les cas d'adhérence médiocre, cet effort suffit pour détacher progressivement le placenta dans toute son étendue.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Plus souvent peut-être, avant de tenter l'extraction, il devient nécessaire de rompre directement toutes les adhérences. Cette manœuvre, presque aussi simple que la précédente, doit s'exécuter avec le bord des doigts plutôt qu'avec leur extrémité unguéale. Pour la réaliser, on peut, d'ailleurs, trouver avantage à se créer une voie sur la circonférence du placenta. Cette préférence s'imposera d'elle-même, si les doigts s'ouvrent un plus libre accès sur le bord saillant de cet organe.

Au lieu d'être générale, l'adhérence n'intéresse-t-elle qu'une portion de l'arrière-faix ? On pourra se borner alors à saisir solidement les cotylédons décollés, puis à tirer sur leur masse de façon à entraîner les parties adhérentes. Entre toutes, cette manière de faire est assurément la plus simple ; mais, pas plus que les autres, elle n'est toujours efficace ni complétement exempte de danger.

En réalité, une fois que la main a pénétré dans l'utérus, *elle opère comme elle peut*, tantôt avec une certaine liberté, d'autres fois, au contraire, avec une peine extrême. Ayant à se mouvoir dans un espace resserré, les doigts se trouvent souvent comprimés et déviés de telle sorte que leur action en est considérablement entravée. Aussi est-ce bien un précepte imaginé dans le cabinet, que celui de séparer le placenta en s'avançant, d'un bord à l'autre de cet organe, par des mouvements mesurés de va-et-vient comparables à ceux d'un couteau à papier. Pour qu'une telle manœuvre fût possible, il faudrait que la cavité utérine offrît plus de capacité, et surtout que la matrice fût frappée d'inertie. Or, précisément, cette circonstance contre-indiquerait d'une manière formelle toute tentative immédiate de délivrance.

Donc, je le répète, on détruit les adhérences comme on peut, mais toujours graduellement et avec prudence, afin d'éviter de léser la matrice. Ce qu'il importe de se rappeler, c'est la nécessité de traverser les membranes de l'œuf pour arriver aux adhérences, à moins, bien entendu, qu'on ne les ait décollées pour passer entre elles et la paroi utérine.

Un autre point encore, sur lequel je tiens à appeler votre attention, parce qu'il est trop peu connu, c'est la présence, dans certains cas, d'un relief très-marqué de la paroi utérine au niveau de l'insertion placentaire. Ce relief, ou plutôt cette tumeur, est essentiellement constituée par des franges du placenta maternel. Plus ou moins espacées avant la déplétion de l'utérus, alors que le placenta occupe une grande surface, ces franges se trouvent, au contraire, après l'accouchement, rapprochées sur un étroit espace par le fait du retrait des parois utérines ; en même temps, des caillots sanguins les agglutinent entre elles ; et ainsi se forme, à la surface interne de la matrice, une saillie parfois considérable.

Il y a quelques années, j'eus l'occasion de constater très-nettement l'existence d'une tumeur de ce genre.

C'était au moins d'août 1868. Une dame américaine, qui n'avait pas craint de faire, à sept mois et demi de grossesse, la traversée d'Amérique à Paris, venait d'accoucher heureusement, à terme de son onzième enfant. Quelques minutes après — ainsi qu'il était arrivé à ses précédentes couches — survint une hémorrhagie très-abondante. La matrice étant bien rétractée, je me hâtai de faire la délivrance. Le placenta et les membranes furent extraits dans toute leur intégrité. La perte alors diminua, mais pas au point de lever toute inquiétude. J'administrai aussitôt de l'ergot, et, dans l'attente de son action, je saisis entre mes mains, à travers la paroi abdominale, l'utérus, qui était devenu ferme et globuleux. Chose qui vous étonnera, le sang, néanmoins, continua de couler; ce que voyant, je m'appliquai, malgré la résistance de la malade, à extraire les caillots qui remplissaient le vagin et une partie de la cavité utérine. Grâce à cette manœuvre, l'hémorrhagie cessa immédiatement, et c'est pendant son exécution qu'avec les doigts introduits dans la matrice je pus facilement explorer la surface d'insertion placentaire.

Je constatai ainsi, en ce point, la présence d'une tumeur spongieuse, inégale et farcie de petits caillots. Cette tumeur était indolente et ne pouvait être rapportée ni à l'adhérence de quelques débris d'arrière-faix, ni à un fibroïde, ni à une inversion partielle de la matrice. C'était bien une saillie formée par des franges ou prolongements du tissu utérin. Les suites de couches furent naturelles, et la patiente se rétablit promptement.

Ce fait suffit à prouver que, pendant qu'on effectue avec les doigts la séparation d'un placenta adhérent, il importe beaucoup d'avoir présente à l'esprit la disposition anatomique que je viens de signaler. En la méconnaissant, quand elle existe, on s'exposerait à léser d'une façon grave le tissu propre de la matrice et surtout les sinus veineux, qui abondent au niveau de l'insertion placentaire.

Au lieu donc de chercher à égaliser la surface interne de l'utérus, dans l'idée de n'y laisser aucune parcelle d'arrière-faix, il sera préférable de ne pas insister sur le décollement de tous les reliefs qui résisteraient à de faibles tractions. Dût-on négliger ainsi l'ablation de quelques débris de cotylédons, le danger serait moindre que si, par l'arrachement des franges utérines, on augmentait notablement la dénudation des sinus; témoin l'exemple suivant.

Rœderer (1) rapporte qu'ayant été appelé près d'une femme récemment accouchée, celle-ci mourut en sa présence des suites d'une hémorrhagie. Il fit l'ouverture du cadavre et trouva la surface interne de l'utérus déchirée dans une grande étendue. « Toute la substance spongieuse et vasculeuse, ajoute-t-il, était tellement lacérée que les fibres musculaires se trouvaient à nu. On y voyait de gros vaisseaux ouverts avec leurs ramifications ; c'étaient eux qui avaient fourni le sang de l'hémorrhagie. » La délivrance avait été opérée maladroitement par une sage-femme imprudente. (*A suivre.*)

ANÉLECTROTONUS DES NERFS DENTAIRES

DANS L'ODONTALGIE

Par le docteur J. ALTHANS.

Aujourd'hui que, grâce à l'activité déployée par les fabricants d'instruments pour répondre aux besoins de batteries constantes, l'arsenal médical tend à s'augmenter d'appareils de ce genre, efficaces et d'un prix assez peu élevé pour être à la portée de toutes les bourses, je désire signaler un emploi routinier du courant constant pour l'un

(1) Rœderer. *Éléments de l'art des accouchements*, traduit sur la dernière édition. Paris, 1765, p. 453.

des maux les plus fréquents de l'espèce humaine, l'odontalgie. Je n'ai jamais été consulté pour traiter le mal de dents par l'électricité, mais j'ai eu, il y a quelques années, l'occasion accidentelle d'employer le courant constant dans une grand nombre de cas de ce genre, et j'ai été amené à la conclusion que c'est un moyen facile et des plus efficaces pour la cure de l'odontalgie. Sans vouloir insister ici sur la pathologie de cette « petite misère », je dirai que la simple carie des dents ne paraît, en thèse générale, produire l'odontalgie que d'une manière indirecte; très-souvent, en effet, cette douleur se fait sentir dans des organes parfaitement sains, et pour qu'elle apparaisse dans des dents cariées, il faut parfois le concours de certaines circonstances. L'action du froid et les émotions dépressives sembleraient être les principales causes déterminantes de l'odontalgie. Or les terminaisons des nerfs dentaires sont plus exposées à l'action du froid dans les dents gâtées que dans les dents saines; et, sous les influences émotionnelles dépressives, les points faibles de l'organisme sont les plus disposés à souffrir. Ces considérations peuvent peut-être expliquer pourquoi l'odontalgie se fait sentir plus souvent dans les mauvaises dents que dans les bonnes.

Quel est le meilleur mode de galvanisation pour le mal de dents?

Après de nombreux essais de divers procédés, je suis arrivé à la conclusion que rien ne vaut la production de l'anélectrotonus des nerfs dentaires, en évitant complétement le catélectrotonus des parties voisines. Pflüger a démontré que, quand un courant continu passe à travers un nerf, le segment intra-polaire se divise en deux zones, l'une dans laquelle l'excitabilité est accrue, l'autre dans laquelle elle est diminuée; la zone accrue est un pôle négatif ou cathode, la zone diminuée est un pôle positif ou anode. L'exaltation de l'excitabilité se propage du cathode vers l'un et l'autre côté, et l'état opposé (diminution de l'excitabilité) se propage de l'anode également dans les deux directions; mais cette modification de l'excitabilité, dans les portions extra-polaires du nerf, s'affaiblit en raison directe de l'augmentation de distance où elles se trouvent des électrodes et, à une certaine distance, elle disparaît complétement. Cyon a fait voir que les recherches de Pflüger, qui furent faites sur les membres des grenouilles rhéoscopiques, s'appliquent également aux nerfs de l'homme vivant; de sorte que la production méthodique des états de catélectrotonus et d'anélectrotonus, dans le but d'augmenter ou de diminuer l'excitabilité de portions malades du système nerveux a été montrée ainsi être une possibilité thérapeutique.

Ces principes peuvent être utilisés dans le cas qui nous occupe en plaçant l'anode, de grande dimension et armée d'une éponge humide, sur la joue et la mâchoire douloureuses et le cathode dans la paume ou sur le dos de la main. De cette manière, la deuxième et la troisième branche du nerf trijumeau sont mises dans l'état d'anélectrotonus, tandis que l'influence du cathode est neutralisée par sa grande distance des parties souffrantes. Une application d'un courant doux, mais nettement perceptible, continuée pendant cinq minutes, suffit pour guérir presque tous les maux de dents; toutefois, dans les cas les plus graves, il faut parfois recourir à une seconde application pour arriver au résultat voulu. On peut la faire le même jour, si rien ne s'y oppose.

Les mêmes principes s'appliquent au traitement galvanique des différentes formes de névralgie, qui cèdent facilement à la production de l'anélectrotonus faite à une période suffisament rapprochée du début. Dans les périodes ultérieures de la névralgie, les phénomènes ne sont pas aussi simples qu'au commencement; aussi le traitement devient-il plus compliqué et de réussite moins facile.

(Traduit par le docteur Darin).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 octobre 1874. — Présidence de M. Peter (1).

M. Aimé Martin continue la lecture de son travail :

J'aborde maintenant le second point : *De la dose de la solution qu'il convient d'injecter et du point où l'injection doit être faite.* Je ne parle, bien entendu, que des injections de chlorhydrate de morphine.

J'avoue que je suis *a priori* partisan des hautes doses pour les médicaments, et que je partage entièrement l'avis de M. Brown-Séquard, qui dit dans ses leçons que j'ai déjà citées, que de petites doses de la plupart des médicaments sont sans la moindre utilité, et laissent les affections nerveuses contre lesquelles on les emploie, suivre leur marche et jeter des racines plus profondes dans l'organisme. J'étais imbu de cette idée, lorsque je commençais à me servir fréquemment des injections hypodermiques de morphine; je pus expérimenter à loisir sur un malade complaisant (qui n'était autre que moi-même), et je fus bientôt convaincu de la vérité de la proposition émise par le célèbre physiologiste dont j'ai cité le nom. J'arrivai, par une suite très-longue d'expériences, à pouvoir affirmer que, non-seulement les doses élevées de morphine sont nécessaires dans le traitement des affections nerveuses, contre lesquelles on les emploie, mais encore à établir nettement que les doses élevées sont infiniment mieux supportées par le malade et ne causent en général aucune douleur. Je n'ai jamais eu d'accidents de réaction locale, petits phlegmons, escarres, etc., qu'à la suite d'injections faites avec une solution au centième ou au cent cinquantième. Je n'ai jamais eu le moindre accident de ce genre avec la solution au vingt-cinquième, dont je me sers aujourd'hui exclusivement.

J'ai lu avec plaisir, dans le numéro du samedi 19 septembre 1874 de la *Gazette des Hôpitaux*, un compte rendu sommaire d'expériences du même genre entreprises sur lui-même, par le docteur Chouppe; j'ai vu qu'il avait obtenu les mêmes résultats que moi et qu'il était arrivé aux mêmes conclusions. J'admets, comme lui, que l'absence de douleurs pour les piqûres faites avec une solution concentrée, provient d'un effet anesthésique sur les nerfs du tissu souscutané, effet que ne peuvent pas produire les solutions très-étendues.

Quant à la question de savoir si la piqûre doit être faite *loco dolenti* ou sur un point quelconque du tégument externe, je lui crois beaucoup moins d'importance qui ne lui en a donné M. Chouppe. Il est incontestable que, comme il le dit, lorsque l'injection est faite au point douloureux, la douleur cesse avant que la malade éprouve les effets généraux de la morphine, et qu'au contraire, l'injection est faite sur un autre point, les effets généraux précèdent la cessation de la douleur locale; mais quand on songe à la rapidité avec laquelle tous ces effets se succèdent, puisqu'au bout de trois ou cinq minutes tous les deux se sont produits on attache moins d'importance à la nécessité de faire toujours l'injection *loco dolenti;* cela vaut mieux sans doute, mais cela n'est pas le moins du moins indispensable.

Je reviens à la question de la dose du médicament injecté. J'ai dit déjà que j'employais toujours une solution au vingt-cinquième. En injectant 25 centigrammes de la solution, je fais donc pénétrer 1 centigramme de chlorhydrate de morphine dans les tissus. Avec cette dose, j'obtiens un effet général et un effet local très-puissants. La douleur cesse comme par enchantement, les symptômes généraux apparaissent bientôt, et je puis constater au moyen du sphygmographe, l'action énorme produite sur la circulation. Tous ces effets de l'injection se maintiennent pendant un temps plus ou moins long. Au bout de deux heures, le pouls est redevenu normal, ainsi que je le disais plus haut, les phénomènes généraux d'engourdissement ne durent pas beaucoup plus longtemps, et la douleur peut reparaître quatre ou cinq heures après l'injection.

En injectant 50 ou 75 centigrammes de la solution, soit 2 ou 3 centigrammes de chlorhydrate de morphine, j'obtiendrai, non pas un effet plus complet, mais bien un effet qui durera deux ou trois fois plus que lorsque j'injecte 1 centigramme seulement. Or, dans les affections nerveuses, auxquelles conviennent surtout les injections hypodermiques, il s'agit surtout d'empêcher le plus possible le retour des accidents, après toutefois qu'on les a domptés; pour arriver à ce but, je crois qu'on doit, dès le début, employer les doses de 2 et 3 centigrammes. Il y a aucun inconvénient à arriver progressivement à 4 et 5 centigrammes, à la condition de s'être bien assuré que les glandes principales et notamment les reins, sont en parfait état; car s'il en était autrement, ainsi que le fait remarquer M. Brown-Séquard, on pourrait déterminer des effets toxiques avec la même dose qui, dans les cas ordinaires peut être donnée sans danger.

J'ai été, par deux fois, en 1867 et dans les premiers mois de cette année 1874, atteint d'une gastralgie qui n'a cédé qu'aux injections

hypodermiques de morphine, prolongées pendant plusieurs mois, et j'ai pu constater que la guérison ne commence pas le jour où l'on a calmé les douleurs d'une crise, mais le jour seulement où l'on se sera décidé à empêcher le retour de ces douleurs et de ces crises par des injections préventives, qui constituent alors, non pas seulement une médication palliative, mais bien une médication curative au premier chef. Dans ma première maladie, en 1867, la douleur constituait le symptôme principal ; dans la dernière, celle de cette année, la douleur était faible et rare ; le symptôme principal était une contraction spasmodique de l'estomac, qui rejetait tout ce qu'il contenait à l'heure où la crise arrivait. Si je laissais cette crise se produire, l'injection que je pratiquais ensuite me calmait à peine, et je restais malade pour le reste des vingt-quatre heures, ne pouvant plus, pendant ce laps de temps, prendre de nourriture. Comme cette crise se produisait chaque jour presque à heure fixe, je pris le parti de pratiquer l'injection quelque temps avant l'heure probable de son arrivée. A partir de ce jour, j'allais mieux, je repris bien vite l'appétit, et les fonctions de l'estomac et de l'intestin se régularisèrent.

Je le répète donc, les hautes doses de chlorhydrate de morphine en injections hypodermiques me semblent indiquées ; il importe surtout de ne pas laisser la maladie nerveuse qu'on veut combattre *jeter des racines profondes dans l'organisme*. On peut, je crois, commencer par des injections de 1 ou 2 centigrammes, et arriver jusqu'à 4, 5 et 6 centigrammes par vingt-quatre heures. Si l'on opère avec prudence et progressivement, on n'aura jamais d'accidents.

Avant d'arriver à mon troisième point, je veux dire quelques mots de la prétendue douleur causée par la petite opération que nécessite l'injection, et sur le malaise général qu'elle produit et qui fait hésiter tant de malades à l'accepter et tant de médecins à l'appliquer.

J'ai déjà presque répondu au premier point, en disant que les injections très-étendues (au centième, au cent cinquantième), par exemple) sont seules douloureuses. Les injections pratiquées avec une solution au vingt-cinquième ne causent de douleur que si on les fait avec des aiguilles mal entretenues ou insuffisamment acérées, ou bien si l'on hésite en enfonçant l'aiguille dans le tissu cellulaire. Il faut pincer fortement la peau et faire pénétrer l'aiguille d'un seul coup et très-rapidement; dans ce cas, la douleur est nulle à la condition que l'aiguille soit bien acérée, et j'ai le regret de dire que, la plupart du temps, il n'en est point ainsi. Aussi les malades se plaignent-ils de la douleur vive qu'on leur a causée et refusent-ils souvent de se soumettre une seconde fois à une injection qui cependant, ils le reconnaissent, a calmé complétement les douleurs qu'ils éprouvaient. En somme, cette objection faite aux injections hypodermiques de causer une vive douleur locale n'est pas sérieuse : elle n'est basée, comme vous le voyez, que sur une pointe d'aiguille; je ne m'y arrêterai donc pas longtemps.

Quant au malaise et à l'indigestion que causent les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, lorsqu'on les pratique pour la première fois sur un malade, il est certain qu'ils existent presque toujours. On peut cependant les empêcher de se produire en conseillant au malade le repos le plus absolu. Au reste, ce malaise ne reparaît plus après quatre ou cinq injections, et ces petites opérations, au bout d'un certain temps, loin de troubler la digestion, semblent plutôt la favoriser. J'ai, en ce moment, pour clients, deux ataxiques qui sont pris, presque chaque jour, de douleurs fulgurantes qu'ils calment instantanément en se faisant des injections hypodermiques qui ne leur causent aucune douleur locale, et ne les empêchent pas de vaquer à leurs occupations, autant du moins que l'état de leurs membres inférieurs le leur permet. Notre président, M. le docteur Peter, connaît ces deux malades et peut vous certifier que je n'exagère pas.

Passons ensuite au troisième point, que je me suis proposé de traiter rapidement devant vous : *Des applications thérapeutiques nouvelles de cette méthode*.

Ces applications sont innombrables. M. Brown-Séquard admet que son utilité est prouvée contre la migraine, le vertige, le délire, la manie, l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, l'éclampsie, le tétanos, la névralgie et les douleurs de toutes sortes.

Mon expérience personnelle me permet d'affirmer l'efficacité absolue des injections de morphine contre les névralgies faciales, sciatiques, intercostales et, en général, contre toutes les névralgies. On peut dire que, dans ce cas, la méthode est infaillible. Je l'ai essayée aussi avec succès contre les oppressions de quelque nature qu'elles soient, notamment dans la phthisie et dans un accès d'asthme, que j'ai fait cesser presque aussitôt, et dans une crise d'oppression liée à une affection cardiaque (insuffisance mitrale) chez un malade que j'ai vu avec notre vénéré maître M. Bouillaud. Un de mes amis a eu l'idée de l'employer dans un cas de *delirium tremens*, et il a provoqué un calme immédiat. M. Peter m'a dit avoir fait, par ce moyen, cesser les vomissements et fait tolérer les aliments dans un cas de cancer de l'estomac pendant près de deux mois.

En somme, on peut dire que les injections hypodermiques de morphine calment toutes les douleurs de cause névralgique et les états spasmodiques liés à une affection quelconque.

Ce précieux résultat mériterait déjà à cette méthode l'éloge qu'en a fait M. Brown-Séquard ; mais je suis plus ambitieux pour elle et, ainsi que je l'ai dit en commençant, j'espère bien vous démontrer bientôt, avec preuves à l'appui, que cette méthode ne constitue pas seulement un palliatif, mais bien, dans certains cas, un moyen curatif des plus puissants.

Je ne vous ai parlé, aujourd'hui, que des injections de morphine. J'ai renoncé depuis longtemps aux injections d'atropine, qui présentent de si graves dangers. J'étudie, en ce moment, l'action des injections de divers autres sels dérivés des alcaloïdes que nous employons le plus fréquemment dans notre pratique, et je vous soumettrai le résultat de mes recherches. Quant aux injections hypodermiques de bi-iodure de mercure et de potassium dont j'ai entretenu la société il y a quelques années, je m'en sers toujours pour combattre les accidents très-graves de la syphilis, et je m'en sers avec un succès constant.

Pardonnez-moi, messieurs, le décousu de la communication que je viens de vous faire; je tenais à vous faire part, dès aujourd'hui, de certains faits qui m'ont semblé intéressants. Je vous les soumettrai de nouveau dans quelque temps, et je tâcherai de leur donner une forme plus travaillée et plus digne de la société qui veut bien en accueillir la lecture.

DISCUSSION

M. DUROZIEZ. J'ai soigné une sciatique rebelle chez un malade dont l'état général était mauvais. J'arrivai rapidement à injecter jusqu'à 5 centigrammes de chlorhydrate de morphine, et cela sans que le patient en fût troublé le moins du monde. J'en fus très-surpris. Mais, à force de faire des injections, il survint dans la cuisse un empâtement considérable, qui disparut plus tard sans autres accidents. Un point que M. Martin n'a pas traité, c'est la question de savoir s'il n'y aurait pas intérêt à se servir d'un liquide dissolvant plutôt que d'un autre. Pour moi, j'emploie de préférence la glycérine, qui a l'avantage de ne pas se troubler, et qui ne m'a pas paru douloureuse.

MM. BLONDEAU et MARTIN demandent si l'empâtement signalé par M. Duroziez ne tenait pas à la sciatique elle-même.

M. DUROZIEZ. Non, il avait bien pour point de départ les piqûres mêmes de l'injection.

M. CHARRIER demande si dans un traitement de longue durée on est obligé d'augmenter la dose.

M. MARTIN. Oui, progressivement, puis l'on doit terminer par des doses décroissantes.

M. GILLETTE. Chez une femme opérée dans le service de M. Trélat, d'une fistule à l'anus, et qui se plaignait de vives douleurs, on fit dans la région abdominale deux injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. Les piqûres devinrent le point de départ de deux tumeurs qui donnèrent bientôt naissance à deux phlegmons localisés au point de la piqûre, et présentant l'un et l'autre le volume d'un œuf. A ce propos, M. Trélat fit une clinique dans laquelle il rapporta l'histoire d'une femme qui présenta une multitude de petits phlegmons, près de deux cents, développés au point même de la piqûre. Je crois que l'on peut attribuer cet accident à l'impureté du liquide. Dans ce cas particulier, c'est le sulfate de morphine qui avait été injecté. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans sa séance du 5 décembre, l'Assemblée nationale a décidé qu'elle passerait à une deuxième délibération du projet de loi sur l'enseignement supérieur.

— *Faculté de médecine de Paris.* — La question proposée pour le prix Corvisat en 1875 est ainsi formulée : « Des maladies du péritoine développées en dehors de la puerpéralité. »

— *Concours pour le prix de l'internat.* — Ce concours a lieu tous les ans, du 5 au 10 novembre; on s'inscrit du 10 au 20 octobre.

Tous les internes sont tenus de prendre part à ce concours, de fournir et de lire une copie, sous peine de destitution.

Le concours prend d'abord une question écrite sur l'anatomie et la pathologie. Pour traiter cette question, il est accordé trois heures aux concurrents. Pour être admissible, il faut avoir au moins 10 points : le maximum est de 20 points.

Les quinze premiers concurrents admissibles subissent une question orale de pathologie, pour laquelle ils ont dix minutes pour réfléchir et autant pour traiter la question. Puis il y a une deuxième composition orale sur la pathologie, dans le but d'assigner un rang aux six meilleurs concurrents des deux concours précédents.

Sept membres composent le jury; il y a un président et deux suppléants.

Les concurrents sont répartis en deux divisions : la *petite division* se compose des internes de première et de deuxième année, qui concourent ensemble. Le prix consiste en une médaille d'argent.

La *grande division* comprend les internes de troisième et de quatrième année; le prix consiste en une médaille d'or. Le lauréat peut continuer, même étant reçu docteur, à être interne des hôpitaux. De plus, il peut se présenter au concours du bureau central, dès l'expiration de son temps d'internat. (Extrait du nouveau *Guide de l'étudiant* de M. Fort, année scolaire 1874-1875.)

Le concours du prix de l'internat, pour l'année 1874, vient de se terminer, pour la première division, par les nominations suivantes :

Médaille d'or, M. Campenon. — Médaille d'argent, M. Homolle. — 1re mention, M. Raymond. — 2e mention, M. Bouilly.

Treize concurrents seulement ont pris part à la première épreuve, sept à la seconde et six à la dernière.

Nature des épreuves : *question écrite.* Anatomie et physiologie du lobule pulmonaire, diagnostic différentiel des différentes espèces de pneumonie.

1re *question orale*, chirurgie. Valeur séméiologique de l'écoulement de l'oreille dans les fractures du crâne.

2e *question orale*, médecine. Valeur séméiologique de la contracture.

— *Concours de l'internat.* — Les épreuves orales ont commencé jeudi 3 décembre.

1re séance : Muscles du voile du palais. Paralysie du voile du palais.

— *Concours de l'externat.* — Séance du 4 décembre : Signes et diagnostic de la pneumonie.

École du Val-de-Grâce. — Par décision en date du 1er décembre 1874, sont nommés à l'emploi d'élève du service de santé militaire, les élèves de 3e année dont les noms suivent :

MM. Lecomte, Dumas, Mazand, Moinel, Arnold, Sourris, Mons, Mackiewicz, Fébrier et Hornus.

— *École de médecine de Bordeaux.* — MM. Gabriel Bay et Alfred Pousson viennent d'être nommés aides d'anatomie. Le concours a été assez brillant pour que le jury ait émis le vœu que MM. Gautier et Bergonier, occupant les troisième et quatrième rangs, fussent autorisés à prendre le titre d'aides d'anatomie (sans traitement), avec la faculté de concourir pour le prosectorat.

— *École de médecine de Marseille.* — Par arrêté en date du 5 décembre 1874, un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie s'ouvrira au siége de cette école, le 31 mai 1875.

— Par arrêté du 5 décembre 1874, un concours pour un emploi de suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements s'ouvrira au siége de cette école, le 21 juin 1875.

— *Hôpitaux de Lyon.* — A la suite d'un excellent concours, M. Aubert vient d'être proclamé chirurgien en chef de l'Antiquaille.

— Nous apprenons que, sur l'initiative de M. le docteur Jules Mercier, la ville de Cannes va s'enrichir d'un établissement qui manquait jusqu'à ce jour à nos stations d'hiver. Le corps médical de Cannes a fait le meilleur accueil à cette idée, qui permettra aux malades isolés de trouver tout le confort et tous les soins que nécessitent leur traitement. Il y a là une très-heureuse création, qui sera surtout fort goûtée des familles anglaises, forcées jusqu'à ce jour de se déplacer complétement pour accompagner le malade, dont l'état de santé réclamait le séjour à Cannes.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bardinet, directeur de l'école de médecine de Limoges, et de M. le docteur Leudet père, ancien médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen.

— M. le docteur Mallez fera le mardi 8 décembre, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3, de l'école pratique des projections photo-micrographiques de l'anatomie pathologique de l'appareil urinaire et des dépôts de l'urine.

— M. le professeur Sée a repris ses leçons cliniques à l'hôpital de la Charité (amphithéâtre de M. Gosselin), vendredi dernier. Les leçons ont lieu tous les lundis et vendredis, à neuf heures.

Au moment de mettre sous presse, nous recevons la douloureuse nouvelle de la mort de M. Husson, ancien directeur de l'Assistance publique, membre de l'Institut.

Ses obsèques auront lieu aujourd'hui mardi 8 décembre, à dix heures et demie très-précises, en l'église Saint-Étienne-du-Mont.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. — Toutes ces thèses se trouvent chez M. Coccoz, libraire-éditeur, 30, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

DRAGÉES DOMINIQUE

Les sels arsenico-ferriques *naturels* de la Dominique offrent aux praticiens une innocuité toute particulière dans la médication arsenicale.

Chaque **Dragée Dominique** contient un demi-milligramme d'arséniate de fer, 5 centigrammes de composés ferrugineux.

Les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance dans les formes les plus variées de l'anémie, les névralgies, les maladies de la peau, les fièvres intermittentes, etc., etc.

Les **Dragées Dominique** sont fort agréables au goût.

Emploi : de deux à quatre dragées quelques instants avant les deux principaux repas.

Entrepôt général : Pharmacie Centrale de France, 7, rue de Jouy, à Paris.

Détail : Les principaux Pharmaciens.






PEPSINE BOUDAULT

SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, successeur de BOUDAULT, 24, rue des Lombards, à Paris.

DIGITALINE CRISTALLISÉE

PRINCIPE PUR, DÉFINI DE LA DIGITALE

Découvert par A. NATIVELLE, Pharmacien

Prix Orfila de 6,000 francs

Décerné par l'ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 19 mars 1872

Se prescrit en **Granules** et en **Sirop**. Un granule agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe. Chaque flacon de Sirop porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. — Dans toutes les pharmacies. — Détail : rue Coquillière, 25. — Gros : rue de la Perle, 11.

PRIME DE **16,600** FRANCS — MÉDAILLES D'**OR** A LAROCHE

QUINA LAROCHE

Extrait COMPLET **des 3 SORTES de quinquinas**

Triple ÉLIXIR *de* QUINQUINA *reconstituant, tonique* et *fébrifuge.* A base de vin d'Espagne et d'un goût agréable, ce produit participe du *vin* et du *sirop* de quinquina, mais leur est bien supérieur en efficacité.

Le procédé **Laroche** consiste à ÉPUISER, par une série de véhicules variés et un outillage spécial, la *totalité* des nombreux principes contenus dans les trois meilleures sortes de quinquinas (*jaune, rouge et gris*), principes essentiels qui se complètent l'un par l'autre, et qui manquent presque toujours dans les préparations ordinaires de quinquina.

Combiné au fer le *Quina Laroche* **FERRUGINEUX** offre une préparation aussi *complète* que possible, pour tous les cas où le *quinquina* et le **Fer** sont jugés utiles.

PARIS, 22 et 15, rue Drouot, et dans toutes les pharmacies françaises et étrangères du monde.

J. Laroche

VIN TONIQUE RECONSTITUANT
DU DOCTEUR FORESTIER

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
à l'écorce d'oranges amères

Tous les organes de la presse médicale : *Gazette des Hôpitaux, Courrier médical, France médicale, etc.*, ont depuis dix ans, signalé l'excellence de cette préparation qui contient, dissous dans d'excellent vin de Malaga, les deux éléments formateurs des *os* et du *sang*, le *quinquina* et le *pyrophosphate de fer.*

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 41.

FARINE MORTON

FARINE D'AVOINE

D'ÉCOSSE

Le meilleur aliment pour les ENFANTS 1 fr. 20 la boite Pharmacies

VIN ET SIROP DE CHENNEVIÈRE

au chlorhydro-phosphate de chaux

PHTHISIE, NÉVROSE, GASTRALGIE, av. Wagram, 50.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Élixir de Roussy, à la Coca,

à la Pepsine et à la Diastase.

La Coca prévient et atténue l'action locale irritante de la Pepsine et de la Diastase, et permet aux estomacs, même les plus délicats, de faire, sans aucun danger, un usage régulier et continu de ces deux principes indispensables à l'accomplissement régulier des phénomènes chimiques de la digestion.

Préparation **tonique** et **digestive**, d'un goût exquis, d'une efficacité remarquable, destinée à rendre de grands services à la thérapeutique. Employée avec succès contre les **douleurs d'estomac**, les **mauvaises digestions**, les **dyspepsies**, **gastralgies, vomissements**, dans les **maladies débilitantes**, enfin dans tous les cas où l'appareil digestif fonctionne mal.

Dépôt central à la pharmacie, rue Hoche, 9, à Versailles. — Dépôt à Paris (vente en gros), Marchand, 220, r. Saint-Martin. — Se trouve dans toutes les pharmacies. — Prix : 4 francs la bouteille.

PHTHISIE — CHLOROSE — ANÉMIE

HYPOPHOSPHITES

du docteur CHURCHILL

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE SOUDE
SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX
PILULES D'HYPOPHOSPHITE DE QUININE
SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE FER
PILULES D'HYPOPHOSPHITE DE MANGANÈSE
TABLETTES DU Dr CHURCHILL

Prix : **Sirops** et **Pilules : 4** fr. le flacon.
Tablettes pectorales : 2 fr. la boîte.

Les hypophosphites du docteur Churchill, auteur de la découverte de leurs propriétés curatives dans les affections tuberculeuses, offrent des garanties de pureté et d'efficacité qui sont une des premières conditions du succès de cette importante médication.

Exiger sur toutes les préparations la *signature du Dr CHURCHILL*, et l'étiquette marque de fabrique de la *Ph. SWANN, 12, r. Castiglione, Paris.*

ERGOTINE

DRAGÉES D'ERGOTINE
DE BONJEAN

(Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.)

D'après les plus illustres médecins, les Dragées d'Ergotine sont employées avec le plus grand succès pour faciliter le travail de l'accouchement, contre les hémorrhagies utérines, les engorgements de l'utérus, les métrorrhagies, l'épistaxis, les dysenteries et diarrhées chroniques, etc., et la solution d'ergotine au 10e (Ergotine, 10 grammes, eau, 100 grammes) est un des précieux hémostatiques que possède la médecine.

Dépôt général : à la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

SIROP DE DIGITALE
DE LABÉLONYE

Excellent sédatif et puissant diurétique employé avec un succès constant depuis plus de 30 ans par les médecins de tous les pays contre les maladies organiques ou non organiques du cœur, les diverses hydropisies et la plupart des affections de poitrine et des bronches : pneumonie, catarrhes pulmonaires, asthmes, bronchites nerveuses, coqueluche, etc.

A la pharmacie, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*) à Paris, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie était inattentive à un point tel qu'on n'a pu presque rien entendre d'un long rapport lu par M. Bernutz, sur le concours pour le prix Capuron. Aussi MM. Depaul et Blot ont-ils attribué au savant rapporteur des opinions contraires à celles qu'il exprimait, sans que personne s'en étonnât. Rien à noter dans la séance en dehors de cet incident.

Ce qui occupait les esprits, bien plus que le prix Capuron, c'était l'échec, prévu du reste, de la commission de réforme du règlement.

Dans la dernier comité secret, il s'en était fallu d'une voix seulement que l'Académie se prononçât pour le maintien du *statu quo*, renonçant à toute réforme par éloignement pour la révolution que la commission proposait. Elle avait compris que le plan développé par M. Chauffard aurait été pour elle un plan de déchéance. Si, fermant sa porte obstinément à tous ceux qui eussent pratiqué la profession du médecin, elle eût exigé de ses candidats *une vie entière consacrée à des recherches de science pure*, elle eût cessé d'être en réalité une Académie de médecine. Elle eût bientôt représenté une sorte de scolastique aussi loin du monde réel que la science du moyen âge.

Qui dit médecine dit pratique. Sans la pratique, l'observation des lois qui président à la vie est toujours étroite, incomplète, et, systématisée d'avance, elle ne brise pas, en ce moment, le cadre artificiel que l'on s'était tracé. Le praticien seul est aux prises avec la nature elle-même. Seul, il reçoit les démentis les plus inattendus, lorsqu'il se laisse aller à construire des théories sur des données insuffisantes. La vérité souvent vient s'imposer à lui, sans qu'il y songe et, d'une façon cruelle. Il est obligé de voir ce qu'il ne veut pas voir, obligé de subir les doutes, les objections sous une forme qui, se rapprochant du remords, s'attache aux fibres de son âme. C'est là sa supériorité sur les savants de cabinet, les théoriciens, les sectateurs de la médecine expérimentale.

La vie est une. L'être vivant, qu'il soit bien portant ou malade, reste toujours, en tant que possédant la vie, une indivisible unité. Le véritable médecin doit tenir compte de tout l'ensemble. Comme on l'a dit avec raison, il ne traite pas, par exemple, des *pneumonies*, mais des *pneumoniques*. L'habitude d'esprit qu'il doit s'appliquer à acquérir est donc celle de la synthèse aussi complète que possible, et du regard unissant tout, après avoir tout détaillé.

Bien opposée est la méthode de la recherche expérimentale. On s'y perdrait dans les détails et l'on n'y arriverait plus à rien, si l'on ne faisait pas abstraction de tout ce qui n'est pas le point à l'étude et l'hypothèse préparatoire. On voit donc le fait isolé dans des conditions exceptionnelles d'indépendance avec les lois vitales. C'est une opération d'esprit plus différente de la synthèse que l'analyse proprement dite : c'est une dissociation où tous les éléments sont supprimés, à l'exception d'un seul. Le seul restant est, il est vrai, mieux en lumière. Certains traits, jusque-là cachés, peuvent être étudiés avec fruit. Mais à qui donc profitera cette étude, si ce n'est encore à celui qui rencontrera ce même élément dans une unité synthétique, dans un être en vie?

La pratique est le but, et c'est le lien commun ; car c'est à la fois l'aboutissant et le contrôle général. Si l'on supprimait ses représentants dans l'Académie, chacune des sections s'en trouverait isolée, sans nul rapport avec les autres, et l'ensemble n'aurait plus rien de médical.

Tel était pourtant le projet poursuivi par la commission, et dont M. Chauffard avait fait, en ces termes, l'exposé des motifs :

« Évidemment, il faut distinguer entre ceux qui ont acquis la science enseignée dans un but professionnel et ceux qui se vouent à l'étude permanente, à la critique, à l'expérimentation dans un but exclusivement scientifique.

« L'étendue de la science, la difficulté croissante des recherches, ne permettent plus guère qu'on se partage également, et sans être amoindri, entre la vie scientifique et la vie professionnelle ; il faut que l'une domine ou efface l'autre, qu'il y ait des hommes de science et des hommes de pratique. L'Académie doit être constituée surtout en vue des premiers ; elle doit les réunir et associer leurs efforts ; c'est d'eux qu'elle tirera sa gloire et son autorité. Certainement, dans le corps médical, les hommes qui ne perdent pas la science de vue ne sont point rares. C'est le propre de nos études de solliciter instamment l'esprit de recherche et de progrès ; elles attirent et passionnent par une vertu propre ; quoique souvent elles n'obtiennent par toute l'estime qui leur devrait revenir, elles trouvent des esprits énergiques qui se livrent à elles tout entiers. Mais le nombre de ces hommes ainsi voués à une austère science n'est pas tel toutefois qu'il puisse à lui seul fournir au recrutement, à la consommation dévorante d'une académie de

cent membres. Vous n'avez qu'à jeter les yeux autour de vous, vous verrez que ces travailleurs forment une phalange d'élite, mais dont les rangs ne sont pas pressés. »

Ainsi ce serait l'exclusion des Corvisart, des Bretonneau, des Laennec, etc., de ceux qui se sont éclairés par la pratique professionnelle et ont fait rentrer la médecine dans des voies vraiment scientifiques, alors qu'elle s'était égarée à la suite de théoriciens. Car, il ne faut pas l'oublier, le véritable praticien est le travailleur par excellence, l'homme de science et de recherches par excellence. Son horizon s'élargissant sans cesse, il doit sans cesse faire effort pour pénétrer tous les problèmes qui se présentent devant lui. Et ces problèmes ont un corps, et ils le saisissent par un intérêt souvent poignant ; et il y pense sans relâche, sans distinguer, comme un autre chercheur, des heures de repos et des heures de travail.

Aussi qui pourrait énumérer les découvertes qui sont dues à ces praticiens, souvent ignorés ? Combien petit, à côté du leur, est le bagage de ce qu'on nomme la *haute science* ou la *science pure* en médecine ? Si quelqu'un peut jamais juger en dernier ressort les grandes questions médicales, ce sont eux et eux seulement, car eux seuls ils ont conservé le regard assez étendu pour les embrasser dans leur ensemble.

L'Académie a senti que le jour où elle s'en serait isolée, elle perdrait toute influence sur le corps médical, qui chercherait ailleurs des inspirations et un contrôle.

Renvoyant donc à la commission les projets de réforme, elle lui a fait comprendre qu'il fallait s'en tenir à changer la composition des sections. Le nouveau projet, conçu dans ce sens, ne reviendra pas en discussion avant quelques mois.

Dr Victor REVILLOUT.

HOTEL-DIEU

M. B. BALL, suppléant de M. le professeur BÉHIER.

Des tumeurs cérébrales.

Leçons recueillies par H. LIOUVILLE (1).

Messieurs, s'il est possible, dans une certaine mesure, de préciser le siége occupé par une tumeur cérébrale, le diagnostic ne doit jamais être formulé, à cet égard, qu'avec une extrême réserve.

Sans doute, il existe des cas où la coïncidence de plusieurs symptômes nettement caractérisés permet de supposer que la lésion occupe un point déterminé de l'encéphale, et le résultat de l'autopsie a plus d'une fois confirmé les prédictions du médecin. Mais il ne faut point oublier que les données sur lesquelles on s'appuie sont, dans la plupart des cas, susceptibles de plusieurs interprétations diverses, et qu'il en est un grand nombre dont on ne peut tirer qu'un parti fort contestable.

Le premier principe sur lequel on s'appuie, dans une discussion de ce genre, est le suivant : une hémiplégie qui survient d'un côté du corps suppose une lésion du côté opposé de l'encéphale. Bien que cette règle comporte d'assez nombreuses exceptions, elle est généralement vraie, en pratique : mais il ne faut point oublier que les tumeurs situées sur la ligne médiane produisent presque toujours des symptômes *hémiplégiques*, qui prédominent d'un seul côté.

Ces réserves admises, on pourra savoir, dans la plupart des cas, si la tumeur siége à droite ou à gauche. Mais est-il possible d'aller plus loin et d'arriver à une localisation plus précise ?

Il faut, croyons-nous, établir ici une distinction importante. Les lésions qui ont pour siége l'isthme de l'encéphale sont susceptibles de déterminer, par la compression des nerfs crâniens, des phénomènes dont l'anatomie normale semble nous fournir l'interprétation exacte. C'est ici le siége de prédilection des *paralysies alternes ;* c'est ici le triomphe des localisations. Mais, nous le savons déjà, le rôle des actions réflexes est si considérable dans la pathologie cérébrale, que ni le strabisme, ni le prolapsus palpébral, ni l'amaurose, ni les autres troubles sensitifs ou moteurs ne nous autorisent à affirmer positivement l'existence d'une compression directe des nerfs correspondants.

Toutefois, lorsque plusieurs symptômes *convergents* semblent indiquer un point déterminé comme le foyer d'où s'irradient toutes les manifestations morbides, on peut, avec quelques chances de succès, formuler une opinion précise relativement au siége de la lésion. Mais, quand il s'agit d'une tumeur des hémisphères, on ne saurait invoquer, au point de vue des localisations, aucun signe distinctif. Ni les hémiplégies, ni les contractures, ni les troubles intellectuels, ni les troubles viscéraux, ni les convulsions épileptiformes, n'appartiennent en propre à aucune région du cerveau, et l'expérience journalière nous montre combien il faut se défier des assertions gratuites dont certains auteurs se sont montrés si prodigues à cet égard.

En dehors des phénomènes qui viennent d'être signalés, le médecin peut tirer un grand parti du siége de la céphalalgie : cette douleur, dans beaucoup de cas, coïncide avec le siége précis de la lésion : il ne faudrait pas, cependant, la confondre avec une névralgie faciale, due à la compression de la cinquième paire ; c'est là, vous le savez, un des symptômes les plus remarquables que présente la malade qui fait l'objet de ces leçons.

Enfin, dans les cas exceptionnels où la tumeur vient à proéminer en dehors du crâne, on ne peut conserver aucun doute, lorsqu'on a bien reconnu la cause de ce nouvel accident.

S'il est difficile de bien reconnaître le siége d'une tumeur cérébrale, il est le plus souvent impossible d'en déterminer la nature. Dans les cas où cette partie du problème peut être résolue, on devra, le plus souvent, s'appuyer sur les antécédents du sujet et sur les conditions générales de la santé. L'existence d'une syphilis antérieure, les résultats favorables d'un traitement spécifique, les paralysies précoces des muscles moteurs de l'œil, les exacerbations nocturnes de la céphalalgie, enfin certains troubles intellectuels : l'aphasie, la perte profonde et rapide de la mémoire, devront faire attribuer à la tumeur une origine spécifique (Fournier) ; cependant, ne l'oublions pas, aucun de ces caractères n'est pathognomonique.

La diathèse tuberculeuse, la marche aiguë des accidents, l'âge des jeunes sujets sont des motifs sérieux pour conclure en faveur des tubercules cérébraux.

Enfin l'existence d'un *souffle* perçu par le stéthoscope sur un point quelconque des parois crâniennes, et plus spécialement au niveau du globe de l'œil, est un signe presque certain de l'existence d'un *anévrysme* à l'intérieur de la cavité crânienne.

Appliquons maintenant ces données au diagnostic qu'il s'agit de formuler chez la malade qui nous occupe. La marche progressive des accidents, la compression simultanée de plusieurs nerfs crâniens, l'existence d'une névralgie faciale, qui coïncide avec une perte de la sensibilité de la cinquième paire, enfin l'amaurose, la surdité unilatérale, l'hémiplégie

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 22, 24, 29 septembre, 8, 13, 19 octobre et 1er décembre.

incomplète, tout concourt à justifier l'opinion que nous avons émise au début; il s'agit là, bien évidemment, d'une tumeur cérébrale: ni l'hémorrhagie, ni le ramollissement, ni les abcès du cerveau, ni les méningites de la base ne présenteraient cet ensemble symptomatique.

Nous ne conservons donc aucun doute sur l'existence d'une tumeur intra-crânienne; mais est-il permis d'en fixer le siége, d'en indiquer la nature?

La multiplicité des troubles fonctionnels ainsi que leur extrême précision nous permettent ici d'être plus affirmatifs que nous ne le sommes d'habitude. En effet, les troubles sensoriels observés du côté de la cinquième paire nous montrent que la tumeur doit comprimer en partie le trifacial (anesthésie), mais sans le comprimer en totalité (névralgie). Le strabisme et la surdité nous indiquent une compression des sixième et huitième paires, soit à leur origine, soit sur leur trajet. L'hémiplégie faciale avec perte de la contractilité de l'orbiculaire palpébral (l'agophthalmie) nous prouve qu'il doit exister une compression de la septième paire, près de son origine apparente. Tous ces phénomènes existent du côté *gauche*: c'est donc à *gauche* que la tumeur doit être placée (paralysie directe). Quant à la paralysie incomplète du bras et de la jambe *droite*, elle s'explique par la compression des cordons moteurs du côté opposé, c'est-à-dire à gauche. (Paralysie croisée.)

Or, pour répondre à toutes ces données, la lésion doit atteindre à la fois la partie postérieure de la protubérance et la partie supérieure du bulbe. Nous croyons donc pouvoir admettre l'existence d'une tumeur de la base du cerveau, siégeant entre la protubérance et le bulbe, et comprimant les origines apparentes des nerfs dont il vient d'être parlé.

Il me paraît impossible de déterminer avec précision la nature de la tumeur, et de savoir si elle vient des méninges ou des os du crâne, ou si elle s'est développée au sein même de la substance nerveuse; cependant ce dernier cas est beaucoup moins fréquent pour les tumeurs de l'isthme. J'incline donc à croire qu'il s'agit d'une lésion primitivement développée dans la pie-mère.

On a dû se demander si cette affection reconnaissait une origine syphilitique. En faveur de cette hypothèse, on pourrait invoquer l'exaspération nocturne des douleurs, et l'amélioration notable produite par le sirop de Gibert. Mais ce résultat thérapeutique ne doit pas être considéré comme n'appartenant qu'aux lésions de ce genre; presque toutes les tumeurs cérébrales sont améliorées, au moins momentanément, par un traitement résolutif.

Pour moi, je ne crois pas à la syphilis dans le cas actuel, car j'ai constaté, par une inspection directe, que cette femme était vierge. Sans doute, ce n'est point là un argument d'une valeur absolue, puisque le virus peut pénétrer par des voies insolites dans l'économie; mais on m'accordera qu'au point de vue des probabilités, la persistance de la membrane hymen ne plaide pas en faveur d'une affection spécifique.

Le pronostic n'en est que plus grave, car, en dehors de la syphilis, les tumeurs cérébrales se terminent presque fatalement par la mort. Toutefois, on constate souvent des améliorations sérieuses et qui peuvent durer assez longtemps. Quant aux *guérisons* absolues, s'il en existe, il est assez difficile de les constater, car l'autopsie n'ayant pas eu lieu, on pourra toujours incriminer le diagnostic.

Il nous reste maintenant à étudier le traitement. C'est ce qui fera l'objet de la prochaine conférence.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES.

M. de Saint-Germain

Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des des enfants.

Recueillies par MM. Chenet et Tapret, internes du service.

PREMIÈRE LEÇON

Messieurs, lorsque l'an dernier je commençai des leçons cliniques à l'hôpital des Enfants, j'entrepris de traiter, concurremment avec la clinique proprement dite, les opérations que vous nous voyez pratiquer journellement, à savoir la trachéotomie, l'amygdalotomie, la ténotomie, l'opération du bec-de-lièvre, etc.; je n'avais alors qu'une bien faible expérience du sujet. Aujourd'hui, je me sens plus à l'aise, j'ai vu bon nombre de choses que jusque-là je n'avais fait que lire, et, je m'empresse de le déclarer, la tâche m'a été rendue plus aisée par la bienveillance que m'ont témoignée, par le concours que m'ont prêté MM. les médecins de l'hôpital des Enfants. Grâce à cette bienveillance, grâce à ce concours, j'ai pu faire souvent certaines opérations (et je ne veux citer pour exemple que la trachéotomie), qu'il m'eût été impossible de pratiquer, livré aux seules ressources de mon service. J'ai reçu d'eux, bienfait non moins appréciable, les conseils les plus éclairés; j'ai pu, dans les services de chroniques, recueillir un certain nombre de faits intéressants. Aussi suis-je heureux de donner à mes collègues ce témoignage public de ma profonde gratitude.

Comment procéderons-nous dans le cours de ces leçons? Bien que rien ne soit moins officiel que nos modestes conférences, je vous demanderai la permission de vous tracer un programme en guise de discours d'ouverture.

Chaque séance sera divisée en trois parties. Nous commencerons par un exposé succinct des cas intéressants du service et des opérations auxquelles ces cas devront donner lieu. La seconde partie comprendra la leçon théorique d'une des opérations usuelles. La troisième partie sera occupée par les opérations.

J'entre immédiatement en matière.

Vous avez vu au n° 3, salle Saint-Côme, un enfant de cinq ans qui présente un type à peu près complet des déformations rachitiques; son crâne surtout est remarquable par sa forme polygonale.

Je laisse de côté les autres signes du rachitisme qui pourront faire le sujet d'une autre leçon; j'insiste seulement sur la mauvaise constitution de cet enfant.

Il y a deux ans, il s'est fracturé la jambe droite. La consolidation s'est faite, mais elle a été fort lente et très-probablement incomplète, puisque le cal s'est infléchi consécutivement. En effet, quelques mois plus tard, on nous l'amenait à la consultation.

La jambe droite présentait un angle à sommet antérieur très-saillant; la plante du pied, au lieu de reposer sur le sol, regardait directement en arrière.

Je le reçus par curiosité, avec la vague idée de redresser sa jambe. Après l'avoir chloroformisé, je fis une légère tentative sur son cal, qui résista. La crainte de produire une nouvelle fracture au-dessus du cal m'arrêta. Je pensai alors à employer un appareil mécanique pour produire la rupture de l'os.

J'en parlai à mes collègues et, en particulier à M. Chassaignac, mon ancien maître, qui m'en dissuada et m'engagea plutôt à reséquer une portion du cal.

Je mis l'os à nu par une incision transversale, j'introduisis une sonde cannelée dans l'espace interrosseux, je la fis passer au-dessous du tibia pour y conduire la scie à chaîne. J'enlevai, au moyen de deux traits de scie, une sorte de V de substance osseuse à sommet dirigé en arrière. Puis je fracturai facilement le péroné, et je pus alors redresser complétement la jambe, qui fut mise sur-le-champ dans un appareil plâtré.

Aucune complication ne vint entraver le succès de notre opération. En raison même du terrain, la consolidation se fit longtemps attendre. L'enfant resta trois mois dans nos salles, et quand il sortit de l'hôpital, la cicatrisation osseuse et cutanée était complète. J'engageai ses parents à le reprendre, craignant une de ces affections contagieuses si fréquentes et si redoutables à l'hôpital des Enfants (diphthérie, fièvres éruptives, etc.).

Je conseillai un appareil destiné à maintenir la jambe dans la rectitude et à prévenir l'accident qui s'était produit lors de la première fracture. Tout alla à souhait pendant quelques mois. L'enfant nous fut ramené à plusieurs reprises ; la guérison se maintenait. Puis nous le perdîmes de vue pendant huit à neuf mois. Il y a une quinzaine de jours, il est revenu à la consultation pour une fracture de la jambe gauche, et nous avons constaté avec désespoir que la difformité de la jambe droite s'était reproduite aussi accentuée que la première fois.

L'enfant avait été envoyé à la campagne chez ses grands parents. Nos conseils avaient été oubliés, les précautions que nous avions recommandé de prendre avaient été négligées; le petit malade avait marché sans son appareil. Tout était à recommencer. Nous avons proposé aux parents une nouvelle opération, qu'ils ont refusée. Nous garderons donc notre blessé jusqu'à la consolidation complète de sa fracture qui a été mise dans une gouttière plâtrée.

Dans cette observation succincte, plusieurs points me paraissent surtout devoir fixer notre attention. C'est d'abord la fragilité bien connue des os chez les rachitiques; en effet, cet enfant s'est fracturé successivement les deux jambes pour de simples chutes.

En second lieu, la lenteur de la consolidation qui reste incomplète et qui permet des déformations ultérieures au niveau de la fracture.

Enfin le résultat favorable de notre opération, qui pouvait paraître téméraire à première vue, et la nécessité de soutenir pendant longtemps une cicatrice osseuse obtenue dans de pareilles conditions.

Je vous engage encore à examiner un enfant de trois ans, couché au n° 32 de la salle Saint-Côme.

Cet enfant a été mordu par un chien. Il présentait, au côté gauche du scrotum, une plaie verticale de 4 centimètres d'étendue, avec hernie du testicule et d'une courte portion du cordon. Voici comment est survenu l'accident :

L'enfant mangeait une tartine dont le chien voulait avoir sa part. De là, lutte, puis défaite du gamin, qui tombe à la renverse. Le chien happe du même coup le scrotum et le morceau de pain, qui se trouvait entre les jambes de l'enfant.

La plaie était assez effrayante ; les bords légèrement contus et retournés en dedans. A l'angle supérieur de la plaie existait un lambeau irrégulier, noirâtre, en partie sphacelé. Le testicule paraissait sain.

Ce fait m'a rappelé un cas analogue que j'ai observé pendant mon internat chez M. Maisonneuve :

Un jeune homme, en descendant nuitamment d'une fenêtre, s'accrocha les bourses à un treillage et se fit une longue plaie verticale du scrotum. Comme chez notre petit malade, le testicule faisait hernie entre les lèvres de la plaie.

Dans ces deux cas, la réunion par première intention était peu probable, à cause de la contusion des bords de la plaie et du temps écoulé depuis l'accident.

M. Maisonneuve fit faire un pansement à l'eau alcoolisée, et le malade guérit rapidement.

Chez notre petit malade, le testicule ayant été réduit, un point de suture a été appliqué vers la partie moyenne de la plaie, bien plus pour s'opposer à l'enroulement de ses bords que dans l'espoir d'obtenir une réunion immédiate.

Ensuite, une bandelette de toile formant une anse à concavité supérieure, et dont les chefs ont été fixés au-dessus du pubis a été appliquée pour soutenir le testicule. Par-dessus ce crémaster artificiel, un suspensoir relevait les bourses et maintenait des compresses imbibées de vin froid alcoolisé.

La plaie s'est réunie dans toute la portion située au-dessus de la suture, et il reste à la partie inférieure une plaie bourgeonnante dont le testicule forme le fond.

Bien que le pansement ait été constamment souillé par l'urine, aucun accident inflammatoire n'est survenu ; il y a eu seulement un peu d'érythème à la face interne des cuisses.

Un point pourrait vous préoccuper dans l'histoire de ce malade, c'est la santé du chien qui l'a mordu. J'ai vu ce matin le propriétaire de l'animal, très-inquiet des suites de l'accident, et qui m'a complétement rassuré à cet égard. Le chien est très-gai, mange et boit comme à l'ordinaire.

Quelles réflexions font naître ces deux faits?

Nous relevons d'abord le peu de gravité des plaies du scrotum, contrairement à ce qu'on serait tenté de croire, pourvu que le testicule soit sain. En effet, les deux blessés ont guéri, et même assez rapidement.

En second lieu, nous voyons que l'action excitante de l'eau froide est suffisante pour ramener le testicule à sa place et déterminer la rétraction du scrotum.

La suture n'est donc pas indispensable. Elle n'a pas été faite dans le cas de M. Maisonneuve; dans le nôtre, elle l'a été d'une façon très-incomplète et pour empêcher l'enroulement des bords de la plaie. C'est là, en effet, un accident assez commun dans certaines régions, au cou notamment, et qu'il faut avoir soin de prévenir.

DES DENTS SYPHILITIQUES

Par le docteur Darin.

Voici ce que nous lisons dans une thèse récente sur « les érosions des dents permanentes ».

« Il est deux maladies constitutionnelles auxquelles nous attribuons certaines érosions: ce sont la syphilis et la scrofule.

« La syphilis a été reconnue par M. J. Hutchinson; mais cet auteur lui assigne une érosion de forme spéciale, consistant dans une échancrure occupant le sommet des incisives ou des canines, dans le petit volume, la mollesse et la coloration foncée de ces dents. Ces trois derniers caractères des dents syphilitiques nous paraissent probables et même certains... Mais ce que, avec MM. Magitot et Tomes, nous ne regardons pas comme un caractère de dent syphilitique, c'est l'échancrure du sommet de la dent. Cette échancrure, dont M. Lallier nous a montré un exemple sur un jeune homme de son service, est plus ou moins profonde; elle va d'un bord à l'autre de la dent, et est quelquefois divisée en plusieurs parties par des encoches secondaires. »

D'après M. J. Hutchinson, elle n'existe pas sur les dents temporaires et se trouve seulement sur les permanentes.

Enfin, toujours suivant M. Hutchinson, la lésion se bornerait aux incisives et aux canines de la deuxième dentition.

Les auteurs, tels qu'Albrecht, Tomes et après eux M. Castanié, qui ont essayé de battre en brèche la théorie de M. Hutchinson, lui adressent tous les objections que mériteraient, en effet, les propositions précédentes; mais ces propositions ne se trouvent que dans l'imagination des opposants et nullement dans le travail de l'auteur.

Que l'on se donne la peine de le parcourir (1), et l'on verra que l'échancrure n'est pas le résultat d'une érosion (ou arrêt de développement), mais d'une *rupture* qui se produit après l'éruption des dents, lesquelles sortent courtes, étroites et très-minces (*after awhile a crescentic portion from their edge* breaks away, *leaving a broad, shallow, vertical notch*.....)

Ainsi donc il s'agit d'une altération qui ne se produit *qu'après* la sortie des dents; on s'explique ainsi comment l'encoche peut se produire toujours au même niveau (sur le bord libre) sur les différentes dents, ce qui ne saurait avoir lieu s'il s'agissait d'un arrêt de développement, puisque la calcification se fait chez elles à des époques différentes.

Lorsque ces dents font leur éruption, elles ont un petit volume, elles sont molles et d'une coloration foncée, sujettes à se carier prématurément et parfois d'une implantation irrégulière; mais ces altérations affectent également les dents *temporaires;* cette observation se trouve dans le travail de M. Hutchinson, qui dit positivement avoir vu un certain membre de ces organes se détruire ou se perdre d'une manière prématurée.

Ce n'est pas tout : la lésion ne se borne par aux incisives et aux canines. M. Hutchinson dit que ce sont les incisives centrales qui sont les dents d'épreuve, les dents types, mais que les *autres* dents offrent souvent des particularités diverses, et surtout les canines.

Le docteur Williams, professeur d'ophthalmologie à l'université de Boston, confirme (2) les observations d'Hutchinson et dit que les lésions se présentent également sur les *molaires*. En ce qui concerne les dents de lait, M. Williams ajoute que si l'on n'a pas signalé plus souvent les traces laissées sur elles par la syphilis, c'est probablement parce que les sujets atteints de « *kératite interstitielle* » ne viennent généralement sous l'observation de l'oculiste qu'à l'âge de dix à dix-huit ans, époque où les organes de la première dentition ont disparu pour la plupart et cédé la place aux dents permanentes.

Enfin ce dernier auteur dit que ces lésions dentaires ne doivent pas être confondues avec celles qui résultent d'un arrêt de développement (telles que cannelures longitudinales, dépressions ou creux de l'émail, causés par une perversion nutritive, résultant de certaines maladies infantiles non spécifiques).

De tout cela il faut conclure qu'Albrecht, Tomes, etc., ont prêté à M. Hutchinson des opinions qu'il n'a jamais eues et qu'il est par conséquent inutile de réfuter.

(1) *Ophthalmic hospital reports*, 1850, vol. 2, p. 96.
(2) *Recent advances in Ophthalmic Science*, 1871.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 décembre 1874. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Planchon, qui se porte candidat pour la place vacante dans la section de pharmacie.

2° Une lettre accompagnant l'envoi d'un pli cacheté par M. le docteur Delmas. (Accepté.)

3° Un mémoire intitulé : *Examen du sperme*, par M. le docteur Médal. (Commiss. MM. Davaine, Robin et Sappey.)

4° Un mémoire sur l'insomnie, destiné au concours du prix Civrieux.

PRÉSENTATIONS

M. Théophile Roussel offre en hommage :

1° Le rapport fait par lui au nom de la commission chargée d'examiner la proposition de loi relative à *la protection des enfants de premier âge, et en particulier des nourrissons ;*

2° Un ouvrage intitulé : *Histoire de la vaccination*, par M. le docteur Monteils (de Montpellier).

M. Hirtz présente, au nom de M. Bloch, de Genève, un nouveau thermomètre médical.

M. Larrey dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Chappelain (de Marseille), une brochure intitulée : *Études et observations sur quelques maladies chirurgicales des articulations.*

M. Gosselin offre en hommage, en son nom et au nom de M. Albert Robin, interne des hôpitaux, deux brochures intitulées : l'une, *Traitement de la cystite ammoniacale par l'acide benzoïque;* l'autre : *Recherches expérimentales sur l'urine ammoniacale et la fièvre urineuse.*

M. Chauffard présente une brochure intitulée : *Notes sur l'empyème, nouveau procédé opératoire*, par M. le docteur Carré (d'Avignon).

M. Fauvel présente un mémoire imprimé sur *les Quarantaines*, par M. le docteur L. Rey, médecin de 1re classe de la marine.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

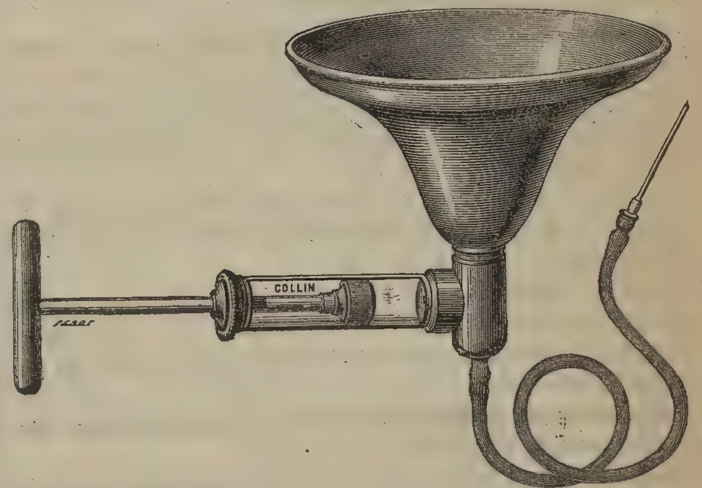
M. Béhier présente à l'Académie un nouvel appareil créé par M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie, pour la transfusion du sang (1).

L'opération de la transfusion présente deux ordres de dangers, dont la gravité a jusqu'ici entravé les tentatives des médecins.

1° Formation et projection des caillots;

2° Introduction de l'air dans les veines.

Le premier de ces dangers semble avoir été rendu impossible par la disposition du transfuseur que M. Collin présentait il y a six mois à la Société de chirurgie, la suppression des soupapes des robinets, l'absence du caoutchouc rendait l'opération facile et inoffensive, comme l'expérience l'a démontré d'ailleurs ; restait le danger de



l'introduction de l'air : avec de l'attention sans doute on l'évitait. M. Collin s'est efforcé de rendre ces accidents indépendants d'une fausse manœuvre opératoire ; l'instrument qu'il présente empêche automatiquement l'introduction de l'air dans les veines.

Le sang propulsé remplit une chambre ou réservoir, incessamment renouvelé; un flotteur, fait de substance inaltérable, s'abaisse dès que le liquide est épuisé. Ce flotteur, plus léger que le sang et plus lourd que l'air, reste au-dessus du tube de dépense, et s'oppose au passage de l'air qui s'échappe toujours, quoi qu'on fasse, par l'orifice supérieur.

La manœuvre consiste à tirer et à pousser le piston doucement. Le tube de cristal contient 10 grammes de sang.

(1) Nous recommandons, à cette occasion, à nos lecteurs le livre que M. Moncoq vient de publier sous le titre de *Transfusion instantanée du sang*. (Paris, 1874, Adrien Delahaye.)

RAPPORT

M. BERNUTZ lit un rapport sur le prix Capuron. Ce prix devait être décerné *au meilleur mémoire sur un point quelconque d'obstétrique*. Les concurrents se sont trouvés au nombre de sept. M. le rapporteur analyse leurs travaux; mais sa voix, couverte par le bruit des conversations particulières, est fort peu distincte, et le président réclame en vain, à diverses reprises, un peu de silence.

DISCUSSION

M. DEPAUL. Autant que j'en puis juger par des lambeaux de phrases que j'ai saisis, M. Bernutz, parlant d'un mémoire sur les rétroversions utérines pendant la grossesse, paraît admettre, comme une variété nouvelle de ces rétroversions un état dans lequel le fond de l'utérus reste à sa place, tandis que le segment inférieur dilaté en arrière, refoule le col en haut et en avant contre la symphise du pubis et forme tumeur vers le sacrum.

Certes, c'est là toute autre chose que la véritable rétroversion. Le développement exagéré d'une des parois de l'utérus gravide, le plus souvent de la paroi antérieure, est loin d'être rare; les accoucheurs l'ont depuis très-longtemps décrit sous le nom de *dilatation sacciforme de la matrice*. Le mécanisme de production et le pronostic en sont tout autres que ceux de la rétroversion, et c'est une très-grosse erreur que de l'en rapprocher comme une variété.

M. BERNUTZ. Mais loin de commettre cette erreur, j'ai, au contraire loué l'auteur du mémoire du soin qu'il avait pris de décrire cet état d'après l'Anglais Barnes, pour le faire mieux distinguer des retroversions utérines.

M. BLOT. Cet état était bien connu. Il n'était pas besoin de le décrire.

M. BERNUTZ. Oui, mais il a prêté souvent à des erreurs de diagnostic, même à la clinique de la Faculté. Il y a fait croire, notamment, soit à une grossesse gémellaire, soit à une grossesse extra-utérine.

M. DEPAUL. Une autre question. Vous avez parlé de la ponction de la vessie à propos du traitement de la rétrocession. Ce serait une opération aussi inutile que dangereuse.

M. BERNUTZ. Je n'en ai parlé que pour la blâmer.

M. BLOT. Vous ne l'avez pas fait en termes assez énergiques.

M. BERNUTZ. Je suis tout près à modifier ma rédaction si, après l'avoir entendue, vous ne la trouvez pas assez explicite.

M. LE PRÉSIDENT. L'incident est clos, les conclusions de ce rapport seront discutées et votées en comité secret.

A cinq heures moins le quart, l'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Hygiène de la première enfance ou guide des mères pour l'allaitement, le sevrage et le choix des nourrices chez les nouveau-nés (1).

Voilà la sixième fois que ce livre est réimprimé. Cela prouve qu'il est utile, et, en effet, les médecins, pour diriger leur conduite dans leurs conseils à donner aux jeunes mères, et les mères pour connaître les détails de l'hygiène des enfants, y trouvent quelque profit. Cette édition diffère considérablement des précédentes. M. Bouchut en a retiré toutes les considérations générales sur les maladies héréditaires, qui se trouvent mieux à leur place dans son livre de *Pathologie générale*, et la partie relative à la gymnastique qui appartient à l'hygiène de la seconde enfance.

Ainsi réduit, ce livre est spécial au nouveau-né et à la première enfance. Il contient toutes les règles relatives au choix de la nourrice, et ce qui concerne l'allaitement, ses heures régulières, les modifications qu'il exige selon la constitution des enfants ; enfin le sevrage. M. Bouchut y a ajouté des recherches nouvelles sur l'accroissement et la prospérité des nourrissons constatés par la balance et les pesages régulier de semaine en semaine. Le médecin sera en conséquence fixé sur les quantités moyennes de lait qu'un enfant doit prendre à chaque tetée selon son âge, et sur la quantité de grammes qu'il doit acquérir en poids par jour, par semaine et par mois, s'il se développe régulièrement. De cette façon rien n'est plus accordé aux estimations de fantaisie et aux hypothèses. C'est la balance à la main que, dans certains cas, on change de nourrice et de régime, et, à cet égard l'hygiène du nouveau-né aura une précision jusqu'ici inconnue.

(1) *Sixième édition*. — Un volume in-12°. — Paris 1874. — J. B. Baillière et fils.

Traité des maladies des reins et des altérations pathologiques de l'urine (1)

par M. LECORCHÉ,
professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

Appelé à suppléer M. le professeur Axenfeld à la Faculté, M. Lecorché qui, depuis longues années, s'occupait des maladies des reins, profita de cette circonstance pour les décrire. Le lecteur verra dans le livre que nous lui présentons aujourd'hui avec quel soin l'auteur prépara son cours de suppléance, et quel bénéfice la science retirera de cette publication.

M. Lecorché rend d'abord hommage à Rayer dont le célèbre *Traité* a servi de type à tout ce qui a été publié depuis sur la matière. A l'époque où il parut, le *Traité* de Rayer fut un événement. Mais la science marche et peu à peu soulève les voiles qui obscurcissent certains points. La structure du rein, le tissu connectif intercanaliculaire le canalicule urinifère étaient peu connus. Les recherches cliniques étaient incomplètes. M. Lecorché a pu profiter de toutes ces acquisition nouvelles de la science et nous présente aujourd'hui un *Traité* qui donne la note exacte de ce qu'on sait aujourd'hui sur les affections du rein.

Un travail aussi considérable ne s'analyse pas. Nous allons présenter le plan de l'auteur : ceux qui connaissent le professeur ne douteront pas du talent déployé dans l'exécution de son programme.

Avant d'entrer dans l'étude des altérations pathologiques, il fallait bien posséder l'état actuel de nos connaissances sur l'anatomie et la physiologique du rein. M. Lecorché nous retrace l'anatomie du rein, étudie les urines normales et le mode d'action du rein. Ces premiers points éclaircis, nous entrons dans l'œuvre même.

L'auteur traite d'abord des urines pathologiques et étudie leurs altérations qualitatives et quantitatives. Puis il passe en revue les altérations de l'urine par introduction de substances étrangères à sa constitution (urines albuminuriques, sucrées ou bilieuses) et aborde les maladies des reins, qu'il décrit dans l'ordre suivant : néphrites, lithiase, dégénérescences.

Les néphrites sont parenchymateuses ou interstitielles : les premières sont superficielles (albuminuries) ou profondes (maladies de Bright) l'étude de l'œdème, des inflammations et de l'urémie en complètent l'histoire. Les néphrites interstitielles sont hyperplasiques (sclérose) ou suppuratives.

La lithiase urinaire, étudiée d'abord en général, est ensuite étudiée suivant qu'elle est acide (urique, oxalique), alcaline (calcaire, ammoniacale), ou indifférente (cystique, xanthique). M. Lecorché passe ensuite en revue les accidents, liés aux diverses espèces de lithiase, et entreprend l'étude des dégénérescences rénales, les entozoaires et les altérations vasculaires.

Un dernier chapitre est consacré à la mobilité rénale et à la périnéphrite.

Cette simple énumération permet de se rendre compte de l'importance de cette œuvre considérable. Très-savant, très-étudié, écrit avec soin, le *Traité des maladies des reins* de M. Lecorché rend à chacun ce qui lui est dû, mais sait aussi reprendre ce que les publications étrangères nous empruntent trop souvent, sans déclarer le lieu d'origine.

(1) Un volume in-8°. — Prix : 12 fr. — Paris, G. Masson.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Il vient de se passer à l'Assemblée nationale un fait assez curieux. Un projet de loi était soumis à l'Assemblée pour la création de facultés de médecine à Bordeaux et à Lyon. Notre confrère M. le docteur Testelin, prenant en mains les intérêts de Lille, avait obtenu la création d'une faculté dans cette dernière ville.

Dans la séance suivante (8 décembre), l'Assemblée a d'abord voté la suppression des écoles de médecine de Bordeaux, Lyon et Lille.

Puis, passant au vote de la création des facultés dans ces trois villes, l'Assemblée a exclu le nom de Lille.

Il en résulte donc que la ville de Lille est actuellement sans école de médecine.

L'Assemblée reviendra-t-elle sur ce vote contradictoire, ou — par une loi nouvelle, — rétablira-t-elle une école qui a rendu de véritables services à la science médicale ?

— *Concours d'agrégation.* — Les candidats inscrits pour ce concours sont : MM. Audhoin, Debove, Desplats, Dieulafoy, Ducastel, Grancher, Hallopeau, Joffroy, Landrieux, Lépine, Liouville, Legroux, Quinquand, Rathery, Renaut, Rendu et Strauss (pour les cinq places de Paris).

MM. Balestre, Grasset, Liouville (pour les deux places de Montpellier).

MM. Demange et Liouville (pour les deux places de Nancy).

Les séances de lecture de la composition écrite ont lieu, à quatre heures et demie, les lundis, mercredis et vendredis, et le jeudi à huit heures du soir.

— Pierre le Boucher, l'assassin du docteur Guichard (de Troyes), vient d'être condamné à mort.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr E. Lauth, ancien rédacteur de la *Gazette médicale de Strasbourg*. Cette perte est vivement sentie par nos confrères d'Alsace et par les nombreux amis que lui avaient faits son dévouement et son abnégation.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 12 décembre 1874, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° lecture du procès-verbal de la précédente séance;

2° Communication sur les tumeurs fibreuses utérines par M. Forget;

3° Élections pour le renouvellement du bureau.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Délire des persécutions, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, lauréat de l'Institut, médecin de l'hospice de Bicêtre (service des aliénés). 1 vol. in-8° de 524 pages, deuxième tirage. — Prix : 6 fr. (Ouvrage couronné par la Faculté de médecine de Paris, prix Châteauvillard.) — Paris, Adrien Delahaye.

L'Agenda-formulaire des médecins praticiens pour 1875 et Carnet de poche réunis. — *Prix :* N° 1, reliure chagrin à coulisseaux, 3 fr. — N° 2, reliure chagrin à portefeuille, 3 fr. 50. — N° 3, reliure avec trimestres mobiles, 4 fr. — N° 4, reliure forme serviette, 5 fr. — N° 5, reliure portefeuille avec petite trousse, 6 fr. — N° 6, le même, à trimestres mobiles, 7 fr. — N° 7, le même, toutes poches en peau, 8 fr. — N° 8, le même à fermoir en maillechort, 9 fr. — Intérieur couvert en soie à mettre dans trousse ou portefeuille, 3 fr. — L'Agenda broché, 1 fr. 75. — Paris, Adrien Delahaye.

Introduction à la statistique médicale des hôpitaux de Lyon, par le docteur MAYET, médecin de l'Hôtel-Dieu. — Paris, 1874, in-4° de 51 pages. Prix : 2 francs. — J. B. Baillière et fils.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine. — Chez Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 144. — SAMEDI 12 DÉCEMBRE 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 12 DÉCEMBRE 1874. — N° 144.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Action du sulfate de quinine sur l'utérus.

En réponse à l'appel que nous avons fait à nos lecteurs dans notre Revue du 28 novembre dernier, au sujet de l'action du sulfate de quinine sur l'utérus, nous avons reçu plusieurs communications, entre autres une observation de M. le docteur Lorauches, de Gergy (Saône-et-Loire), recueillie en 1872, et une thèse de M. le docteur J. Bartharez, sur le traitement des hémorrhagies de la matrice par le sulfate de quinine, soutenue la même année.

Voici d'abord l'observation de M. Lorauches :

Le 20 août 1872, nous écrit notre confrère, je fus appelé auprès d'une fermière, Mme G..., enceinte de son troisième enfant, et presque à terme. Elle ressentait depuis plusieurs heures de violentes douleurs, tellement semblables à celles qu'elle eut dans ses deux premières couches qu'elle me dit, quand j'entrai, qu'elle m'avait fait venir pour l'accoucher. Quelques minutes après, elle sentit une douleur ; je palpai l'abdomen, et je constatai une contraction assez forte de l'utérus, puis la contraction cessa lentement pour revenir à un intervalle d'environ dix minutes. Au toucher, aucune modifica- du col, et les douleurs duraient déjà depuis quatre à cinq heures. Je fus très-surpris du résultat négatif de cet examen.

C'est alors que j'appris de ma patiente qu'elle avait eu les jours précédents des accès de fièvre intermittente, et, comme elle n'était pas précisément à terme, j'eus l'idée d'attribuer ces contractions utérines à la fièvre, et j'ordonnai 1 gramme de sulfate de quinine. En quelques heures, les accidents disparurent, et Mme G... n'accoucha que le 7 septembre (dix-huit jours après) dans de bonnes conditions, sans avoir ressenti depuis ni fièvre ni coliques.

En résumé : contractions utérines évidentes, qui, sans doute, n'auraient pu se prolonger sans amener l'accouchement prématuré, cessation de ces contractions par 1 gramme de sulfate de quinine pris sur-le-champ ; cessation de la fièvre et accouchement à terme dix-huit jours après cet accident.

Voilà, en peu de mots, un fait très-précis, où, loin d'avoir agi comme abortif, le sulfate de quinine prescrit en vue de combattre l'influence fâcheuse d'un état fébrile intermittent sur l'utérus gravide, aurait, tout au contraire, prévenu un accouchement prématuré imminent.

Notre confrère s'est inspiré ici, comme on le voit, de la doctrine de Torti, et le succès de sa médication a pleinement justifié sa conduite.

Est-ce à dire que, soit à des doses différentes de celles qui sont habituellement prescrites pour combattre les accès de fièvre, soit administré dans des conditions tout autres que celles où se trouvait la malade dont on vient de lire l'histoire succincte, le sulfate de quinine n'ait pas, comme on l'a dit, une action directe sur la circulation et sur le contractilité utérine ? La question est tout autre ; et, comme on l'a vu par le rapide exposé que nous avons fait de l'état de la question dans la Revue précitée, elle est assez complexe pour qu'il nous paraisse utile de tenir compte de tous les faits qui peuvent se produire, sauf à en faire plus tard un départ en catégories diverses et à déduire de l'analyse de ces catégories des notions plus précises dont la thérapeutique puisse tirer d'utiles préceptes.

C'est à l'une de ces catégories de faits qu'a trait la thèse de M. Bartharez. Il ne s'agit plus ici de grossesse et d'influence palustre, il s'agit des métrorrhagies à l'état de vacuité de l'utérus.

Ancien interne dans le service de M. Guéneau de Mussy à l'Hôtel-Dieu, M. Bartharez a été témoin de plusieurs faits qui lui ont paru démontrer, ainsi qu'à son maître, l'utile intervention du sulfate de quinine dans ces cas.

Dans un premier fait, il s'agit d'une femme chez laquelle l'écoulement menstruel avait pris, par sa durée et son abondance, les proportions d'une véritable hémorrhagie, d'autant qu'il s'y ajoutait un mouvement fébrile paroxystique. Cette hémorrhagie n'ayant cédé ni au repos horizontal, ni au régime et à l'usage des boissons acidulées, dans la pensée qu'il s'agissait d'une simple congestion utérine (aucune autre lésion ne paraissait devoir être mise en cause), M. Guéneau de Mussy prescrivit 1 gramme et demi de sulfate de quinine en trois doses, de deux en deux heures. Le soir même l'hémorrhagie ainsi que la fièvre étaient maîtrisées.

La promptitude de l'action thérapeutique du sulfate de quinine, dans ce cas, suggéra à M. Guéneau de Mussy la pensée que ce n'était pas seulement en modérant la circulation générale, en arrêtant le mouvement fébrile que ce médicament avait dû amener une hémostase aussi rapide, mais qu'il avait dû

exercer une action directe sur les vaso-moteurs et sur les fibres mêmes de l'utérus.

L'intervention efficace du sulfate de quinine dans des cas où l'hémorrhagie était dégagée de toute complication lui parut confirmer cette manière de voir.

On voit, en effet, dans les observations suivantes rapportées par M. Bartharez, un cas dans lequel l'hémorrhagie utérine ayant résisté à l'ergot de seigle prescrit en premier lieu, et qui n'avait produit qu'un apaisement passager suivi de recrudescences opiniâtres, céda définitivement à l'administration du sulfate de quinine.

Une autre observation montre une métrorrhagie accompagnée de symptômes de congestion utérine et de réaction fébrile, guérie par une seule dose de quinine.

Dans un quatrième fait on voit la métrorrhagie rester rebelle au sulfate de quinine; mais cet insuccès, loin de contredire les conclusions ressortant des faits précédents, pourrait passer au contraire pour une confirmation indirecte, la suite de l'observation ayant montré qu'il s'agissait, dans ce cas, d'un état morbide complexe dans lequel la métrorrhagie avait une tout autre cause et eut de tout autres effets que dans les cas précédents, ce qui le plaçait naturellement dans une autre catégorie de faits.

Nous terminerons cette analyse du travail de M. Bartharez par la relation du fait suivant qu'il tient de M. Guéneau de Mussy, qui l'avait observé dans sa pratique particulière.

Une dame affectée de rhumatisme noueux était sujette à des hémorrhagies utérines d'une violence considérable, qui l'avaient réduite au plus haut degré d'anémie. Ces hémorrhagies se montraient à l'époque des règles. Après avoir tenté inutilement différents moyens pour modérer l'abondance de ces pertes, qui se prolongeaient bien au-delà du flux menstruel, M. Guéneau de Mussy prescrivit des pilules composées de 15 centigrammes de bisulfate de quinine et de 10 centigrammes d'extrait de quinquina jaune, et en fit prendre de six à huit par jour. Pour la première fois les règles perdirent leur caractère hémorrhagique, et leur durée fut renfermée dans les limites normales.

Hystérie. — Apoplexie transitoire.

Nous avons dit dans notre dernière Revue, à propos de la réouverture des cours de clinique, que M. le professeur Sée avait annoncé dans sa première leçon devoir s'occuper, pendant une partie de ce cours, des maladies du système nerveux cérébro-spinal, et particulièrement des diverses névroses, hystérie, épilepsie, etc., qu'il comptait bien faire rentrer dans l'ordre des lésions du système cérébro-spinal. — D'où une pointe sur le terrain de la pathologie générale et une charge à fond de train contre l'essentialité, que nous ne chercherons pas à défendre, quoique quelques personnes aient pu nous en prêter l'intention, et contre la spontanéité... à l'égard de laquelle nous croyons devoir faire quelques réserves. Nous avons dit quels motifs avaient fait changer, pour le moment, le programme tracé dans cette première leçon. Mais, tout en traitant un autre sujet, qui n'est pas d'ailleurs sans quelque connexité avec le sujet ajourné, puisqu'il s'agit aussi d'une maladie considérée comme étant d'une nature névrosique, l'asthme, M. Sée a énuméré, en passant, quelques-unes des richesses de son service en fait de névroses. Nous détachons de cet écrin la petite perle suivante :

Une femme, âgée de cinquante-huit ans, était entrée à l'hôpital de la Charité, présentant à ce moment, pour tout symptôme morbide, des vomissements alimentaires et sanglants. La première idée qui devait venir à l'esprit était celle d'un ulcère de l'estomac. Un jour, pendant la visite, cette femme est prise tout à coup d'accidents apoplectiques. Arrivé à son lit aussitôt, M. Sée constate une hémiplégie droite, la langue, hors de la bouche, est déviée à gauche; aphasie. Le bras et la jambe du côté gauche sont dans un état de rigidité qui contraste avec la résolution des membres du côté droit. Le soir, tout était dissipé, il n'y avait plus trace de l'hémiplégie, le mouvement était rétabli dans tout le côté droit. La langue était rentrée dans la cavité buccale, mais la parole n'était pas encore complétement revenue ; l'aphasie n'a cessé que le lendemain matin. Il faut ajouter qu'à aucun moment il n'y a eu perte de connaissance.

Mais ce n'est pas tout. Cette malade ménageait encore de nouvelles surprises. Ses règles ont reparu le surlendemain, — on n'a pas oublié que cette femme a cinquante-huit ans. — On a appris d'elle alors qu'elle avait été réglée jusqu'à l'âge de cinquante-six ans, et que c'était depuis cette époque qu'elle avait été prise des hématémèses qui avaient persisté durant ces deux années, et qui venaient de cesser au moment où sont survenus les accidents que nous venons de rapporter.

Dr Brochin.

THÉRAPEUTIQUE

Emploi du vin dans les maladies aiguës et dans les affections chroniques

Par M. M. E. Bégin.

Dans une précédente étude, nous avons entretenu les lecteurs de la *Gazette* de l'emploi du vin dans les maladies aiguës, notamment dans le traitement des fièvres typhoïdes.

Nous allons maintenant exposer l'utilité du vin dans les maladies chroniques.

Salvadori (*Rei medic. tisico*) conseille les vins dans la phthisie. Comme méthode prophylactique d'une évolution tuberculeuse imminente, une alimentation réparative, et les vins rouges généreux sont indiqués. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Chez les enfants prédisposés, Louis et Grisolle recommandaient, entre autres, l'usage d'un vin tannique.

Pinel, Baumès, Richerand et M. Bouchardat recommandent le vin contre la prédisposition aux scrofules; ce dernier le regarde comme un puissant auxiliaire de tous les remèdes dans le traitement curatif de la maladie (Faivre, *loc. cit.*).

Forget (*Médecine navale*, 1832) assure qu'au point de vue de la genèse du scorbut, les boissons alcooliques sont funestes, mais l'entière privation aurait d'aussi mauvais résultats. Une quantité modérée de vin et d'eau-de-vie tous les jours a des effets avantageux, et, ajoutent-ils, la limonade sucrée et additionnée avec de l'eau-de-vie, paraît aujourd'hui la boisson la plus favorable. Mais, dit M. Faivre (*loc. cit.*), M. Bouchardat n'est pas de cet avis, et il donne comme preuve l'observation suivante : deux escadres, l'une française et l'autre anglaise, croisaient dans les mêmes parages. Les conditions d'hygiène étaient identiques; seulement les Français buvaient du bon vin, et les Anglais n'avaient que de l'eau-de-vie. Il arriva que ces derniers furent décimés par le scorbut, qui épargna nos matelots.

Les professeurs italiens Mojon et Rogneta préfèrent, contre le scorbut, l'emploi d'un bon vin à tout autre moyen.

Dans les hémorrhagies utérines, quelle qu'en ait été la nature, le soin le plus urgent, c'est d'empêcher la femme de succomber sous l'anéantissement de ses forces. Les accoucheurs anglais ont, les premiers, reconnu l'avantage incontestable du vin employé à cet effet; et c'est à M. Campbell que revient l'honneur d'avoir introduit en France cette nouvelle méthode.

Hoffmann l'administrait également dans une autre espèce d'hémorrhagie utérine : nous voulons parler des règles trop abondantes et

trop prolongées. C'est à cette variété de chlorose ménorrhagique qu'il s'adressait pour modifier, au moyen d'un vin tonique et astringent, l'état de débilité et d'inertie de la constitution.

Hippocrate (*De la nature et de la femme*) recommandait le vin dans la leucorrhée.

Dans la goutte, dit M. Faivre (*loc. cit.*), Grégoire Horstius (*Observ. méd.*, 1631) défend les vins acides, chargés de principes minéraux ou trop alcooliques.

On a avancé que l'abus des boissons alcooliques produit la goutte. Mais Sydenham, Brown, Cullen, Barthez, Bosquillon préconisent les vins vieux non acides dans le traitement de cette maladie.

D'après Bosquillon, le vin est rarement nuisible dans la goutte; mais il faut éviter les vins acides dont un seul verre, chez quelques personnes, suffit pour ramener les accès (*Élém. de méd. prat.*, t. I.)

Brown (*Elem. medicin. Introd.*) déclare qu'il se guérit de la goutte, inutilement combattue par les antiphlogistiques, en faisant usage du vin et de l'opium. Il traitait, comme il le dit lui-même, sa goutte *inter pocula*.

Sydenham, qui souffrait de cette maladie douloureuse, dit que rien ne lui réussit mieux qu'un vin généreux non acide, dont il prenait un verre de temps en temps, suivant le besoin. (*Op. med., de podagr. et hydrop.*, f. 1., p. 327).

Barthez, pour prévenir les accès, donnait le vin rouge après le dîner et à l'heure du sommeil.

Van Swieten, Hoffmann recommandent le vin non acide dans l'intervalle des paroxysmes de goutte chez les vieillards dont les les digestions sont languissantes.

Dans le diabète sucré, Celse, Arétée, Jérome Mercurialis, Sachs, Buchan, Sydenham, Pinel recommandaient un vin rouge astringent. M. le professeur Bouchardat a adopté cette pratique.

M. Nonat a employé avec succès le Bagnols-Saint-Raphaël, avec une alimentation corroborante, dans l'albuminurie, quand les symptômes réactionnels étaient tombés.

Dans la polydipsie, le professeur Natalis Guillot recommandait les ferrugineux et le vin de Bagnols-Saint-Raphaël.

Van Swieten (t. III, p. 517) donne du vin généreux dans l'hypocondrie avec débilité : « Quia nullum præstantius cardiacum habetur nec magis exhilarans, cum omnes curas silere faciat omnem mœrorem læniat. »

Liebig exprime avec verve comment on doit comprendre les effets utiles du vin : « Le vin n'est surpassé par aucun produit naturel ou factice, comme moyen de réconfortation, quand les forces de la vie sont épuisées; il anime et ravive les esprits dans les jours de tristesse; il corrige et compense les effets des perturbations de l'économie, à laquelle il sert même de préservatif contre les troubles passagers causés par la nature inorganique. »

Convalescence. — Après le potage, dit Hippocrate. (Hipp., *Des affections*), on donnera des aliments solides aux convalescents qui, par-dessus, boiront un vin corroborant.

« Vino utendum est omnibus quibus corpus refici debet, nisi febricitent; admodum enim attenuatos reficit. (Galien.)

Tous les médecins, depuis Hippocrate et Galien, ont préconisé le vin dans le traitement de la convalescence; les malades qui sont habitués à son usage trouveront dans le Bagnols-Saint-Raphaël un vin stimulant et chaud. C'est chez lui qu'on rencontre cette pondération de l'alcool et des acides, et les convalescents à digestions paresseuses s'en accommoderont mieux que du vin de quinquina.

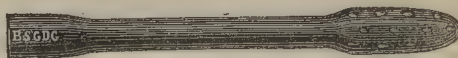
Pour les convalescents de nos hôpitaux, il est prescrit à la dose de 120 grammes, il constitue le meilleur cordial.

Terminons ces citations par un rapide résumé sur les propriétés thérapeutiques du vin, emprunté à la dix-neuvième édition du formulaire de M. Bouchardat. (*Formulaire magistral*, p. 179.)

« Pour l'usage ordinaire, les vins complets de France, convenablement étendus d'eau sont justement choisis; mais, pour les usages thérapeutiques, on préfère un vin naturel plus riche en tanin, A ce point de vue, aucun ne doit être placé au-dessus du Bagnols-Saint-Raphaël, qui depuis près de trente ans a remplacé avantageusement les vins d'Espagne dans les hôpitaux de Paris. On le prescrit dans les formes les plus variées de l'anémie, la chlorose, les anémies de la goutte chronique, de l'alimentation insuffisante ou mal réglée, de la grossesse, des fièvres intermittentes, de la vieillesse, etc; il est surtout efficace pour relever les forces abattues par une longue maladie et par les digestions laborieuses et difficiles. »

Des injections vaginales.

Frappé des défauts que présentaient jusqu'à ce jour les diverses canules employées pour les injections vaginales, M. le docteur Delioux de Savignac, dont on connaît les nombreuses et intéressantes recherches en thérapeutique, propose un nouveau modèle. La planche ci-jointe en donne tout d'abord une idée.



Droite, en gomme, souple, flexible, cette canule a une longueur totale de 20 centimètres : 15 pour le tube, 5 pour l'olive. Celle-ci, au au lieu d'être creuse, est à parois pleines et d'une certaine épaisseur; de telle façon que le canal intérieur, cylindrique, a un diamètre uniforme de 1 centimètre depuis son origine jusqu'à sa terminaison dans le renflement olivaire. L'olive est percée de vingt-quatre canalicules de 1 millimétre de diamètre, obliques de dedans en dehors et de bas en haut, qui aboutissent extérieurement à vingt-quatre trous disposés en quinconce sur six rangs latéraux. L'extrémité de l'olive est mousse, arrondie et imperforée.

Cette canule représente une pomme d'arrosoir dont l'alimentation est mathématiquement assurée par un tuyau dont la section intérieure est égale à la section totale des vingt-quatre orifices. Si elle est ajustée à un autre tuyau ayant également, sur toute sa longueur, 1 centimètre de diamètre, et si ce tuyau est adapté à une ouverture de même diamètre d'un récipient d'eau, tous les orifices de l'olive débitent chacun une égale quantité de liquide, avec une vitesse, avec une énergie en rapport avec la force du moyen de propulsion.

Les avantages de cette canule sont faciles à comprendre. Elle permet d'injecter à la fois dans les parties une quantité d'eau bien plus considérable, de l'étendre sur une plus grande surface qu'avec les canules ordinaires; en outre, elle fait jaillir cette eau avec plus de vigueur, de manière à rendre plus parfaits les soins de propreté ou plus efficaces les liquides médicamenteux; le jet de ces liquides, au lieu de percuter directement le museau de tanche, douche obliquement le pourtour du col et s'introduit mieux dans les sinus vagino-utérins, qu'il importe le plus de déterger des mucosités qui tendent à s'y amasser; l'injection, également lancée par tous les orifices, atteint toutes les portions de la muqueuse vaginale, la modifie et la nettoie aussi complétement qu'on peut le désirer.

Pour retirer de l'emploi de cette canule tous ses avantages, il faut apprendre à la femme comment s'en servir. La canule, enduite préalablement d'huile ou de glycérine, doit être présentée, tenue un peu au-dessous de l'olive, à la partie inférieure de l'ouverture vulvaire, puis introduite doucement en longeant la partie postérieure du vagin, jusqu'à ce que l'olive ait pénétré avec 2 ou 3 centimètres du tube; le corps de l'olive se trouve ainsi au centre du vagin, et son extrémité est dirigée vers le sinus utéro-vaginal postérieur. On fait alors agir l'instrument injecteur, en graduant sa force d'impulsion selon la sensibilité des parties, selon l'effet que l'on veut obtenir. On peut aussi avec cette canule, lorsque le cas l'indique, et en la plaçant au-devant de l'utérus, doucher parfaitement cet organe.

Toutes les femmes auxquelles M. le docteur Delioux de Savignac a fait adopter la nouvelle canule ont bientôt reconnu sa supériorité sur celles dont elles s'étaient servies jusque-là, elle se recommande d'autant plus que ce n'est pas seulement la matière de l'injection, mais encore la manière dont elle est faite qui en assurent l'efficacité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 novembre 1874 (1). — Présidence de M. Perrin.

DISCUSSION

M. Verneuil. J'ai écouté avec le plus grand soin la lecture de M. Ledentu, et je crois que son travail renferme la description d'une variété de tumeur du sein citée vaguement par Cruvelhier. Les cas analogues ne sont pas d'une extrême rareté et deux d'entre eux me sont restés très-présents dans la mémoire.

Le premier remonte à un certain nombre d'années, puisque je venais de terminer mon internat : je fus consulté par une dame d'une très-belle santé, d'un tempérament sanguin, âgée de quarante ans, pour un développement tout particulier des seins. La gorge avait la dureté de la pierre; elle était de plus le siége d'élancements douloureux et d'une extrême sensibilité, sans qu'il y eut pourtant trace de rougeur ou d'inflammation. Sans me rappeler exactement la constitution de cette dame, je me souviens pourtant d'avoir donné des soins à sa fille pour un rhumatisme, ce qui permettrait d'admettre l'existence dans cette famille de la diathèse rhumatismale. Je conseillai du repos, des bains, des émollients, et, au bout de quelques semaines, la turgescence disparut.

Il y a douze ans, je soignais pour une affection analogue, avec mon excellent ami Dechambre, une dame mexicaine ayant eu dix ou douze enfants et de fort belle apparence. Cette dame était essentiellement goutteuse et graveleuse, et nous la traitions par les alcalins sous toutes les formes. Elle me fit un jour mander à Neuilly, qu'elle habitait, pour un incident singulier. Cette dame, dont les mamelles étaient fortes comme celles de la plupart des créoles espagnoles et quelque peu tombantes, avait vu tout d'un coup son sein droit se gonfler, se durcir et présenter une sorte de véritable érection. La mamelle était tendue, luisante, et avait l'aspect, au point de vue de la turgescence, d'une pièce hydrotomisée. Le repos, les émollients, les cataplasmes eurent raison en quinze jours de cet état singulier. Deux ou trois jours après, apparut un œdème subaigu du bras, qui céda lui-même rapidement à la même médication.

J'insiste sur la relation possible à établir entre la turgescence mammaire et la constitution goutteuse ou rhumatisante; le tout coïncidant avec l'âge de quarante ans.

Enfin je soigne en ce moment une Américaine du Sud, originaire de l'Équateur, qui, il y a deux mois, a été prise d'une douleur violente de la mamelle et d'une augmentation de volume du même organe au moins d'un tiers en sus. Je suspendis le diagnostic, et je prescrivis le traitement émollient. Nous devions revoir la malade quinze jours après notre première visite, quand on vint nous avertir que tout avait disparu. Je revis la malade peu de temps après; elle n'avait plus, au centre de la glande, qu'un petit noyau induré. Le lendemain de cette seconde visite, gonflement énorme comme le premier jour, avec douleurs coexistantes dans les genoux. Cette malade est, du reste, essentiellement goutteuse. Aussi, tout en pensant qu'il est possible d'établir une corrélation intime entre ces trois cas, suis-je convaincu de la difficulté du classement de ces affections au point de vue de la nomenclature.

M. Ledentu. Je remercie M. Verneuil des additions qu'il a faites à ma communication; je ferai cependant observer que ma malade n'était ni goutteuse ni rhumatisante, ce qui éloigne beaucoup le rapport qui pourrait exister entre les cas cités par M. Verneuil et le mien; de plus, les accidents chez ses malades ont été brusques, presque instantanés, et rappellent absolument les accès de goutte. Dans mon cas, le développement s'est fait avec une certaine lenteur, et de plus il y avait de l'adénite. S'il n'y avait eu ni rougeur ni adénite, on pourrait rapporter le cas aux engorgements diffus généralisés de Velpeau. Et comme Velpeau déclare que, dans cette affection, il y a presque toujours coexistence de maladies internes, je serais tenté de faire rentrer dans cette catégorie les malades de M. Verneuil, toutes goutteuses ou rhumatisantes; mais je demeure embarrassé pour classer l'affection dont j'ai décrit les caractères avec absence de diathèse; un âge plus avancé que la ménopause, et surtout cette rougeur sombre compliquée d'induration et d'adénite du voisinage. Je pense qu'il y aurait intérêt à rassembler un certain nombre de faits de ce genre.

M. Verneuil. J'ai surtout pris la parole pour faire ressortir l'intérêt qui doit s'attacher à la communication de notre collègue. Je conviens qu'entre les faits que j'ai cités et le sien il y a de la dissemblance. Il serait très-heureux qu'on pût faire partir de la Société de chirurgie une description exacte de ces faits bizarres de tuméfaction rapide et guérissable des mamelles. Je consens à classer les faits observés par moi dans la catégorie des engorgements diffus généralisés de Velpeau; mais je ne puis m'empêcher de trouver bien du vague dans cette appellation, et je crois qu'une plus grande précision serait désirable.

RAPPORT

Procédé d'Esmarck. — M. Lannelongue lit le rapport suivant sur le mémoire de M. Chauvel.

Messieurs, à l'occasion d'une communication de M. Le Fort sur un cas de résection du coude par le procédé d'Esmarck, chez un malade qui a supporté cette opération sans en ressentir de douleur, M. le docteur Chauvel, agrégé au Val-de-Grâce, est venu vous apporter les résultats que lui a donnés l'expérimentation de la nouvelle méthode, faite justement en vue d'éclairer ce point encore obscur de l'insensibilité qu'amène la compression élastique sur les parties où elle est appliquée. Vous avez chargé une commission dont je suis le rapporteur, composée de MM. Demarquay, Le Fort et Lannelongue, d'examiner son mémoire, qui a pour titre : *Note sur l'emploi de l'appareil à compression élastique d'Esmark, comme moyen d'obtenir l'insensibilité locale.* Au premier abord, un pareil résultat, s'il est vrai qu'on l'obtienne, est une séduction de plus à ajouter aux avantages déjà si grands qu'on retire du procédé d'Esmark. Pratiquer, en effet, une opération ou légère ou plus considérable, sans affaiblir par perte de sang la santé de celui qui la supporte, en donnant même en supplément à l'économie celui de la partie qu'on va enlever et trouver cette partie froide et insensible, sans révolte contre celui qui la blesse, n'est-ce pas réaliser d'un seul jet une de ces heureuses conceptions qui ont valu à la nouvelle méthode d'être déjà très-répandue à l'aube de son apparition. Ainsi peut s'expliquer le peu de discussions élevées à son sujet; mais aussi la rareté des publications qui la concernent, nous impose-t-elle le devoir d'accueillir avec la plus grande faveur tout travail qui se propose ou d'y ajouter une donnée nouvelle ou d'en dévoiler quelque secret.

Le but qu'a poursuivi M. Chauvel est large; il s'est proposé d'étudier les effets physiologiques de la compression élastique, c'est-à-dire : son influence sur la circulation et plus particulièrement sur la tension artérielle; son influence sur la respiration dans les cas où l'ischémie étendue à un membre entier amène une réplétion relativement plus considérable dans tout l'appareil circulatoire; et enfin les phénomènes locaux déterminés par l'absence de circulation, dans la partie anémiée, température, motilité, sensibilité. Mais M. Chauvel ne nous a communiqué de son œuvre que ses recherches sur la sensibilité, ce qui limite la discussion au domaine ainsi tracé.

Son mémoire comprend deux parties. L'une, de pure expérimentation, prise sur l'homme sain, sur lui-même le plus souvent, manière quelquefois avantageuse, toujours honorable, mais que remplit souvent de dangers l'illusion bien difficilement séparable du but que l'on poursuit. La seconde partie touche directement à la pratique de notre art; elle repose sur trois observations où l'on a pu contrôler les résultats donnés par les expérimentations.

Dans la partie expérimentale, où l'interprétation était difficile, M. Chauvel a cherché à éviter toute cause d'erreur : pour cela, il a d'abord pris la mesure de la sensibilité normale; puis, appliquant la compression élastique qu'il maintient pendant un certain temps, il procéda en suivant la même méthode à la reconnaissance de l'état dans lequel se trouve cette même sensibilité. Quinze expériences ont été ainsi faites : 12 sur le membre inférieur, 3 sur le membre supérieur. Un seul des sujets expérimentés a été réfractaire; chez tous les autres, il

(1) Fin. — Voir le numéro du 5 décembre.

a constaté une diminution de la sensibilité. Mais il importe que les conclusions de l'auteur soient fidèlement reproduites, je cite textuellement les plus saillantes, etc. L'anesthésie n'est jamais immédiate, elle ne se développe qu'après un temps variable de cinq à quinze ou vingt minutes. L'insensibilité paraît plus vite au membre supérieur qu'au membre inférieur; le degré de constriction du membre par la bande et surtout par le tube de caoutchouc appliqué à la racine, a beaucoup d'influence sur le développement lent et rapide, et sur le degré de l'anesthésie locale.

L'insensibilité apparaît tout d'abord dans les parties les plus éloignées du tronc et n'atteint que progressivement les régions supérieures; c'est aussi dans les extrémités qu'elle se montre au degré le plus élevé.

Enfin, dans tous les cas, sauf ceux où la sensibilité semble être demeurée normale, il y a une anesthésie évidente, mais presque toujours incomplète. »

Cette dernière conclusion, relative à la sensibilité tactile, est évidemment la plus importante, elle établit que l'insensibilité n'a jamais existé. N'est-on pas alors naturellement conduit à se demander dans quelle étendue a diminué la sensibilité, ou ce qui me paraît identique, par quel moyen a-t-on constaté la différence signalée. M. Chauvel s'est servi, dans ses expériences, du procédé qu'emploient les physiologistes pour comparer le degré de sensibilité des diverses parties du corps. Avant d'appliquer la bande élastique, il mesure aux doigts, aux orteils, à la jambe, etc., la distance minimum qui sépare les deux pointes du compas, donnant la notion de deux contacts. La partie rendue anémique, répétant la même expérience aux mêmes endroits, M. Chauvel a-t-il obtenu une différence en plus dans la longueur de la ligne d'écart? Cela est probable, cela est certain même d'après les conclusions formulées. Disons, toutefois, que M. Chauvel a négligé de l'indiquer et de nous donner des résultats comme un chiffre, par exemple, qui eussent immédiatement frappé l'esprit de son lecteur. En un mot, des deux points sentis avant l'épreuve, il n'y aurait plus qu'une seule sensation traduite pendant la période ischémique, ou en d'autres termes, la sphère d'activité d'un certain nombre de filets nerveux terminaux ou de leurs cellules ganglionnaires ne s'exercerait plus ou s'exercerait dans un champ moins étendu.

Si M. Chauvel n'a pas, dans son mémoire, rendu sa pensée sous cette forme que je crois plus saisissable, elle ressort cependant de la lecture de la thèse de M. Soulié qui contient le récit des expériences de M. Chauvel. Ainsi le patient a perdu dans la partie anémique la notion du contact des deux points qu'il avait auparavant. Faut-il conclure de là qu'un certain nombre de points sont devenus insensibles? Bien certainement non, car si l'on vient à toucher isolément chacun de ces points, la notion du contact est réelle et immédiate. On ne peut donc pas dire qu'il y a insensibilité d'une surface quelconque du tégument, tout au plus est-il permis d'avancer qu'une zone, dans laquelle on recherche, par deux ou plusieurs attouchements, l'état de la sensibilité, fournira les notions moins précises, moins nettes, comme s'il existait quelques lacunes dans les voies de transmission par exemple.

Telle est, relativement à la sensibilité tactile, la manière sous laquelle on peut concevoir les modifications survenues.

Soit que l'on considère la douleur comme une forme de la sensibilité ou comme une de ses manifestations troublées, comme elle est un élément constant de nos opérations, il importait au plus haut degré de constater les modifications qu'elle a pu subir. Qu'est devenue la douleur dans la partie anémiée? Existe-t-elle avec la même intensité, ne serait-elle pas accrue ou au contraire, et cela suffirait pleinement à nos besoins d'anesthésie chirurgicale, ne la trouvera-t-on pas éteinte?

Voici comment s'exprime M. Chauvel à ce sujet : « L'impression à la douleur est la plus rapidement affaiblie, et l'analgésie est le phénomène le plus marqué et le plus saillant. La sensation du contact persiste davantage, et nous en étions venus à nous demander si l'analgésie apparente ne provenait pas du peu d'intensité des impressions douloureuses qu'il nous était permis d'utiliser chez nos sujets ».

Comme on le voit, cette dernière phrase de la citation est un peu en désaccord avec celle qui la précède immédiatement, et c'est en définitive par un doute prudent et réservé que se trouve formulé le jugement de M. Chauvel. Ce doute m'a gagné et me possède entièrement, car si la sensibilité tactile n'est pas éteinte, pourquoi la sensibilité à la piqûre, c'est-à-dire la douleur, le serait-elle? Mais il faut noter que M. Chauvel ne paraît avoir expérimenté que sur la peau. Est-ce que la douleur n'affecte pas, avec une intensité peut-être aussi égale, les parties plus profondes. On répète beaucoup, il est vrai, que dans les opérations la section de la peau est la plus douloureuse; cela est exact, ce premier temps est, pour bien des motifs, un des plus pénibles; l'est-il davantage que les autres temps qui intéressent les parties plus profondes? je l'ignore. Mais si, sur ce point, on ne peut établir de comparaison, il est certainement vrai de dire que sont plus douloureuses que la section de la peau celles des filets nerveux d'une certaine importance; celles-ci ou simplement leur piqûre, leur pincement donnent lieu à ces douleurs extrêmes, suivies de ces secousses, de ces émotions douloureuses même qui jettent les malades dans un état d'accablement profond.

Or si telle est la douleur opératoire, les expériences instituées par M. Chauvel n'établissent pas suffisamment qu'elle a subi de profondes modifications. C'est pourquoi la seconde partie de ce mémoire, purement clinique, devait offrir à mes yeux le plus grand intérêt, et je l'aborde maintenant avec la pensée d'y trouver une réponse plus catégorique.

Trois observations en constituent le fond. Deux d'entre elles sont deux cas d'ongle incarné; dans la première, le chirurgien, après avoir appliqué la compression élastique, introduit, sans aller jusqu'à la matrice, une lame d'un fort ciseau ; une bande de l'ongle de 6 millimètres de largeur est coupée, puis arrachée. Le malade affirme que la souffrance a été faible. Dans la seconde, les débris de l'ongle, car cet ongle avait subi des ravages de l'ancienneté de son mal, sont enlevés sans que le malade témoigne une douleur bien vive; je dois ajouter qu'il a supporté ensuite également sans souffrance douze minutes d'application d'une couche de pâte de Vienne sur la matrice de l'ongle. Ces deux observations sont-elles suffisantes pour établir que désormais l'insensibilité opératoire sera réalisée par la compression? Je ne le pense pas; que l'on veuille bien tenir compte de l'exiguïté de ces opérations, de leur courte durée, de ce qu'il y a de variable individuellement dans l'expression douloureuse accusée par les malades, et même des différences qui se tirent du rapprochement d'un certain nombre d'ongles incarnés, et qu'à cela on ajoute que l'insensibilité n'existait pas dans les deux observations précédentes, et je pense que j'aurai suffisamment justifié mes doutes.

Trouve-t-on, dans la troisième observation, des garanties meilleures en faveur du procédé? Ce n'est pas mon avis. Depuis longtemps, un militaire se plaint de douleurs irrégulières, il simule très-probablement une sciatique, et, par suite, il a été naturellement réfractaire à la thérapeutique la plus nombreuse et la plus variée. M. Chauvel lui pratique la cautérisation ponctuée, qui réveille des douleurs très-vives à la cuisse près du lien constricteur, beaucoup moins à la jambe; la brûlure est également ressentie à la face dorsale du pied. Ce n'est qu'à la pulpe du gros orteil que l'application du fer rouge ne produit pas de douleur, à moins qu'elle ne soit prolongée un certain temps et qu'on n'appuie assez fortement. Est-ce bien là une anesthésie complète? Je me hâte d'ajouter que tout est à craindre dans les révélations d'un individu qui simule.

Ainsi ces faits ne me paraissent pas concluants, et si je voulais plaider la cause contraire, je pourrais à mon tour citer nombre de faits, invoquer l'autorité de quelques-uns de nos collègues, où le procédé a été infidèle sur ce point, et y ajouter même quelques exemples qui me sont personnels: celui-ci, d'un amputé de cuisse, par exemple, qui ne tenant pas à être endormi, a souffert considérablement pendant toute l'opération. Mais je ne veux pas entrer dans cette voie, me bornant à dire que je trouve, dans la persistance de la sensibilité tactile et à la douleur, une garantie de plus en faveur du procédé d'Esmarck.

Si l'on recherche, en effet, les modifications que peut entraîner ce procédé, on remarque qu'il agit d'abord sur la circulation artérielle qu'il interrompt complétement. Or, en privant une partie de l'économie de l'abord de tout sang artériel, en la plaçant dans un état d'ischémie totale, modifie-t-on au point de l'éteindre la sensibilité de cette partie? Je pourrais citer comme preuves du contraire les faits

pris sur l'homme de ligatures de l'artère principale d'un membre de l'aorte même, où l'on n'a constaté aucune différence dans le premier cas, et seulement une sensibilité plus imparfaite dans le second. Mais encore ces exemples ne sont-ils pas assez satisfaisants, parce qu'on n'a pas recherché la sensibilité profonde, parce qu'on s'est borné à l'examen de la surface de la peau! Aussi convient-il de rappeler les les expériences plus concluantes de Longet, qui les résume en ces termes. « Dans ces expériences, au nombre de cinq, cinq ligatures de l'aorte chez des chiens, la sensibilité des membres abdominaux n'a jamais été abolie; le pincement du nerf sciatique et de ses branches m'a paru à peu près aussi douloureux que dans l'état normal. »

Il est vrai que le procédé d'Esmarck ne se borne pas à produire l'ischémie, il rend la partie anémique à l'extrême; cependant il ne la prive pas complétement de tout le sang veineux qu'elle renferme, ainsi que l'atteste la coloration rouge de la plupart des tissus. La compression élastique n'est-elle pas d'ailleurs absolument inefficace pour chasser le sang compris dans les diverses pièces du squelette dont se compose un membre. Peut-être aussi pourrait-on réclamer une exception pour les nerfs dont la circulation se fait par de longues arcades anatomiques, dont les origines dans les nerfs importants se trouvent près des origines de ces mêmes nerfs, c'est-à-dire à une place où la compression ne peut être exercée.

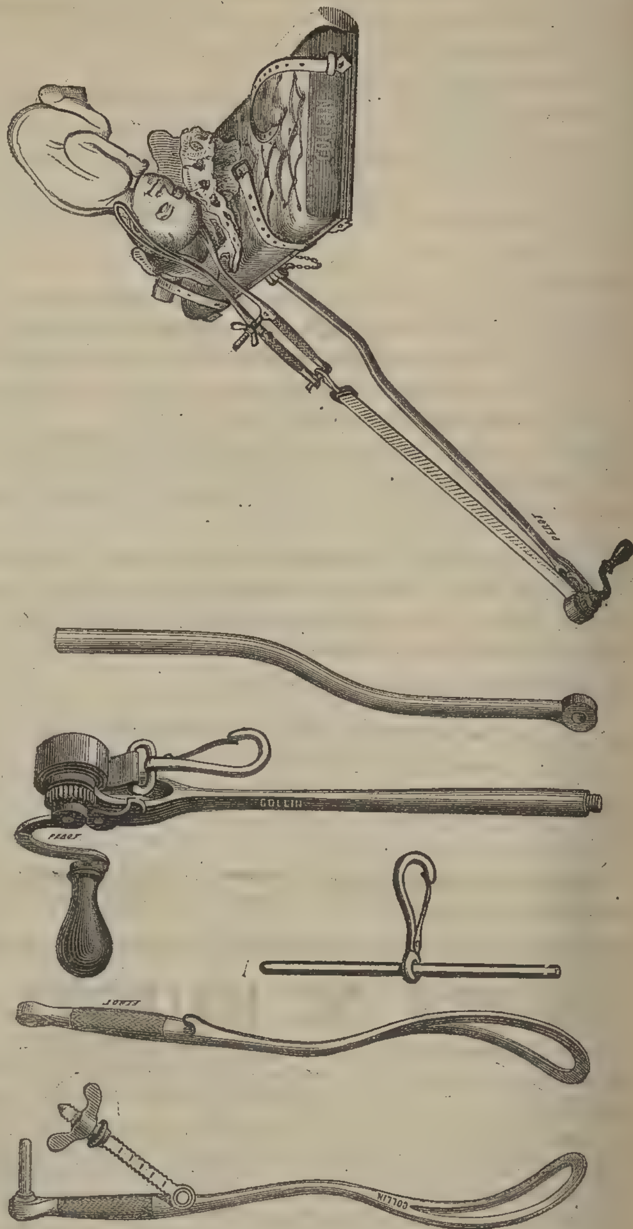
Aussi pourrait-on invoquer en faveur de ces dernières circonstances, pour expliquer la persistance des fonctions nerveuses, s'il était démontré que la suspension de toute circulation dans un nerf, pendant un temps assez court pour que la nutrition du nerf n'en soit pas troublée, supprime les propriétés physiologiques de ce nerf. Mais il n'est pas à dire pour cela que la sensibilité ne reçoit aucune modification pendant l'épreuve compressive des membres, et je dois signaler les expériences fructueuses faites dernièrement par Laborde : « Lorsque, dit-il, sur un chien bien portant, on applique solidement une bande de tissu élastique sur l'un des membres postérieurs, et que, selon la méthode d'Esmarck, on maintint le refoulement complet du sang à l'aide d'un tube en caoutchouc, voici ce que l'on observe au point de vue de la sensibilité. Immédiatement après l'application du bandage, la piqûre, le pincement, la brûlure ne donnent lieu à aucune réaction motrice ou subjective, traduisant une manifestation douloureuse. Le pincement énergique de la matrice unguéale, qui est particulièrement douloureuse chez les chiens, ne provoque aucune sensation apparente. Si quelques filets nerveux d'une des deux branches du sciatique ont été mis à nu et qu'on les pince, il n'y a pas de sensation réactionnelle. »

M. Laborde a constaté, de plus, que cette période anesthésique ne dépassait guère en moyenne trois minutes, et qu'elle était constante. Il lui succède une phase nouvelle, dans laquelle la sensibilité reprend son taux à peu près normal, qui ne dure guère non plus que deux à trois minutes. Et à son tour, celle-ci est suivie d'une période hyperesthésique très-caractérisée, qui se continue avec exacerbation et qui a sa plus grande intensité vers la huitième ou la neuvième minute.

De ces expériences, il semblerait résulter qu'on doit choisir la période initiale d'anesthésie, pour éviter la douleur opératoire; mais sa courte durée et l'hyperesthésie qui lui succèdent n'offrent que bien peu de garanties pour la plupart des opérations. Au surplus, jusqu'à quel degré chez l'homme a-t-on obtenu une période anesthésique parfaite? Sur ce point, on ne trouve guère dans les faits publiés jusqu'ici que beaucoup de contradictions. Peut-être faut-il en chercher la raison dans le degré plus ou moins grand de constriction exercée circulairement à la racine du membre; et si quelques chirurgiens, M. Demarquay entre autres, ont pu constater que cette constriction n'est pas douloureuse, qu'il me soit permis de dire que la sensation qu'elle procure est plus voisine de la douleur que de l'agréable. Je terminerai donc en pensant que, chez l'homme, le procédé d'Esmarck amène une perturbation dans la sensibilité du membre sur lequel on a fait la compression, perturbation que le degré de constriction exercé par le tube en caoutchouc, joint au siége où ce tube est placé, ne permettent d'apprécier que très-imparfaitement.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. PROS présente une série d'appareils destinés à faciliter l'application du forceps aux tractions continues (commission : MM. Guéniot, Blot, Polaillon).



PRÉSENTATION DE MALADES

M. MARC SÉE présente une jeune fille à laquelle il a pratiqué la résection du coude.

La malade, âgée de quatorze ans, était atteinte depuis quatre ans d'une tumeur blanche du coude droit. Une suppuration abondante et fétide avait épuisé cette jeune fille, à laquelle on avait proposé à plusieurs reprises l'amputation du bras.

M. Sée pratiqua, le 4 février 1874, la résection du coude, suivant la méthode de M. Ollier, et enleva près de 5 centimètres de l'humérus et environ 3 centimètres des os de l'avant-bras. Une rondelle osseuse de chacun des os du coude fut éliminée consécutivement.

La malade ne perdit pour ainsi dire pas de sang, grâce à la compression par la méthode d'Esmarch, et à un pansement un peu compressif appliqué avant l'ablation de la bande élastique. Aucune ligature ne fut faite. Le membre fut maintenu dans la demi-flexion et dans une immobilité complète au moyen d'une gouttière en gutta-percha moulée préalablement sur le membre sain.

La suppuration fut assez longue et ne se tarit qu'après l'expulsion de plusieurs séquestres, dont un formant une rondelle osseuse complète.

Lorsque la cicatrisation fut achevée, la malade, dont l'état général s'était déjà considérablement amélioré, fut envoyée à Berck le 23 mai dernier.

Elle en est revenue le 10 novembre, très-bien portante. Le coude est solidement cicatrisé. Les mouvements de l'avant-bras sur le bras sont très-faciles; la flexion se fait avec assez de force.

L'extension est purement passive et ne peut aller jusqu'à placer l'avant-bras sur la ligne du bras.

Il n'existe point d'articulation proprement dite : les os du bras et de l'avant-bras ne paraissent point retomber directement et sont susceptibles de faibles déplacements dans le sens antéro-postérieur et dans le sens latéral. La reproduction des os ne s'est faite que partiellement, et il n'y a rien qui ressemble à des surfaces articulaires. Cependant la malade se sert de son membre pour tous les usages habituels.

M. MARJOLIN. Je ferai remarquer l'extrême différence du pronostic entre les résections du membre supérieur et celles du membre inférieur. Cela tient à ce qu'après des opérations aussi graves que les résections, le mieux qu'on puisse ordonner est de faire sortir les malades le plus tôt possible, conditions impossibles à réaliser à la suite des résections du cou-de-pied, du genou et de la hanche.

Pour moi, j'ai presque constamment obtenu des résultats déplorables à la suite des résections du membre inférieur, et je suis convaincu qu'il faut en attribuer la cause à l'impossibilité de faire sortir les opérés.

M. SÉE. Je n'ai jamais fait de résection du genou. J'en ai pratiqué une de la hanche, et le résultat a été fâcheux. Aussi, quelque encourageante que soit la statistique qui nous vient de l'étranger, suis-je à peu près décidé à renoncer à cette opération.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La proposition de notre honoré confrère le docteur Théophile Roussel, relative à la protection des enfants du premier âge, et en particulier des nourrissons, vient de subir l'épreuve de la première délibération. L'Assemblée nationale a décidé qu'elle passerait à une seconde délibération.

— Le banquet annuel des internes en pharmacie des hôpitaux de Paris aura lieu le mardi 15 décembre prochain chez Véfour-Tavernier (Palais-Royal), à six heures du soir.

— La Société de chirurgie tiendra sa prochaine séance le 16 décembre 1874.

Ordre du jour : M. Trélat. Extraction du calcanéum. — M. Blot. Rapport sur le prix Laborie.

— La Société de médecine légale de France, *reconnue comme établissement d'utilité publique,* tiendra dorénavant ses séances au Palais de justice, dans le local de la 5e chambre du tribunal civil.

Ordre du jour de la séance du lundi 14 décembre 1874. — Élections pour le renouvellement du bureau. — Rapport de M. Paul Horteloup sur un cas de transmission de la syphilis. — Discussion sur la responsabilité des actes criminels commis par les épileptiques. — Communications diverses par MM. Brierre de Boismont, Hallé, Roucher, Leblond.

— M. le docteur Fort commencera, le lundi 14 décembre, un cours particulier d'anatomie qui durera trois mois. S'adresser pour les renseignements chez M. Fort, 21, rue Jacob, tous les matins.

— M. le docteur Carré commencera ses conférences sur la réfraction et l'accommodation de l'œil, mardi 15 décembre, à une heure et demie, à sa clinique, rue Saint-André des Arts, n° 41, et les continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

MM. les élèves sont exercés au maniement de l'ophthalmoscope, et aux principales opérations qui se pratiquent sur l'œil.

— M. le docteur C. Miot recommencera son cours clinique sur les maladies des oreilles, le dimanche 13 décembre, à neuf heures, rue Larrey, n° 1, et le continuera les dimanches suivants.

— *Erratum.* — Page 1137, première colonne, ligne 23, *au lieu de :* en ce moment, *lisez :* en un moment. — Même page, deuxième colonne, ligne 27, *au lieu de :* à la critique, à l'expérimentation, *lisez :* à la critique, à l'observation, à l'expérimentation...

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 145. — MARDI 15 DÉCEMBRE 1874. 47e ANNÉE. MARDI 15 DÉCEMBRE 1874. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 14 décembre 1874.

L'Assemblée nationale devant passer prochainement à une seconde délibération sur le projet de loi relatif à la liberté de l'enseignement supérieur, il nous a paru que la *Gazette* ne pouvait rester indifférente à un projet de réforme qui intéresse à un si haut point l'avenir de l'enseignement médical dans notre pays. Ce n'est pas la première fois d'ailleurs qu'elle aura eu à exprimer son opinion sur le fond même de la question. Sans rappeler tout ce qui a été dit sur ce sujet à l'époque du projet de loi présenté aux assemblées politiques dans les dernières années du règne de Louis-Philippe, la *Gazette* a eu plusieurs fois l'occasion, depuis, de faire des vœux pour l'application du principe de la liberté de l'enseignement supérieur. Elle ne peut voir, par conséquent, qu'avec satisfaction la réalisation prochaine de ses vœux et de ses espérances. Les objections qui ont été faites à l'Assemblée contre le principe et l'ensemble du projet et les motifs qui ont été invoqués, de part et d'autre, avec une égale inconséquence, par l'opposition comme par la revendication, n'ont pas modifié notre manière de voir à cet égard. Mais si nous désirons la liberté de l'enseignement en ce qui touche particulièrement à la médecine, si nous croyons à l'utilité et à l'efficacité d'une libre concurrence faite à l'enseignement officiel et au bénéfice que la science elle-même tirera de cette émulation, c'est à la condition de la séparation des attributions du professorat proprement dit et du droit d'examen et de collation des grades.

L'idée de la création d'un jury d'examen pris, en partie du moins, sinon en totalité, en dehors du corps enseignant lui-même, n'est pas nouvelle; elle compte depuis longtemps en sa faveur l'exemple de la plus heureuse application dans plusieurs des grands établissements de l'État; elle est le complément nécessaire et logique de la liberté et de la multiplication des foyers d'enseignement. Plus la liberté d'enseigner serait large, sans autres limites que celles qu'entraîne l'observation des lois d'ordre public et de morale, plus aussi s'imposerait la nécessité d'un contrôle sérieux dans les actes probatoires. Or qui ne voit combien ce contrôle serait illusoire dans le système qui accorderait indistinctement à toute faculté libre comme à toute faculté de l'État, le droit de conférer les titres? N'est-on pas également frappé des inconvénients d'une autre sorte qui pourraient résulter du maintien, en présence du nouvel ordre de choses, du droit exclusif d'examen par les facultés officielles? Un jury d'État placé au-dessus ou en dehors de tout établissement d'enseignement, qu'il soit officiel ou qu'il soit libre, nous paraît le seul moyen de donner toutes les garanties exigibles.

Quant aux difficultés que la commission paraît trouver dans la constitution de ces jurys pris en dehors des corps enseignants, nous croyons qu'elles ne sont pas insurmontables et qu'on parviendrait, sans trop de difficultés, à concilier tous les intérêts en adoptant le système de jurys mixtes, dont pourraient faire partie les membres des corps enseignants pour une certaine proportion, et particulièrement pour certaines parties des sciences médicales qu'on présumerait pouvoir être difficilement représentées en dehors du professorat.

Nous appelons particulièrement sur ce point du débat à intervenir l'attention de ceux de nos confrères plus spécialement chargés des intérêts de notre profession auprès de l'Assemblée.

Dr BROCHIN.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Mémoire sur l'intervention des forces physico-chimiques dans les phénomènes de la vie. — Tel est le sujet sur lequel M. Becquerel a entretenu l'Académie. Beau titre et beau sujet. Cependant M. Becquerel s'est limité dans son sujet, pour cette fois, et il n'a prétendu s'occuper que des *forces électro-capillaires* se produisant dans les deux sangs et dans les différents liquides de l'organisme.

« Les forces électro-capillaires, dit M. Becquerel, sont peut-être celles des forces physico-chimiques qui exercent le plus d'influence sur les fonctions organiques. Ces forces, qui consistent en courants électro-capillaires, n'exigent pour leur production que des tissus perméables séparant deux liquides de nature différente, et trouvant dans l'organisme les conditions nécessaires pour leur production..... Il suffit du galvanomètre pour connaître leur existence et leur direction. »

Les conditions qui précèdent, M. Becquerel les a trouvées réunies dans le système artériel et veineux, et, avec l'aide de M. Dastre, préparateur de M. Cl. Bernard au Collège de France, il a opéré ainsi qu'il suit :

Après avoir introduit un tube en T dans la carotide et dans

la veine jugulaire d'un chien vivant, mais sous l'influence du chloroforme, M. Becquerel a introduit dans la branche verticale de chaque tube une électrode formée d'une mince lame de platine roulée en spirale, dépolarisée avec soin. Puis il a mis les deux électrodes en relation avec un galvanomètre, et il a opéré par la méthode dite d'opposition. Cette méthode consiste à opposer au courant dont on cherche l'intensité un autre courant provenant d'une pile connue jusqu'à ce que l'aiguille aimantée du galvanomètre ne soit plus déviée ; le nombre de couples employés dans la pile représente l'intensité du courant.

Ici la pile employée a été celle à sulfate de cadmium.

Dans trois expériences, M. Becquerel a obtenu les forces électro-motrices suivantes, rapportées à celles du couple à cadmium valant 100.

	Forces électro-motrices.
Sang de la carotide. . . +	
Sang de la jugulaire . . —	21 — 22 .... 33 — 43 .... 28 — 32

On remarquera que, dans ces expériences, le sang artériel est négatif au lieu d'être positif, comme l'avait annoncé M. Scoutetten. M. Becquerel attribue l'erreur de M. Scoutetten aux vices de la méthode que cet honorable chirurgien avait employée.

Avec des sangs défibrinés, les résultats ont été tout à fait différents : les forces électro-motrices ont été moindres et ont présenté entre elles peu de différence :

Sang artériel. . . +	10 — 8 — 8 — 10.
Sang veineux. . . —	

De plus, le sang artériel était positif et le sang veineux négatif.

M. Becquerel, considérant que la couche liquide infiniment mince qui adhère aux parois des muscles par action capillaire, se comporte comme une lame métallique dans la décomposition électro-chimique, a eu l'idée de déterminer la nature et l'intensité du courant de cette couche liquide. Mais, ne pouvant mettre directement en contact chacun des deux sangs avec le liquide qui est exsudé des muscles, il a cru pouvoir remplacer ce liquide par de l'eau distillée. Dans cette nouvelle expérience, il a obtenu :

Sang artériel —	67.	Sang veineux —	47.
Eau . . . . . +		Eau . . . . . +	

La différence entre ces deux résultats est de 20.

Les deux sangs, mis en rapport avec les divers liquides de l'organisme et autres, ont toujours présenté l'état négatif par rapport aux liquides. M. Becquerel en conclut — un peu facilement selon nous, — qu'il doit en être de même dans le contact du sang artériel des capillaires avec le liquide exsudé des muscles.

« Il résulte donc, dit M. Becquerel, d'après les résultats obtenus dans les recherches relatives aux effets chimiques produits par les actions combinées des courants de la pile, dans deux dissolutions séparées par un tissu perméable, et dont il a été parlé dans le mémoire précédent, que de semblables effets doivent être produits dans les corps organisés traversés par des courants continus. Ces effets doivent être pris en considération dans les applications de l'électricité à la thérapeutique; car, suivant le sens du courant de la pile, le courant électro-capillaire tend à oxyder ou à réduire le sang, et des effets contraires sont produits sur les liquides adhérents aux parois; il doit donc en résulter des effets chimiques extrêmement complexes, dont l'étude présente les plus grandes difficultés. »

Le talent et l'expérience de M. Becquerel sont tellement au-dessous de toute atteinte, que nous nous sentons tout à l'aise pour lui adresser quelques modestes observations sur la communication qui précède.

Rien n'est plus formel que l'existence de courants électriques dans l'organisme, et rien n'est plus facile à prouver.

L'existence des courants *électro-capillaires* ne nous paraît point douteux non plus. Mais ces divers courants sont-ils cause ou effet? M. Becquerel les considère comme des *forces actives* et très-actives puisque, selon lui, elles exercent « la plus grande influence sur les *fonctions organiques* ». De cette influence, nous n'en connaissons absolument rien, et M. Becquerel avoue lui-même que, de ces forces, on ne connaît que leur action sur le galvanomètre et nullement les produits qui résultent de leur action sur l'organisme. Cet aveu, échappé sans doute, tempère un peu l'enthousiasme à l'endroit des forces physico-chimiques et réduit de beaucoup leur influence.

Quant à nous, nous ne pensons pas que les courants électriques aient une grande influence, non pas sur les *fonctions organiques*, comme dit M. Becquerel, mais sur la *nutrition* des tissus. Nous croyons que, analogue à la chaleur animale quant à son mode de production, l'électricité qui se développe dans nos tissus est le résultat des actions physico-chimiques de la vie. Nous croyons encore que l'électricité ne se trouve jamais en *quantité* ou en *tension* telle qu'elle puisse produire des phénomènes appréciables sur la constitution intime des tissus. Nous croyons enfin que, toujours analogue à la chaleur, l'électricité animale se maintient, dans les conditions normales, dans une sorte d'état d'équilibre avec l'électricité atmosphérique.

Le corps vivant a besoin d'une certaine quantité d'électricité comme il a besoin d'une certaine quantité de calorique. Mais, de même que la chaleur se borne à fournir aux actes de la vie certaines conditions favorables sans jouer le rôle de *force active*, de même l'électricité se présente à nous comme une des conditions nécessaires au maintien de la vie normale.

Par conséquent, nous ne sommes pas étonné que M. Becquerel n'ait pas encore trouvé dans l'organisme « les produits de l'électricité ». Nous avons la ferme conviction qu'on ne trouvera jamais rien dans cette voie, et que tout se bornera à constater la nature et l'intensité des divers courants par l'intermédiaire de leur action sur le galvanomètre.

Dr Édouard FOURNIÉ.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Ostéite à forme névralgique.

(Leçon recueillie par M. J. SOURRIS, élève du service de santé militaire.)

Messieurs, au nº 16 de la salle des femmes, nous avons une malade qui nous offre l'exemple d'une forme d'ostéite présentant dans la pratique beaucoup de difficultés pour le pronostic et pour le traitement. Les antécédents sont simples : elle est d'un tempérament lymphatique, un peu scrofuleuse, et dans son enfance elle a eu des abcès autour du genou. Comme ces renseignements nous viennent d'elle, je serais porté à croire qu'elle a eu une tumeur blanche du genou avec des abcès autour; le tibia était en même temps malade, et depuis il est resté un peu plus volumineux qu'il ne l'était auparavant. Notre malade ne souffrait plus, lorsque, dans le courant du mois de mai dernier, elle a ressenti de nouvelles douleurs, qui ont eu

pour caractère d'être spontanées. Elles sont peut-être survenues à la suite d'un refroidissement ou de toute autre cause, mais le point capital est qu'elles ne sont point venues à la suite de coups.

J'ai constaté à son entrée des symptômes physiques et des symptômes fonctionnels. Comme symptômes physiques, un gonflement appréciable du tibia, dont la face interne est sensiblement développée par rapport à la face interne du tibia opposé. L'augmentation de volume observée est due à cette augmentation persistante que nous appelons l'hypertrophie des os ou hyperostose, et qui est la conséquence des ostéites des os longs. Les symptômes fonctionnels dominent : douleurs à la pression, douleurs dans les mouvements et douleurs spontanées, tout à fait en désaccord avec cette légère augmentation de volume. On ne pouvait toucher la face interne du tibia et son bord antérieur sans provoquer des douleurs si vives, que je me suis demandé si ces douleurs avaient leur siége dans la peau. Mais en promenant mon doigt sur la peau, sans exercer aucune pression, j'ai constaté que je n'éveillais pas ces douleurs tant que la pression n'était pas assez forte pour comprimer le périoste.

Ce qui a été très-remarquable chez cette femme, c'est qu'avec une hyperostose *sans rougeur, sans chaleur, et sans empâtement, du tissu cellulaire*, elle avait une ostéite aussi douloureuse que celles qui marchent vers la suppuration. Ce qui a été aussi caractéristique, c'est la résistance de ces douleurs aux moyens thérapeutiques employés : opium, chloral, etc... M. Périer, au moment où il me remplaçait dans le service, a même fait usage de cautérisations au fer rouge, qui ont paru calmer un peu les douleurs de notre malade.

En présence de ces phénomènes : peu de symptômes physiques et douleurs excessives, nous pouvions nous demander si nous étions en présence d'une ostéite marchant ou ne marchant pas vers la suppuration et siégeant dans le canal médullaire. Il est certain que certains sujets atteints d'inflammation dans le canal médullaire présentaient ce caractère : douleurs très-vives et absence de symptômes; mais, chez eux, on n'a eu de diagnostic certain qu'après avoir perforé l'os et retiré un peu de pus du canal médullaire. Dans le cas que nous étudions, j'ai préféré attendre, et voici mes raisons. Il m'est arrivé deux fois de faire dans ce cas la trépanation ou l'évidement des os, et dans les deux cas je n'ai pas trouvé d'abcès dans le canal médullaire. Bien que j'aie regretté d'avoir pratiqué l'opération, j'ai été surpris de voir mes malades n'avoir non-seulement aucun accident sérieux, mais éprouver même un soulagement à leurs douleurs.

En présence de ces faits, et d'autres faits rapportés par M. Cruveilhier dans sa thèse sur les abcès douloureux des épiphyses, j'ai été amené à admettre et à décrire une forme d'ostéite non suppurative, et qui a pour caractère spécial une douleur très-vive : *l'ostéite à forme névralgique*. Ces ostéites peuvent s'améliorer et même guérir sous l'influence d'un traitement approprié.

J'ai de plus à vous signaler chez cette femme un fait accessoire, mais qui a aussi son importance. Il est évident que cette malade souffre, mais elle éprouve une certaine satisfaction à le faire savoir, à exagérer ses douleurs, et à dire que les moyens thérapeutiques employés ne lui procurent aucun soulagement. Dans ces cas, il faut admettre un état spécial du système nerveux, état que l'on rencontre assez souvent chez les femmes hystériques, car notre malade présente un peu cette dernière particularité.

Ayant reconnu chez cette femme une ostéite profonde partielle et une ostéite névralgique, et après l'emploi des moyens thérapeutiques que je vous ai signalés, je me suis décidé à la traiter par l'emploi des courants continus, qui n'ont pas produit beaucoup d'effet. Alors j'ai essayé la compression élastique au moyen du bandage ouaté, en lui déclarant formellement que ce dernier moyen devait la guérir; je l'ai de plus forcée à marcher avec et même sans béquilles, lorsqu'elle prétendait ne pouvoir faire un pas et qu'elle ne voulait pas même essayer. J'ai ainsi obtenu d'elle l'aveu de l'amélioration qu'elle éprouvait.

Il faut donc, messieurs, conserver de cette femme ce souvenir : qu'elle a eu une ostéite névralgique qui s'est améliorée sous l'influence de la compression par le bandage ouaté, et surtout sous l'influence d'une espèce d'intimidation, d'une sorte d'action particulière portée sur le système nerveux, de la malade, qui n'a plus exagéré ses plaintes à la suite de nos reproches et de notre feinte incrédulité à ses douleurs.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Le mal de Pott.

(Extrait d'une leçon recueillie par M. le docteur A. BROCHIN.)

Dans l'une des conférences de l'année dernière, M. Charcot traitant des différentes sortes de paraplégies produites par la compression lente de la moelle, passait en revue les diverses causes qui sont susceptibles d'amener cette compression : tumeurs de la moelle (gliome, tubercule, sarcome, carcinome, gomme, kyste, etc) ; tumeurs des méninges (sarcome, psammome, échinocoques, néoplasies inflammatoires, pachyméningite, etc.); productions morbides nées dans le tissu celluloadipeux du rachis (carcinome, sarcome, kystes hydatiques, abcès); lésions vertébrales (hyperostoses syphilitiques, arthrite sèche, mal de Pott, mal vertébral cancéreux). Il montrait, par des exemples empruntés à ces diverses séries, comment, au point de vue clinique, ces lésions, d'origines si diverses, devaient être cependant rapprochées les unes des autres, les accidents qu'elles occasionnent, par l'interruption du cours des fibres nerveuses dans la moelle, constituant souvent les premiers symptômes qui frappent l'attention du médecin. Pour lui, en effet, la paralysie étant donnée, le problème consiste à remonter jusqu'à la cause organique qui l'a provoquée. Les effets de la compression lente sur le centre nerveux spinal ne varient guère que suivant la région de ce centre qui est intéressée; et, en dehors de cette circonstance, ils se montrent toujours à peu près identiques, quelle que soit la cause qui ait déterminé la compression. Mais, d'une autre part, faisait remarquer M. Charcot, avant d'arriver par le fait des progrès naturels de leur évolution, jusqu'à intéresser la moelle, et dans le temps où elles déterminent une compression plus ou moins prononcée de cet organe, les lésions dont il s'agit ont parfois une histoire anatomique et clinique qui leur est propre. (Voir *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 2e fascicule, 1873.) C'est cette histoire anatomique et clinique propre au mal de Pott qui fait l'objet de la conférence que nous reproduisons.

Il existe trois mémoires de Pott très-célèbres, mais aussi très-peu lus, dans lesquels cependant on trouve de bien remarquables considérations sur cette affection, à laquelle il a laissé son nom. L'un de ces mémoires a pour titre : *Remarques sur cette espèce de paralysie des membres inférieurs qui accompagne la courbure de l'épine, et qu'on suppose en dépen-*

dre. J'appellerai tout particulièrement votre attention sur ce dernier membre de phrase : « et qu'on suppose en dépendre ». C'est qu'en effet Pott ne croyait pas que la courbure de l'épine fût la véritable cause de la paraplégie. Je partage, quant à moi, entièrement cette opinion.

Plusieurs raisons me paraissent confirmer cette manière de voir. D'abord, tous les sujets qui ont une courbure plus ou moins prononcée de la colonne vertébrale ne deviennent pas paraplégiques, et ce ne sont pas les plus *courbés*, comme disait Pott, qui sont paraplégiques. En second lieu, la paraplégie guérit souvent, mais la bosse reste. Enfin on voit fréquemment la paraplégie se produire dans le mal de Pott sans courbure. On ne peut donc, en pareil cas, invoquer la courbure et la déviation des os pour expliquer la paraplégie.

Quelles sont donc ses causes dans le mal de Pott ? C'est ce que nous allons étudier en nous appuyant sur le travail de M. Michaud, ancien élève de la Salpêtrière (1), et sur nos propres recherches.

D'une façon générale, c'est à des modifications survenues dans la moelle elle-même qu'il faut rattacher la paraplégie du mal de Pott. Il y a bien quelques cas exceptionnels où cette paraplégie peut être expliquée par la lésion osseuse, soit par une esquille résultant d'une carie et faisant saillie vers la moelle, soit par la courbure elle-même. Mais ce sont là, je le répète, des cas fort rares. Voici ce qui se passe dans la grande majorité des cas :

Dans le mal de Pott, il se fait souvent une ostéite, que j'appellerai caséeuse, qui détermine la formation d'abcès intérieurs, soulevant le ligament intervertébral et finissant par le déchirer de façon à donner issue à cette matière caséeuse dans le canal rachidien. Cette matière s'introduit surtout dans le tissu conjonctif intermédiaire au ligament vertébral et à la dure-mère, auquel les Allemands ont donné le nom de *périméninge*. Sous cette influence, il ne tarde pas à se former une inflammation de la dure-mère ou une pachyméningite externe caséeuse (Michaud). Bientôt les produits de l'inflammation, dissociant les couches superficielles, viennent constituer une espèce de champignon qui devient en réalité l'agent de la compression sur la moelle épinière ; de telle sorte que celle-ci est rétrécie et comme étranglée. Il se fait une sorte de sclérose au niveau du point comprimé. Le résultat de cette compression est une myélite, et c'est à cette myélite par compression qu'est due, dans le mal de Pott, la paralysie des membres inférieurs.

Cette sorte de destruction partielle de la moelle n'est pas indélébile, et les malades qui en sont atteints ne sont pas incurables. Ils guérissent quelquefois spontanément, quelquefois aussi par l'intervention de l'art. Nous avons eu la preuve, avec M. Michaud, que les éléments nerveux ainsi détruits peuvent se reconstituer, sinon complétement, du moins suffisamment pour que la paraplégie résultant de cette destruction disparaisse tout à fait. M. Michaud, dans sa thèse, a en effet rapporté l'observation très-intéressante d'une malade qui a été ainsi guérie et qui a succombé ensuite à une maladie accidentelle. L'autopsie en a été faite avec le plus grand soin, et elle nous a montré que la moelle avait été étranglée en un point, coupée pour ainsi dire en deux moitiés, qui n'étaient plus reliées entre elles que par une sorte de pont très-étroit. La moelle était réduite en ce point au cinquième de son volume. La substance blanche était sclérosée ; la substance grise était réduite à une corne antérieure fortement atrophiée, et à un certain nombre de tubes nerveux établissant la continuité de la moelle. Le nombre de ces tubes nerveux était très-inférieur à celui que la moelle renferme normalement dans cette région ; et cependant cette malade marchait. Après une période de paralysie avec contracture, les mouvements s'étaient rétablis et la malade était guérie de sa paraplégie depuis cinq ans, lorsqu'elle succomba aux suites d'une coxalgie. Ceci prouve tout simplement que la moelle, à l'état normal, possède un nombre de tubes nerveux plus considérable qu'il n'est nécessaire.

Cette observation si instructive, pour ainsi dire fondamentale, prouve surabondamment que certaines altérations profondes de la moelle peuvent se réparer.

Ces réparations peuvent avoir lieu, avons-nous dit, spontanément ou à la suite d'un traitement approprié. Ce traitement avait déjà été institué par Pott lui-même. Il consistait en applications de cautères sur chaque côté de la colonne vertébrale.

J'aime mieux, quant à moi, des applications de pointes de feu avec un petit cautère actuel. Mais, dira-t-on, puisqu'il est démontré que la paraplégie peut guérir d'elle-même, quelle preuve a-t-on que le traitement est pour quelque chose dans la guérison ? Ce qui le prouve, c'est que l'amélioration coïncide très-nettement avec le moment où la médication est mise en œuvre, et la guérison survient, en général, très-peu de temps après l'emploi de cette méthode.

Je n'en citerai qu'un exemple, celui d'une jeune fille de quinze ans atteinte du mal de Pott avec paraplégie, qui m'a été amenée de Varsovie.

En passant par Berlin, cette jeune fille alla trouver Langenbeck, qui la détourna de l'idée de se laisser faire quoi que ce soit, affirmant qu'aucun traitement ne pouvait remédier à cette affection. Elle vint pourtant à Paris, s'y laissa traiter par le procédé en question, et elle put, quinze jours après, porter une lettre de moi à Langenbeck, dans laquelle je lui faisais observer qu'il aurait à revenir sur une erreur.

Mais il ne faudrait pas croire que ce mode de traitement réussisse aussi bien dans les myélites ordinaires que dans celles qui accompagnent le mal de Pott. Bien au contraire, on peut produire ainsi et l'on a produit de très-fâcheux accidents. Il n'est pas très-rare de rencontrer des malades qui affirment qu'elles pouvaient marcher un peu et qui ont complétement cessé de pouvoir le faire à partir du jour où ce traitement leur a été appliqué.

Il arrive parfois que ces malades atteintes de paraplégie finissent par tenir constamment leurs membres inférieurs dans la flexion de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse. Il se fait chez elles une rétraction musculaire telle que, même lorsque la guérison de la paraplégie est obtenue, elles demeurent dans l'impossibilité de marcher. La ténotomie peut, dans ces cas, remédier à cet inconvénient.

— Après cette conférence, M. Charcot a fait passer sous les yeux des assistants plusieurs malades atteintes du mal de Pott, qui après avoir présenté pendant quelque temps de la paralysie, ont recouvré l'usage de leurs membres inférieurs à la suite de deux ou trois applications de pointes de feu.

La première était restée paralysée pendant quinze mois, elle a récupéré la faculté de marcher, bien qu'elle ait conservé une bosse anguleuse des plus accentuées.

La deuxième, qui présente un type de double bosse ésopienne, par devant et par derrière, était restée paralysée pendant dix-huit mois. Chez celle-ci la contracture des membres n'avait jamais été complète. Quand elle était dans le décubitus, les membres étaient flasques; mais, sitôt qu'elle se levait, ses jambes se convulsaient, et elle ne pouvait ni marcher ni se tenir de-

(1) Thèse sur la méningite et la myélite dans le mal vertébral. 1871.

bout. On lui a fait deux applications de pointes de feu, et peu de temps après elle a pu marcher.

Une troisième est restée également dix-huit mois paralysée. Chez celle-ci il reste encore quelque chose de myélitique, les membres se contracturent parfois encore temporairement pendant la flexion.

Une quatrième malade présente un exemple de guérison spontanée de l'hémiplégie, mais avec une flexion permanente des cuisses et des jambes, qui nécessite l'intervention de l'art.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 novembre 1874. — Présidence de M. LAILLER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Goître exophthalmique. — M. DUMONTPALLIER, à l'occasion de l'intéressante observation de goître exophthalmique communiquée, dans la dernière séance par M. Féréol, demande à son collègue s'il n'a pas observé, dans ce cas, de l'hypertrophie du cœur. Il rappelle qu'autrefois une discussion s'est élevée sur ce sujet entre Trousseau et Aran, discussion dans laquelle Aran soutenait que l'hypertrophie du cœur était constante dans la maladie de Graves.

M. Dumontpallier a eu aussi l'occasion d'observer un cas analogue à ceux qui ont été communiqués par MM. Lépine et Potain ; il s'agissait d'une jeune fille atteinte de goître exophthalmique qui présentait en même temps une polyurie sucrée. Il croit qu'il serait utile de grouper entre eux ces quelques faits qu'on a assez rarement l'occasion d'observer.

M. BESNIER répond que le cœur du malade observé par M. Féréol et par lui a été soigneusement examiné, et qu'on l'a trouvé sensiblement augmenté de volume.

M. DELASIAUVE donne lecture de l'observation de la malade qu'il traite en ce moment à la Salpêtrière et dont il a dit quelques mots dans la dernière séance.

Il s'agit d'une jeune fille épileptique, qui présente tous les caractères de la maladie de Graves et, de plus, quelques phénomènes particuliers analogues à ceux qu'a observés M. Féréol chez son malade. Chez cette malade, se sont développés parallèlement à divers phénomènes devant être rattachés à l'épilepsie, l'exophthalmie, l'hypertrophie de la glande thyroïde à droite et à gauche, les palpitations, puis un petit tremblement particulier de tout le corps et quelques autres phénomènes nerveux du même genre.

M. Delasiauve se demande si, dans ce cas, le goître exophthalmique ne serait pas lui-même une conséquence de l'épilepsie?

M. DUJARDIN-BEAUMETZ, aux signes fournis par M. Delasiauve, reconnaît, dans cette jeune fille, une malade qu'il a eue dans son service et qu'il n'a pu garder à cause de son insubordination. Outre les caractères signalés par M. Delasiauve, cette malade était atteinte d'un vitiligo, point important qui mérite d'être signalé, car il s'agit peut-être d'un trouble trophique dépendant d'une lésion médullaire.

Kyste hydatique du foie. — M. DUMONTPALLIER rapporte une intéressante observation, dont voici le résumé :

Le 2 décembre 1868, il est appelé auprès d'un jeune homme que l'on croyait atteint de fièvre typhoïde. Il présentait, en effet, quelques uns des symptômes de cette maladie. Cependant M. Dumontpallier ne tarda pas à repousser cette opinion, attendu qu'au douzième jour n'avait encore apparu aucune tache rosée lenticulaire. Ce jeune homme se plaignait surtout d'une douleur dans la région de l'hypochondre droit, douleur s'exagérant par la pression et par la percussion. Au même niveau, on constatait une voussure évidente. Devant ces phénomènes, M. Dumontpallier n'hésita pas à diagnostiquer un kyste hydatique du foie, diagnostic qui d'ailleurs avait été posé déjà par d'autres médecins.

Mais en même temps que ces symptômes, le malade présentait des signes non douteux de fièvre putride. M. Dumontpallier admit donc l'existence d'un kyste suppuré. Il fit immédiatement une ponction exploratrice, qui ne donna issue à aucun liquide. Le trocart avait cependant été enfoncé à une profondeur de 7 à 8 centimètres.

La succion, pratiquée sur l'extrémité libre de l'instrument, n'amena non plus aucun résultat. Toutefois le malade, se trouvant soulagé par l'introduction seule de la canule, on la laissa quelque temps en place. Quand on la retira, on fit sortir quelques gouttelettes d'une masse gélatineuse d'une odeur infecte, et la partie du trocart d'argent qui avait été introduite présentait une teinte bleuâtre.

Le lendemain, M. Dumontpallier appela en consultation M. Dolbeau, qui, très-frappé de ce fait, pensa, comme lui, qu'il devait y avoir du pus dans ce kyste, et qui chercha, pour pratiquer une nouvelle ponction, un point fluctuant. Il trouva de la fluctuation seulement au niveau du septième espace intercostal. Il demanda alors à M. Dumontpallier de lui affirmer qu'il n'y avait chez ce malade ni pleurésie, ni tuberculose, et, sur l'affirmation de ce dernier qu'aucune de ces affections n'existait, il fit une ponction, qui donna issue à 1,800 grammes de pus avec des hydatides de la grosseur d'un grain de millet ou même d'un grain de chènevis. Ce pus exhalait une odeur infecte. Après qu'il fut évacué, on procéda au lavage du kyste, puis on laissa la canule à demeure pendant une dizaine de jours. Après ce laps de temps, pendant lequel on fit des injections iodées dans le kyste, M. Dumontpallier, supposant que des adhérences s'étaient suffisamment établies le long du trajet de la canule, retira celle-ci et put faire transporter le malade dans un quartier plus sain que celui qu'il habitait. Pendant assez longtemps, ce jeune homme offrit des alternatives de bien et de mal ; enfin les forces reprirent peu à peu, et vers le mois de février, il put partir pour Provins, où il fut confié aux soins du docteur Rondeau. A la fin de juin 1869, il fut presque complétement rétabli. Pendant l'année 1870, il put être utilement employé dans un bureau militaire et, à cette époque, la guérison était complète. L'opération avait donc pleinement réussi.

M. Dumontpallier a cru devoir communiquer ce fait, qu'il rapproche de plusieurs autres analogues dans lesquels il a obtenu de très-bons effets de la suppuration de certains kystes, particulièrement de kystes de l'ovaire, ainsi entretenue par la présence d'une canule à demeure. Il fait observer, en outre, que, par ce moyen, on obtient des adhérences très-limitées, ce qui constitue un grand avantage sur l'emploi de la potasse caustique en pareil cas.

Oblitération artérielle par embolie. — M. VIDAL communique l'observation d'un malade mort dans son service après avoir présenté tous les signes d'une insuffisance mitrale et d'une embolie artérielle.

Il s'agit d'un homme de cinquante et un ans, d'un tempérament sanguin, rhumatisant depuis douze ans, présentant depuis plusieurs années de l'emphysème et des accidents d'origine catarrhale, ainsi que de très-fortes palpitations. Le 4 octobre 1860, ce malade est atteint d'un violent accès d'orthopnée, s'accompagnant d'un état fébrile intense, d'une exacerbation du catarrhe et suivi d'une très-grande faiblesse. Le 20 octobre, il n'y avait plus de fièvre, mais on constatait un grand affaiblissement, et les palpitations persistaient; le pouls était à peine perceptible. Il y avait un peu d'œdème autour des malléoles, ainsi qu'autour des phalanges. Pendant une nuit, le malade fut pris d'une douleur intense dans la région de l'épaule droite. Le bras droit était tuméfié, ainsi que le cou et une partie de la région antérieure de la poitrine du même côté. En même temps, le malade éprouvait une sensation pénible d'engourdissement.

En un mot, M. Vidal constata tous les signes d'une oblitération artérielle. Quelques jours après, en explorant le pouls du côté droit, on put se convaincre qu'une circulation collatérale s'était rétablie par l'arcade palmaire. Il existait, en effet, un courant rétrograde. A gauche, le pouls était manifestement celui de l'insuffisance mitrale. Cet homme a succombé dans la cachexie cardiaque. M. Vidal n'a pu en faire l'autopsie, mais il se croit autorisé à admettre que, chez cet homme, il s'est formé une embolie ayant eu pour point de départ une artérite du tronc brachio-céphalique.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES

Endocardite. — M. BLACHEZ met sous les yeux de ses collègues les pièces anatomiques d'une femme qui a succombé dans son service à une lésion cardiaque.

Cette femme, âgée de cinquante-trois ans, est entrée dans son service le 21 octobre. Elle n'avait jamais été malade et ne présentait aucune diathèse rhumatismale ou autre. Depuis plusieurs jours, elle se plaignait d'un violent point de côté à gauche avec fièvre, anxiété et les autres phénomènes qu'on observe habituellement au début d'une pneumonie. Cependant, à l'auscultation, on percevait à peine quelques râles qui, au lieu d'augmenter, disparurent complétement. Le lendemain, on fut donc obligé d'abandonner l'opinion d'une lésion pulmonaire; toutefois, du côté du cœur, l'auscultation ne révélait absolument rien d'anormal. Ce ne fut que le quatrième jour qu'on perçut un très-fort bruit de souffle au premier temps et à la pointe. On porta dès lors le diagnostic d'endocardite. Malgré tous les moyens habituellement employés en pareil cas, cette femme mourut subitement vers le dixième jour.

A l'autopsie on a trouvé, en effet, une endocardite caractérisée par la présence, sur le côté droit de la valvule mitrale, de végétations en forme de stalactites du volume du petit doigt, mais qui cependant ne gênaient presque pas le jeu de la valvule. Dans l'oreillette et dans le ventricule gauches, on trouva un caillot qui se prolongeait jusque dans l'aorte. Celle-ci n'était d'ailleurs nullement athéromateuse; les fibres musculaires du cœur ne présentaient non plus aucune dégénérescence granulo-graisseuse ou autre. Dans l'artère pulmonaire n'existait aucun caillot. Le cerveau, examiné avec le plus grand soin, ne présentait rien de particulier ni du côté des artères, ni du côté de la substance cérébrale elle-même.

M. Blachez communiquera, dans une prochaine séance, les résultats de l'examen micrographique des végétations qui a été fait par M. Cadiat, interne des hôpitaux.

En résumé, on avait affaire dans ce cas à une endocardite développée pour ainsi dire subitement, sans signes appréciables et chez une femme ne présentant ni rhumatisme, ni alcoolisme. Tout à coup apparut un très-fort bruit de souffle au premier temps et à la base, et, peu de jours après, mort subite sans cause appréciable.

M. LANCEREAUX pense que, dans ce cas, la mort subite peut être attribuée à l'obstruction soit par un caillot, soit par les végétations elles-mêmes. Il a rapporté, dans les *Archives*, un certain nombre de cas analogues.

M. DUMONTPALLIER fait observer qu'on ne pourrait, dans ce cas, rapporter le bruit de souffle à la présence de la tumeur sans admettre la théorie de Beau sur les bruits du cœur.

En effet, avec la théorie de M. Bouillaud, généralement admise aujourd'hui, et particulièrement par M. Dumontpallier, il est impossible d'expliquer l'un par l'autre.

M. BLACHEZ fait remarquer qu'il est possible que cette tumeur gênât les valvules dans le sens de l'insuffisance.

M. BESNIER croit qu'il n'est pas douteux que la valvule mitrale dans ce cas fût insuffisante.

Tubercule de la langue. — M. LANCEREAUX donne, en quelques mots, les résultats de l'autopsie d'une femme de soixante-quatre ans, qui a succombé dans son service à une phthisie tuberculeuse des poumons. Cette femme avait présenté, sur la face dorsale de la langue, au niveau de la proéminence linguale, de petites ulcérations qui avaient fini par détruire la muqueuse. C'est un cas à rapprocher de ceux qui ont déjà été communiqués à la société.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 novembre 1874. — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine publiés pendant la semaine et le *relevé des conclusions adoptées par la conférence sanitaire internationale de Vienne.*

PRÉSENTATIONS

M. FONTANA adresse un travail manuscrit intitulé : *Appareil à fractures de la jambe*, de Baudens, modifié par le docteur Farina (de Menton). L'appareil employé par M. Farina est joint à la communication. (Commissaires : MM. Forget, Paulet, Cruveilhier.)

M. DARIN adresse un travail imprimé intitulé : *A propos des anesthésiques.* (Commissaires : MM. Lannelongue, Dubrueil, Duplay.)

M. ROCHARD (de Brest), membre correspondant, fait hommage de l'ouvrage qu'il vient de publier sous le titre de : *Histoire de la chirurgie française au dix-neuvième siècle.*

RAPPORT

M. LANNELONGUE fait un rapport verbal sur un travail de M. Forné intitulé : *Contributions à l'anesthésie chirurgicale.*

Messieurs, vous m'avez chargé de vous exposer oralement une courte analyse d'un travail intitulé : *Contributions à l'anesthésie chirurgicale*, ou remarques à l'occasion d'un nouveau procédé d'anesthésie en deux temps, par M. Forné, médecin de première classe dans la marine. En m'acquittant de ce devoir, permettez-moi tout d'abord de satisfaire votre curiosité par la description du procédé. Il repose sur le principe de l'association d'un agent narcotique à un agent anesthésique dont l'idée première revient à Claude Bernard, qui l'a de plus expérimentalement appliquée au Collége de France. En chirurgie, Nusbaüm, Rigault et Sarrazin, Guibert de Saint-Brieuc, Labbé, Goujon et Surmay l'ont mis en pratique avec succès. L'agent narcotique était l'opium, l'agent anesthésique, le chloroforme. A l'opium, M. Forné substitue le chloral; au lieu de l'injection sous-cutanée d'un sel de morphine, M. Forné recommande l'une des deux voies ordinaires par lesquelles on introduit les médicaments dans l'économie, la bouche ou le rectum. Voici d'ailleurs comment il procède. Dans un premier temps il fait prendre à ses malades une dose unique de chloral, variable entre 2 et 5 grammes suivant l'âge des sujets. Il attend que le sommeil soit obtenu par cet artifice, une heure lui a suffi en général. Il procède alors aux inhalations du chloroforme, se servant pour cela d'un cornet analogue à celui des hôpitaux de la marine, avec cette différence que ce cornet n'a pas de diaphragme et qu'il est tapissé sur sa face interne d'un molleton. C'est un appareil à air libre en un mot.

Le précédent procédé a été appliqué deux fois par son inventeur. Une première fois sur une petite fille de quatre ans, dans le but d'explorer les voies urinaires de cette enfant, dont la miction était difficile et douloureuse. A sept heures du matin on lui avait donné 2 grammes de chloral; à huit heures elle était dans le sommeil. 2 grammes de chloroforme amenèrent l'anesthésie, et il ne fallut qu'un surcroît de 4 autres grammes pour obtenir une insensibilité suffisante pendant toutes les manœuvres d'exploration. L'enfant ne se réveilla qu'à une heure de l'après-midi.

Le second sujet a vingt et un ans; il est très-vigoureux; il vient d'avoir un abcès de la région anale qui s'est ouvert dans le rectum, mais il reste encore une collection à la fesse. Il prend à quatre heures du soir 5 grammes de chloral; il est dans le sommeil à cinq heures. Alors on lui fait respirer les vapeurs de 5 grammes de chloroforme versés dans le cornet; il est anesthésié, et le chirurgien ouvre largement cette collection de la fesse, sans lutte de la part du patient, qui quelques jours auparavant avait montré la plus grande résistance à l'anesthésie selon le procédé ordinaire.

Je ne vous donne que la substance de ces deux observations du travail de M. Forné, et j'appelle votre attention sur la faible quantité de chloroforme qu'il a fallu employer pour obtenir l'anesthésie, il est vrai que les opérations pratiquées ont été de minime importance, et il eût fallu sans nul doute élever la dose s'il eût été besoin d'un temps plus long. Il est aussi à remarquer que le sommeil s'est prolongé assez longtemps après l'anesthésie, quatre heures dans le premier cas, trois heures dans le second.

Suffisants pour établir le mérite du procédé, ces deux exemples sont en eux-mêmes trop minimes pour autoriser un rapprochement avec la méthode ordinaire. Aussi ne puis-je qu'apporter la plus grande

réserve sur le jugement à formuler à l'égard de la conclusion émise par M. Forné. » Les inhalations de chloroforme cessent d'être dangereuses lorsqu'elles sont administrées pendant le sommeil chloralique, au moyen d'un appareil à air libre permettant le dosage de l'agent anesthésique. » Cependant il faut rendre justice à M. Forné de n'avoir pas fait reposer cette conclusion, uniquement sur l'autorité de ces deux faits. Des considérations d'un autre ordre l'ont conduit à penser qu'il doit en être toujours ainsi : déjà, dans les préliminaires de son travail, il pose nettement la question : « Est-il possible, dit-il, de supprimer les dangers inhérents aux inhalations de vapeurs anesthésiques selon la méthode ordinaire? » C'est là évidemment le point culminant du problème des anesthésiques, et je vous demande la permission de traduire à ma manière l'impression que j'en ai, sans entrer dans les détails de classification des procédés ansthésiques que contient ce mémoire. Les dangers de l'emploi des anesthésiques varient dans l'état de veille ou dans l'état de sommeil des sujets.

Pendant la veille il y a à surmonter leur résistance; il y a à vaincre l'émotion, la peur même qui est souvent très-grande. De là deux sortes d'inconvénients qui peuvent conduire à de véritables dangers. D'un côté, pour arriver au-delà de la période d'excitation, il faut donner une quantité de chloroforme d'autant plus grande que cette période est plus longue; on expose alors les malades à un empoisonnement véritable. D'un autre côté, la crainte, la frayeur, chez des sujets pusillanimes, et ils sont très-nombreux, suffit pour rendre compte de ces cas où la mort a été rapide après l'absorption d'une petite quantité de chloroforme. Il y a, dit M. Forné, une sidération nerveuse qui ne peut s'expliquer que par le trouble profond dans lequel sont mis les malades devant la perspective de l'anesthésie, de ses suites, et de l'opération qu'ils doivent supporter. Ce n'est pas ici le moment de chercher ce qu'il peut y avoir de critiquable dans ces théories. Un fait est vrai à mes yeux : une dose considérable de chloroforme peut avoir des suites très-fâcheuses, sans amener toutefois l'accident qu'on redoute pendant l'opération, en laissant les malades dans un état d'abattement dont on a beaucoup de peine à les relever, lorsqu'on y parvient. Est-ce de l'empoisonnement, est-ce autre chose? Toujours est-il que le pouvoir excito-moteur, considérablement affaibli par le chloroforme et par le traumatisme opératoire, ne reprend pas le dessus, et les malades succombent dans les jours et quelquefois dans les heures qui suivent l'opération. On ne saurait méconnaître non plus l'influence qu'une émotion trop grande peut avoir sur l'action rapide du chloroforme.

C'est pour cela qu'en plaçant les malades dans un sommeil préparatoire, on trouve réunies des conditions bien autrement supérieures. On anhihile, en effet, la résistance des sujets, on évite l'influence de la peur, on surprend l'économie en la faisant passer du sommeil, que l'on peut considérer déjà comme un premier degré d'anesthésie, à une insensibilité complète.

Telle est, messieurs, la pensée qui a guidé les expérimentateurs du procédé anesthésique dit en deux temps, qui se sert, en les associant, des narcotiques et des anesthésiques. Il n'appartient qu'aux faits de décider la place qu'il doit prendre désormais dans le cadre des procédés anesthésiques actuels. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours pour l'agrégation. — La lecture des épreuves écrites pour le concours de l'agrégation en médecine a commencé dans le grand amphithéâtre de l'école au commencement de la semaine dernière. Le sujet de la composition était : Anatomie et physiologie du système lymphatique. Vingt et un concurrents se sont présentés. Les séances de lecture ont lieu les lundi, mercredi et vendredi, à cinq heures et le jeudi à huit heures du soir.

Nous ferons connaître l'ordre des lectures. Parmi celles qui ont été faites jusqu'à présent, deux compositions ont été particulièrement remarquées, celles de M. Grasset (de Montpellier) et de M. Renaut.

La composition a été la même pour les candidats des trois facultés de Paris, de Montpellier et de Nancy.

— *Concours du prix de l'internat* (2e division). — Le concours de la deuxième division, internes de troisième et quatrième année, est terminé.

Prix : médaille d'argent, M. Hutinel. — *Accessit*, M. Sshwarts, — *Première mention*, M. Dave. — *Deuxième mention*, M. Richer,

Les candidats ont eu à traiter les questions suivantes :

Question écrite. Structure intestinale; kyste du testicule.

Première question écrite (chirurgie). Des hernies irréductibles.

Deuxième question orale (médecine). — De la pérityphlite.

— *Concours de l'internat.* — Séance du 5 décembre. Portion prostatique de l'urèthre; infiltration urineuse. — Séance du 8. Sac lacrymal et canal nasal; anatomie pathologique, signes et diagnostic de la tumeur lacrymale. — Séance du 10. Glotte, complications de la coqueluche.— Séance du 12. Sinus de la dure-mère, diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale.

— *Concours de l'externat.* — Séance du 7 décembre. Épistaxis. — Pas de séance le 9. — Séance du 11. Appareils de Scultet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pathologie et clinique chirurgicales, contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire de bandages et d'embaumement, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, A. Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 146. — JEUDI 17 DÉCEMBRE 1874. 47e ANNÉE. JEUDI 17 DÉCEMBRE 1874. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la Gazette un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Jusqu'à la séance solennelle qui clôt l'année académique, on ne doit plus guère espérer de discussion intéressante. Il faut entendre les rapports de très-nombreuses commissions.

Celle de toutes dont la besogne est le plus généralement stérile est, sans contredit, la commission des remèdes secrets et nouveaux. Parmi les formules transmises indifféremment par le ministère, la plupart témoignent hautement de l'incroyable stupidité ou de la profonde ignorance de ceux qui les ont adressées. M. le baron Larrey propose que de telles inepties soient rejetées en bloc par la commission elle-même, sans rapports détaillés, conclusions motivées ni votes de l'Académie.

Ce serait le moyen d'épargner un peu de temps pour des travaux vraiment sérieux et utiles. Dr Victor Revillout.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Bouchut

Des maladies du cœur chez les enfants (1).

COMPLICATIONS DE L'ENDOCARDITE VÉGÉTANTE DES MALADIES AIGUES.

J'ai signalé plus haut, en décrivant les lésions anatomiques de l'endocardite végétante des maladies aiguës, les thromboses cardiaques qui surviennent à la fin de la maladie et qui engendrent des infarctus emboliques des différents organes. Le moment est venu d'en parler de nouveau pour indiquer les symptômes qui révèlent leur existence.

Lorsque des embolies se produisent dans le cours de l'endocardite végétante, il en résulte des symptômes qui varient avec le tissu affecté. Dans les embolies sous-cutanées on voit des taches brunes non douloureuses sous la peau, et si, la maladie se prolonge, ces embolies peuvent donner lieu à de petits abcès sous-cutanés.

(1) Suite. — Voir les numéros des 17, 24 novembre 3, et 10 décembre.

Les embolies du rein et du foie ou des gaînes musculaires ne donnent lieu à aucun symptôme appréciable.

Celles du poumon produisent de la toux avec râles souscrépitants, et, si la lésion forme pneumonie embolique assez étendue, on constate de la matité, du souffle et du retentissement de la voix.

Celles du cerveau amènent la thrombose des veines méningées des sinus et produisent du coma, du délire, des convulsions et parfois des hémiplégies. J'ai vu très-souvent les convulsions liées à cette thrombose ultime des sinus de la dure-mère ou des veines méningées et, dans quelques cas, des hémiplégies ou des paralysies faciales qui n'avaient pas d'autre cause. Ces faits se rapportent à la chorée, au croup, à la pneumonie, et à la phthisie granuleuse aiguë. J'ai vu des enfants opérés du croup mourir avec convulsions suivies d'hémiplégie; des fièvres typhoïdes ayant tout à coup de l'hémiplégie avec déviation conjuguée des yeux; des rougeoles mourir subitement par des convulsions; des chorées frappées de paralysie par ramollissement aigu embolique, etc. Un cas de ce genre avec endocardite végétante a été publié par Hayem dans la deuxième série, tom. XIII, p. 408, des *Bulletins de la Société anatomique*, enfin des contractures comme on le verra dans le cas suivant de fièvre typhoïde :

Fièvre typhoïde. — Endocardite. — Embolies sous-cutanées. — Contracture des extrémités. — Mort par thrombose des sinus de la dure-mère.

B..., cinq ans et demi (4 avril 1873). — Cette enfant, qui avait une fièvre typhoïde ataxique avec diarrhée, ballonnement du ventre, taches rosées lenticulaires avec pneumonie à gauche; délire, — fut prise de contractures dans les doigts, dans les pieds et dans les orteils.

Les yeux présentaient un œdème considérable de la papille avec dilatatation des veines rétiniennes, et décoloration commençante de la choroïde. Elle mourut le 17 avril.

A l'autopsie, thrombose du sinus longitudinal supérieur et du sinus pétreux. Le sang, noir en quelques points, est décoloré sur d'autres, et la même thrombose existe dans les veines méningées. Le cerveau, congestionné, paraît sain.

Hyperémie des deux poumons aux noyaux de pneumonie lobulaire et pleurésie sèche.

Hypertrophie des plaques de Peyer, et deux petites ulcérations en voie de guérison.

Endocardite végétante mitrale très-intense existant aussi à la base des valvules sigmoïdes. — Même endocardite à la tricuspide et aux sigmoïdes de l'artère pulmonaire. — Caillots nombreux dans les deux ventricules décolorés et adhérents aux tendons valvulaires ou à la valvule tricuspide ou mitrale.

Aux membres inférieurs plusieurs embolies sous-cutanées, carac-

térisées par une teinte bleuâtre de la peau; mais la peau incisée ne présente aucune trace d'ecchymose. C'est au-dessous d'elle, dans le tissu cellulo-graisseux qu'on trouve un petit noyau d'infiltration sanguine autour d'un petit vaisseau très-fin tenant à un vaisseau plus volumineux. Ce noyau, rouge noirâtre, est formé de sang infiltré dans le tissu qui entoure un petit vaisseau capillaire oblitéré.

Voici une curieuse observation d'hémiplégie embolique relative à la *chorée :*

Chorée. — Endocardite. — Embolie artérielle du cerveau. — Hémiplégie par ramollissement. — Embolies multiples des différents organes et tissus. — Ophthalmoscopie : Œdème de la papille.

Marie R..., entrée le 15 mars 1869, âgée de huit ans et demi, au n° 60 de la salle Sainte-Catherine, à l'hôpital des Enfants malades, service de M. Bouchut.

Cette enfant, toujours bien portante, est atteinte depuis treize jours de chorée venue sans rhumatisme, sans vers et sans émotions morales. Les mouvements occupent les quatre membres et le visage. Ils sont tellement violents que l'enfant ne peut se tenir debout, et que les parties saillantes sont rouges, un peu excoriées; ils ne sont du reste accompagnés d'aucun trouble de la sensibilité. Il existe un faible bruit de souffle à la région du cœur, au-dessous du mamelon. Bon appétit. L'enfant va aisément à la garde-robe et n'a pas de fièvre.

Les mouvements sont devenus encore plus forts peu de jours après l'entrée, et toutes les parties saillantes du corps étaient excoriées.

On donne à l'enfant de l'arséniate de soude, à dose croissante, jusqu'à 0gr 030 par jour. Le médicament, d'abord bien supporté, produisit ensuite de la diarrhée, et l'on en cessa l'usage. Il avait produit très-bon effet, et les mouvements choréiques avaient notablement diminué. Les écorchures de la peau purent se guérir; l'enfant n'avait plus de fièvre et mangeait bien. Elle restait pâle et maigre, modérément agitée, lorsque le 24 avril, à 5 heures du soir, elle fut prise très-subitement d'hémiplégie du mouvement et de la sensibilité dans le côté gauche du corps, sans perte de connaissance, avec douleur vive de la tête à droite, avec déviation conjugée des yeux à droite, et avec aphasie. Pas de changement de température appréciable des deux côtés du corps. La respiration est un peu gênée, incomplète, masquée par des râles sibilants et muqueux. Les battements du cœur sont accompagnés de frémissement vibratoire, et le premier temps est couvert par un bruit de souffle un peu rude, couvrant le claquement valvulaire du deuxième temps, et dont le maximum d'intensité est à la base et dans la direction de l'aorte. La matité précordiale n'est guère que de 5 centimètres carrés. La peau est peu chaude et le pouls très-petit, 120. Soif fréquente, pas de vomissements ni de diarrhée.

A l'ophthalmoscope, on constate dans l'œil droit une diffusion de la papille, qui est blanche, œdémateuse, et dont les contours sont à peines visibles; la choroïde est pâle, les veines sont assez nombreuses, mais minces et un peu colorées. Dans l'œil gauche, la papille est plus distincte et manifestement plus nette que dans le côté opposé; la choroïde est également pâle et les veines très-minces, peu colorées.

Le lendemain, les choses étaient absolument dans le même état, avec un peu d'embarras de la respiration, qui laissait entendre à distance des râles muqueux. Le côté paralysé présentait un peu d'œdème sans douleur.

Les urines examinées ne contenaient ni sucre ni albumine. L'enfant vécut encore deux jours dans la même situation, gardant une lueur d'intelligence, pouvant répondre par gestes à quelques sollicitations; puis la respiration s'embarrassa davantage, et elle succomba.

Autopsie. — Le *cerveau* paraît mou, et la pie-mère est infiltrée de sérosité un peu opaline sur quelques points de la convexité; mais il n'en est pas de même à la base. A la partie postérieure de l'hémisphère droit, il y a, au niveau de deux circonvolutions, sur le trajet d'une artériole, une petite tache blanche, allongée, entourée d'une petite zone de congestion capillaire, et cette tache est due à un thrombus artériel que l'on peut facilement extraire. Çà et là, dans l'intervalle des circonvolutions, la pie-mère présente une injection tellement vive de ses vaisseaux, qu'elle est épaissie et forme une toile d'un rouge violacé très-intense. Au centre de ces îlots de pie-mère ainsi congestionnée, on retrouve un vaisseau oblitéré par une thrombose. Cette lésion existe également dans la pie-mère du côté gauche.

En examinant la base du cerveau, l'*arachnoïde* est transparente et la pie-mère peu congestionnée. L'*artère basilaire* est perméable, ainsi que l'*artère sylvienne* gauche et ses afférents. L'*artère sylvienne* droite présente une oblitération complète et forme un petit cordon de 5 millimètres dur sous le doigt. L'artère paraît rose, et çà et là, en suivant son cours, on voit des places remplies par un caillot blanchâtre, un peu décoloré. Toute la substance cérébrale où se distribue cette artère, la couche optique et les corps striés sont ramollis, sur quelques points un peu jaunâtres, ocrés; mais le ramollissement n'est point limité et se confond peu à peu avec la substance cérébrale saine.

Dans le *cervelet*, il y a dans l'intervalle de ses circonvolutions plusieurs vaisseaux qui sont noirs, oblitérés dans une étendue assez grande; la substance cérébelleuse a un peu moins de consistance que de coutume, sans être véritablement ramollie.

Les *yeux* présentent un peu de diffusion de la papille, sans dilatation des vaisseaux.

Les *poumons* présentent, à la partie postérieure et en haut, une hépatisation pulmonaire rouge, au centre de laquelle se voient plusieurs noyaux noirâtres, durs, du volume d'un pois, et formés par un peu d'apoplexie pulmonaire. D'un côté, il y a au centre d'un de ces noyaux une masse blanche un peu dure.

Le *cœur* n'est pas augmenté de volume, et les parois du ventricule gauche sont hypertrophiées, tandis que celles du ventricule droit sont amincies.

Les valvules sigmoïdes sont saines, et le bord de la valvule tricuspide un peu épaissi sur trois endroits, qui sont en même temps vasculaires. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont saines. La valvule mitrale est très-malade; elle est fortement épaissie, ainsi que ses colonnes tendineuses; elle présente d'un côté une énorme végétation fibrineuse, adhérente par sa base, frangée à son bord libre, ayant 2 centimètres de largeur à son point d'insertion et 1 centimètre 1/2 de hauteur. Son épaisseur paraît être de 1 demi-centimètre; elle est assez résistante, mais on sent qu'elle est friable, et l'on comprend qu'elle ait pu être fragmentée par le courant sanguin. Elle fait soupape dans l'orifice auriculo-ventriculaire, et devait monter et descendre au moment de la systole et de la diastole ventriculaires. Du côté opposé, en face, se trouve une autre végétation du volume d'un pois, ayant les mêmes caractères physiques.

Dans l'*aorte abdominale*, au point de sa bifurcation, se trouve une petite tumeur arrondie, ayant 2 centimètres et demi d'un sens et 1 demi-centimètre de l'autre, adhérente à la paroi et pouvant laisser passer le sang sur les côtés et en avant. Toutefois, l'espace resté libre est peu considérable et n'a guère plus de 3 millimètres. Cette tumeur est noire à la surface; quand on la divise, on la trouve entièrement formée de fibrine blanchâtre, ramollie, entourée d'une coque noirâtre, épaisse de 1 millimètre, obstruant l'artère presque complétement. On trouve jusqu'aux pieds, çà et là, de petites ecchymoses dues à des thromboses capillaires; cette lésion n'existe qu'à gauche, et point dans le membre droit. Le foie est volumineux, rougeâtre, violet, siége d'une congestion considérable.

La *rate* est plus rouge que le foie, friable; on y aperçoit quatre ou cinq noyaux du volume d'un pois à une noisette, durs à la périphérie, où ils sont noirâtres, et un peu plus mous au centre, où ils sont décolorés.

Les *reins* sont volumineux, bosselés, couverts de marbrures noirâtres et jaunâtres, et agglomérées sous forme de noyaux isolés. A la coupe, les parties noires pénètrent dans la substance corticale et sont dues à une hyperémie du tissu, tandis que les parties blanches entremêlées semblent être le résultat d'anémie. Mais, à l'intérieur de l'organe, la lésion paraît moins nettement circonscrite qu'à la périphérie.

L'*intestin* est rempli d'ecchymoses situées sur le trajet des artérioles transversales de la muqueuse, et au centre desquelles on trouve le vaisseau oblitéré par un caillot. *(A suivre.)*

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES.

M. DE SAINT-GERMAIN

Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants (1).

Recueillies par MM. CHENET et TAPRET, internes du service.

DE LA TRACHÉOTOMIE

Messieurs, l'étude que nous entreprenons aujourd'hui peut être faite de diverses façons. Laissant absolument de côté la question des indications et des contre-indications qui sont du ressort médical, j'aborderai la trachéotomie par son côté purement chirurgical.

On a dit et répété que l'opération qui nous occupe était passée dans le domaine de la médecine. C'est malheureusement une erreur qu'il est à peine besoin de réfuter quand, dans une discussion qui s'est élevée cette année au sein de la Société de chirurgie, tous les membres de cette société, moins un seul (et celui-là n'était pas moi), ont déclaré que la trachéotomie était une des opérations les plus émouvantes, les plus fertiles en incidents imprévus, et nécessitant, par conséquent, plus que toute autre, le sang-froid et l'expérience de l'opérateur. Si donc un petit nombre de médecins proprement dits pratiquent avec une rare habileté la trachéotomie, cela ne veut pas dire que cette opération soit tombée dans le domaine de la médecine ; cela veut dire que les médecins auxquels je faisais allusion, et ils sont en petit nombre, ont, je le répète, acquis, par une longue pratique et une expérience souvent répétée de la même opération l'habileté de main toute spéciale, la dextérité et le sang-froid indispensables.

Je ne veux point discuter ici la valeur de la trachéotomie. Il est bien reconnu aujourd'hui que c'est la plus belle et la plus efficace des opérations qui se puissent pratiquer. Aussi croyons-nous, comme Lenoir, que l'humanité gagnerait beaucoup à ce qu'elle devînt vulgaire, aussi vulgaire que l'était la saignée. Mon but, dans le cours de ces leçons, est de vous démontrer que ce résultat n'est pas impossible à obtenir, et, ce but, je ne désespère pas de l'atteindre.

Voici quelle est la marche que nous suivrons. Après un aperçu historique très-succinct, nous accorderons quelque temps à la description de la région du cou. Passant en revue les diverses méthodes ou procédés, nous arriverons au procédé classique, que nous exposerons dans tous ses détails. Lorsque nous serons suffisamment édifiés sur la région et sur les moyens que la chirurgie met à votre disposition, je vous exposerai ma manière de faire, et, envisageant la question au point de vue absolument pratique, je vous conduirai depuis le prologue, c'est-à-dire depuis le moment où l'on vient vous chercher en toute hâte pour opérer un croup jusqu'à la conclusion heureuse ou fatale, c'est-à-dire la guérison ou la mort de votre opéré. Cela dit, je commence.

Dans l'étude historique des divers moyens proposés et employés pour pratiquer l'ouverture artificielle et méthodique du canal aérien, nous croyons utile de conserver le titre général de bronchotomie qui, au moment où ce mot fut créé, signifiait ouverture d'un point quelconque de l'arbre respiratoire, et qui résume, par conséquent, la trachéotomie, la laryngotomie et la laryngo-trachéotomie.

Tout en étant fort ancienne, la bronchotomie ne remonte cependant pas jusqu'à Hippocrate, qui conseillait l'introduction d'une canule dans la trachée par les voies naturelles.

Attribuée par Galien à Asclépiade, qui pratiquait à Rome cent ans environ avant Jésus-Christ, pratiquée par un autre chirurgien romain, Anthyllus, dont Paul d'Egine nous décrit le procédé, mentionnée, mais repoussée par Arétée et Cœulis Aurelianus, la bronchotomie ne trouve dans les arabistes, Razès-Avicenne, qu'un appui bien tiède, puisque le plus célèbre d'entre eux, Albucasis, nous apprend que, dans son pays, personne n'oserait la pratiquer, et que Guy de Chauliac ne la propose que timidement quand on croit que le malade se perdra. « Il veut, dit-il, qu'on ouvre la canne ou gargamelle entre les deux anneaux, tellement qu'il puisse halciner, le laissant ouvert durant trois jours et non plus, jusqu'à ce que la malice du mal soit passée, puis soit cousu et incarné. »

Si nous nous rapprochons de notre époque, nous sommes forcés de constater que c'est d'Italie que nous viennent les premiers travaux relatifs au sujet. En 1546, Musa Brassavole, médecin du duc de Ferrare, relate la première observation de bronchotomie faite avec succès dans un cas d'angine grave, et, vers 1585, Sanctorius, professeur à l'université de Padoue, imagine d'introduire dans la trachée, à l'aide de son trocart destiné à la paracentèse, une canule qu'il laisse dans la plaie. Enfin, vers 1600, Fabrice d'Aquapendente et Casserio donnent une vigoureuse impulsion à l'opération qui nous occupe, en s'élevant, comme le fit plus tard Garengeot, contre le préjugé qui, depuis Arétée, voulait que les plaies des cartilages ne se cicatrisassent pas.

En 1620, Habicot, chirurgien de Paris, publia trois cas de guérison à la suite de bronchotomies pratiquées deux fois dans des cas d'angine, une fois dans un cas d'obturation de la glotte par un corps étranger, et, en 1644, Frédéric Monavius, professeur à Stettin, traduisait mot pour mot, mais sans le citer, le travail d'Habicot ; mais pourtant conseillait ce qui avait échappé à l'homme dont il était le plagiaire l'application de la bronchotomie à l'extraction des corps étrangers introduits dans les voies aériennes. De 1646 à 1675, René Moreau, doyen de la Faculté de médecine, Marc Aurèle Séverin, Scultet se prononcent pour l'opération ; par la suite, Dionis Ledran, Garengeot en France Virgili en Espagne, Chowel en Angleterre, la pratiquent ou la conseillent ; mais la plus grande impulsion lui est, sans contredit, communiquée par les deux mémoires que Louis présente à l'Académie de chirurgie. A partir de ce moment, les travaux abondent. Vicq d'Azir, Desault, Boyer et, plus près de nous, Pelletan, Bretonneau, Trousseau publient des travaux extrêmement importants sur l'application de l'opération au croup, et vulgarisent absolument la trachéotomie ; mais bien que le procédé décrit par Trousseau soit resté le procédé classique, cela ne veut point dire qu'on en soit resté là. C'est ainsi que nous aurons à passer en revue, pour arriver jusqu'à nos jours, le procédé de M. Chassaignac à l'aide du ténaculum cannelé, le trachéotome dilatateur de M. Maisonneuve, le trachéotome de Langenbeck, de Marc Sée, etc., etc. Nous terminerons par un exposé de la bronchotomie par le galvano-cautère et par le cautère actuel.

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 décembre.

Liqueur antiodontalgique.

M. le docteur Delioux de Savignac recommande la liqueur suivante qu'il a souvent prescrite avec succès :

Chloroforme	2	grammes.
Laudanum de Sydenham	2	—
Alcoolat de menthe	40	—

Posez une boulette de coton imbibée de cette liqueur sur la dent douloureuse ; de même faites-en des applications sur la gencive, et au dehors sur la région maxillaire au voisinage de la douleur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 décembre 1874. — Présidence de M. DEVERGIE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet une demande d'autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, une source d'eau minérale sise dans la commune de Cornillon en Trièves (Isère) [commission des eaux minérales].

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Deux lettres : l'une de M. Gaveau-Lagneau, et l'autre de M. Lunier, qui se portent candidats à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale;

2° Une lettre de M. Alf. Riche, professeur à l'école de pharmacie de Paris, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de pharmacie;

3° Un mémoire intitulé : *Quelques mots sur la vaccination*, par M. le docteur Chevalier, de Provins (commission de vaccine);

4° Une réclamation de priorité adressée par M. Monocq, à propos de l'appareil à transfusion du sang récemment présenté par M. Béhier au nom de M. Collin.

PRÉSENTATIONS

M. BÉCLARD présente, de la part de M. le docteur Louis Laussedat, la 2e édition d'un ouvrage intitulé : *La Suisse. Études médicales et sociales.*

M. CHAUFFARD offre en hommage, de la part de M. le professeur Fuster (de Montpellier), le premier volume d'un ouvrage intitulé : *Clinique médicale de Montpellier.*

M. LARREY présente, de la part de M. le docteur Borius, un volume intitulé : *Recherches sur le climat du Sénégal.*

M. HARDY présente, au nom de l'auteur, une brochure intitulée : *Applications de l'électricité à la médecine et à la chirurgie*, par M. le docteur Tripier.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voix du scrutin, à l'élection d'un correspondant national dans la première division (pathologie, etc.).

La commission présente :

En première ligne, M. Coze (de Nancy).

En deuxième, M. Jacquez (de Lure).

En troisième, M. Guipon (de Laon).

En quatrième *ex æquo*, MM. Berchon (de Pauilliac), Burdel (de Vierzon), Dechaux (de Mont-Luçon).

Le nombre des votants étant de 68, dont la majorité est 35 :

M. Guipon obtient	47	suffrages.
M. Coze —	17	—
M. Burdel —	2	—
M. Berchon —	1	—
M. Jacquez —	1	—

En conséquence M. Guipon est proclamé membre correspondant.

RAPPORTS

M. POGGIALE lit un rapport sur un procédé imaginé par M. Personne pour déterminer au moyen de liqueurs titrées et sans faire usage de la balance, la proportion réelle d'iodure de potassium contenue dans les iodures impurs du commerce.

M. LEFORT au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit d'abord une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées.

M. LARREY, à cette occasion, demande que la commission soit autorisée à ne pas rédiger de rapport lorsque les formules adressées par des personnes étrangères à toute notion scientifique et transmises par le ministre sont d'une absurdité évidente.

MM. BUSSY et COLIN appuient cette motion.

M. LE PRÉSIDENT objecte qu'il faut bien répondre au ministre lorsque celui-ci demande l'avis de l'Académie, et qu'une commission ne peut pas répondre au nom de ce corps savant sans l'avoir consulté.

M. DEPAUL pense aussi que la suppression de tout rapport en pareil cas serait une mesure bien radicale ; il craindrait de voir l'Académie abdiquer ainsi tout contrôle sur les décisions adoptées par une commission. Cependant il est bien certain qu'on gagnerait beaucoup de temps à supprimer la lecture publique de rapports sans intérêt. Il serait bon que l'on chargeât le conseil d'administration d'examiner ce qu'il y aurait à faire.

L'Académie, consultée, se prononce pour le renvoi au conseil d'administration.

M. LEFORT, après cet incident, reprend la lecture, par un rapport élogieux, sur un nouveau genre de cataplasme imaginé par M. Lelièvre. L'inventeur se sert de deux feuilles de ouate superposées qu'il imbibe d'une solution de *Fucus crispus*, et qu'il fait sécher à l'étuve après les avoir fortement pressées. Il obtient ainsi des feuilles minces, de la consistance du carton, qu'il suffit de tremper, pendant quelques minutes, dans de l'eau chaude pour les faire de nouveau gonfler et imbiber d'un liquide mucilagineux. M. le rapporteur a provoqué des expériences dans plusieurs services hospitaliers, et partout on s'est déclaré très-satisfait de ce genre de cataplasme.

MM. GOSSELIN, VERNEUIL, LARREY, DEMARQUAY et plusieurs autres membres témoignent également des avantages qu'offre ce mode de préparation des cataplasmes.

Les conclusions très-favorables du rapport sont, en conséquence, adoptées sans opposition.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 novembre 1874 (1). — Présidence de M. PERRIN.

DISCUSSION

Chloral et chloroforme. — M. DOLBEAU. Je regrette que M. Lannelongue n'ait pas écrit son rapport, si consciencieusement fait, et j'espère que M. le secrétaire aura pu le reproduire dans son intégrité. Depuis quelque temps déjà j'ai été frappé du danger qu'il pouvait y avoir à chloroformer des malades sous l'influence du chloral, et je demande à citer, à l'appui de cette opinion, deux faits qui m'ont paru assez caractéristiques :

Une dame de ma clientèle, souffrant d'une fissure à l'anus, se décida à la dilatation brusque du sphincter anal. Comme, en dehors du moment de la défécation elle avait, d'une manière presque continue, des crises extrêmement douloureuses, elle prenait habituellement du sirop de chloral. Quand je me présentai pour l'opérer, elle dormait; on ne put la réveiller qu'à demi ; je la chloroformai dans cet état, et, je dois le dire, à l'aide d'une très-faible dose de chloroforme. La dilatation une fois faite, j'eus beaucoup de peine à la réveiller, et je puis affirmer que son état était bien fait pour inspirer des craintes ; elle prononçait quelques paroles, puis se rendormait, et, bien que la température fût très-élevée, se refroidissait progressivement.

Quelque hâte que j'eusse de partir, pressé que j'étais par un rendez-vous, je fus contraint de rester plus d'une heure près d'elle. Cette dame finit enfin par se remettre, et il n'en résulta rien de fâcheux.

L'an dernier, j'eus l'occasion de faire, sur un général de l'armée anglaise revenant des Indes, la résection du maxillaire inférieur. Je le chloroformai facilement. Après l'opération, le réveil fut facile;

(1) Fin. — Voir le numéro du 15 décembre.

mais je remarquai pourtant, chez mon opéré, une singulière tendance à se rendormir et à se refroidir.

Je restai deux heures près de lui, et, quand je fus contraint de le quitter, mes inquiétudes étaient loin d'être dissipées. Je laissai près de lui un de mes aides, docteur en médecine, fort habitué au maniement du chloroforme. Deux heures plus tard le malade, que je revis alors, était encore dans un état de mort probable, et ce n'est que le lendemain qu'une amélioration notable se déclara. J'appris alors que mon malade avait pris, avant l'opération, 10 grammes de chloral, et ma conviction commença à s'établir sur ce point qu'il est dangereux de chloroformer un malade qui a pris de l'hydrate de chloral.

J'ai vu l'été dernier, dans le Calvados, un malade atteint d'une affection du rectum fort douloureuse ; ce qui me frappa chez lui, ce fut une tendance considérable au refroidissement. Comme je conseillais le chloral à son médecin dans le but de le soulager, j'appris qu'il en avait pris 14 grammes la nuit précédente. Ce malade, par parenthèse, succomba dans la nuit qui suivit ma visite.

Il est donc nécessaire, avant de chloroformer les gens, de s'informer s'ils ont pris du chloral. Je constate, d'ailleurs, que, dans les cas que j'ai pu observer, la dose de chloroforme, après l'administration du chloral, a été extrêmement minime ; et c'est un phénomène que j ai déjà observé quand je me suis occupé de la question médico-légale, de savoir s'il est possible de faire succéder le sommeil anesthésique au sommeil naturel. Comme je l'ai démontré, cette manœuvre est possible grâce à certaines précautions ; et dans ce cas également il faut très-peu de chloroforme pour obtenir l'anesthésie.

M. TRÉLAT. Je vois bien, dans le travail de M. Forné, une certaine ingéniosité et un aperçu théorique très-intéressant, mais je constate que ce travail repose sur deux observations ; or l'anesthésie chloroformique présente différents degrés. C'est ainsi que nous avons, en premier rang, l'anesthésie complète avec résolution musculaire ; nous avons ensuite peut-être vingt degrés différents que l'on peut utiliser suivant les cas. C'est ainsi que les coliques hépatiques ou néphrétiques se calment avec très-peu de chloroforme. Or, dans les deux cas cités par M. Forné, il s'agit d'une exploration vésicale chez un enfant de cinq ans, et d'une incision d'un abcès de l'anus. Ce sont des opérations courtes et peu douloureuses.

Il faudrait, pour juger la méthode, de longues opérations comportant une succession et pour ainsi dire un état de douleurs. Aussi, dans ce travail, la partie théorique me paraît-elle finement traitée ; mais je ne puis m'empêcher de trouver la partie relative aux observations un peu légère, le tout sans préjudice des dangers que notre collègue M. Dolbeau a signalés.

M. GUYON. J'ai eu la même impression que M. Dolbeau au sujet d'un malade que j'opérai de la taille une après-midi. Il avait pris la nuit précédente 3 ou 4 grammes de chloral, et il était parfaitement réveillé quand le chloroforme lui fut administré. Quatre heures après je constatai, chez ce malade, l'état que M. Dolbeau nous signalait ; et bien que j'aie été alors tenté de l'attribuer à une légère hémorrhagie, je demeure convaincu que ce malaise a été dû au mélange du chloral et du chloroforme, et que l'association de ces deux agents peut avoir de graves dangers.

M. TRÉLAT. Je rappelle à la société que ce phénomène de sommeil prolongé a été observé à la suite des injections de chloral dans les veines.

M. DEMARQUAY. Le sujet dont il s'agit m'a beaucoup occupé, et j'ai fait quelques expériences sur les animaux, sur lesquels j'ai constaté une grande tendance au refroidissement. La réfrigération peut, du reste, être déterminée par le chloroforme seul, et je me rappelle avoir vu chez Lenoir une anémique qui, sans hypnotique pris avant le chloroforme, fut prise d'accidents de refroidissement qu'il fut très-difficile de vaincre.

Il y a peu de jours j'ai observé, chez une dame que j'avais chloroformée pour l'ablation d'une petite tumeur du sein, une syncope complète ; et en dépit des frictions, insufflations, etc., j'eus beaucoup de peine à la faire revenir à elle. Que sera-ce donc quand on emploiera simultanément les deux agents. Notons en passant qu'on n'a plus aucune action sur le chloral une fois administré, si l'on a affaire à des accidents tels que la syncope, une hémorrhagie secondaire, etc. Aussi, considérant le chloroforme comme déjà suffisamment redoutable, je me révolte contre l'association de cet agent anesthésique avec le chloral.

M. SÉE. Je tiens à relever deux affirmations dans le travail de M. Forné. La première est la suivante : Le danger dans l'administration du chloroforme est en rapport avec la dose employée. Cela n'est pas soutenable ; témoin les morts subites aux premières inspirations, et, d'autre part, l'anesthésie prolongée durant les accouchements.

La seconde est ainsi formulée : Les sujets qui s'insurgent et se débattent contre l'action du chloroforme courent de plus grands dangers que les sujets dociles et résignés. J'ai eu occasion de remarquer souvent, chez les enfants, que ce sont ceux qui se révoltent le plus qui sont les plus facilement anesthésiés, en raison même des inspirations énormes auxquelles ils se livrent.

M. PERRIN. Je tiens à ajouter quelques observations destinées à atténuer quelque peu les teintes si sombres du tableau que l'on vient de retracer. L'été dernier, j'avais à soigner un officier extrêmement nerveux et atteint d'un rétrécissement uréthral justiciable de l'uréthrotomie ; j'avais plusieurs fois déjà tenté à plusieurs reprises de le chloroformer. Son agitation avait été telle, de véritables crises hystériformes si intenses s'étaient manifestées que j'avais dû y renoncer. Je lui administrai, une heure avant la visite, 3 grammes de chloral. A onze heures, il dormait d'un profond sommeil. Je lui administrai alors du chloroforme sans difficulté ; je l'opérai, et le réveil se fit dans les conditions normales. Voilà un fait qui se rapproche beaucoup de ceux que cite notre confrère M. Forné, et qui diffère absolument de ceux de MM. Dolbeau et Guyon. Il est certain que chez cet homme, d'un nervosisme rare, la sédation a été absolue ; aussi suis-je convaincu qu'en dominant le système excito-moteur, il y aura moins de dangers à administrer le chloroforme. La prétendue sidération nerveuse n'est qu'un mot, et l'on peut parfaitement constater chez les animaux que le cœur reste sourd à toute excitation périphérique quand l'animal est profondément endormi. Il n'y a pas, à proprement parler, d'empoisonnement chez l'homme par le chloroforme ; il y a des accidents dus au système excito-moteur.

Je crois, comme M. Sée, qu'il faut aller jusqu'à la tolérance anesthésique complète, et je m'étonne qu'on propose, suivant les différents cas, un quart, une moitié, un vingtième de chloroformisation. C'est là une très-mauvaise pratique, et la plupart des accidents survenus pendant la chloroformisation ont été observés à propos d'opérations peu importantes pendant que l'anesthésie était incomplète, et alors que le chloroforme était administré par des mains timides et inexpérimentées.

Je me résumé : Bien que, dans le système proposé par M. Forné, il y ait une ingénieuse application physiologique, je ne le conseillerais pas d'une manière générale, considérant que le chloroforme seul nous donne le plus souvent satisfaction ; mais je les réserverais pour les cas de nervosisme extrême, où la chloroformisation est très-laborieuse et parfois impossible.

M. ROCHARD. Je plaiderai les circonstances atténuantes en faveur de M. Forné. On lui a reproché d'édifier son travail sur deux observations d'opération de peu d'importance. On sait que MM. Bernard, Sarrazin et Poncet, associant deux agents toxiques tels que l'opium et le chloroforme, ont observé sur leurs sujets une sidération et une réfrigération alarmantes. On n'a pas que des opérations graves et longues à tenter. De petites opérations, des explorations analogues à celles que cite M. Forné prêtent beaucoup mieux à l'expérimentation.

C'est ainsi que M. Guibert (de Saint-Brieuc), est parvenu, en associant les injections morphinées à de faibles doses de chloroforme, à rendre presque indolents les accouchements laborieux. Pour ma part, je ne crains pas le chloroforme, et je ne tiens pas absolument au chloral ; mais je ne comprends pas qu'on fasse des expérimentations analogues à celles de notre confrère dans des cas graves où l'anesthésie devra être profonde et prolongée. C'est dans ce sens que je suis loin de lui reprocher le peu d'importance et la pénurie des cas sur lesquels il établit son travail.

M. LANNELONGUE. Je répondrai au premier reproche qui m'a été très-gracieusement fait : je n'ai pas fait de rapport écrit parce que

j'avais été chargé d'un rapport oral ; cela dit, je suis absolument de l'avis de M. Rochard. Je remercie M. Dolbeau d'avoir attiré l'attention sur les dangers de l'association du chloral et du chloroforme. L'action du chloral est souvent différente suivant les sujets, surtout relativement à la rapidité de son action ; on peut lui reprocher également une tendance constante au ralentissement des battements du cœur et à la coagulation du sang. Que dans ces conditions on administre le chloroforme, on augmente encore ces propriétés.

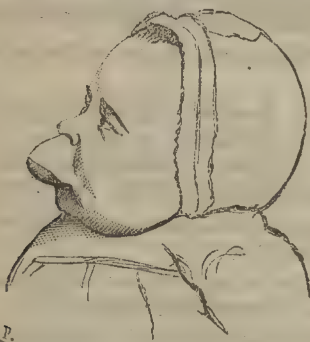
Du reste, tout en considérant comme peut-être plus difficile à manier l'action synergique du chloral et du chloroforme, je rappellerai que le chloroforme seul a souvent une action très-prolongée sur les malades anesthésiés qui, dans ce cas, ne se remontent pas, mais s'éteignent pour ainsi dire ; il est évident que, dans ces cas, le chloroforme a les effets délétères d'un poison lentement absorbé. Doit-on, dans le même ordre d'idées, sidérer absolument les malades même pour les petites opérations, ou faut-il, comme l'a proposé M. Trélat, endormir à moitié ou au quart ; il est à peine besoin, je crois, d'insister beaucoup sur cette pratique ; tous les chirurgiens sans exception la suivent, pour ainsi dire, d'instinct. Quel que soit le résultat de cette discussion, je crois que nous devons savoir gré à M. Forné de son travail, ne fût-ce que pour avoir été l'occasion des communications dont il a été l'objet.

M. LARREY. J'ai été frappé de la communication de M. Dolbeau, relativement à la facilité déplorable avec laquelle les malades se procuraient du chloral. La Société de chirurgie pourrait, se fondant sur les observations citées, faire une demande relative à la prohibition de la vente de cet agent toxique, et s'il était nécessaire que l'Académie de médecine fît une motion dans ce sens, je suis convaincu que tous les membres de la société faisant partie de l'Académie l'appuieraient, et je m'engagerais moi-même à en faire la proposition formelle.

M. LE PRÉSIDENT fait observer que cette démarche est bien plus du ressort de l'Académie de médecine que de la Société de chirurgie.

COMMUNICATION

M. DOLBEAU. Je pense que la société entendra avec intérêt quelques détails relatifs à un enfant qui lui a été présenté par M. Blot et qui était affecté d'un développement monstrueux congénital de la lèvre supérieure, laquelle avait la forme d'un véritable grouin.

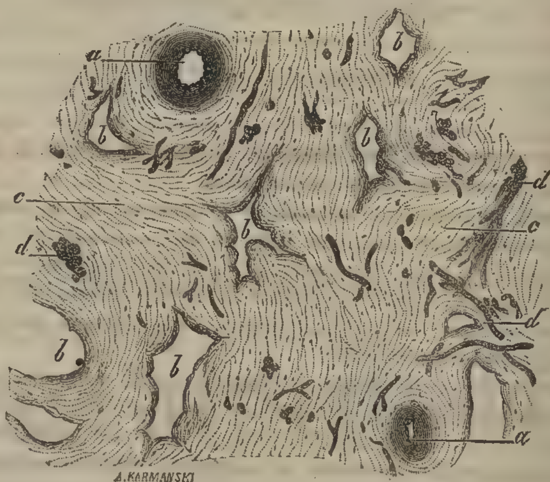


Vous vous le rappelez, les avis furent partagés. Le mien fut qu'il fallait opérer, et, grâce à l'obligeance de M. Blot, j'ai pu pratiquer cette opération. J'ai dédoublé pour ainsi dire la lèvre supérieure, séparant la muqueuse et la peau du produit pathologique, ou au moins cherchant à obtenir le résultat. Après l'opération la lèvre avait à peu près repris ses proportions normales ; et, chose bien curieuse, cette tumeur paraissait plutôt exsangue que trop vasculaire, et je n'ai pas même eu à lier les artères coronaires labiales supérieures. L'enfant a guéri ; mais un an après, il succombait à une méningite tuberculeuse. Ici, messieurs, se place un incident réellement touchant et bien rare. La mère de cet enfant m'écrivit pour m'apprendre que son enfant était mort et pour me dire qu'elle mettait le cadavre à ma disposition si je pensais que la science eût quelque chose à gagner à son examen.



C'est ainsi que je pus enlever toute la lèvre supérieure et la soumettre à un examen attentif. Cette tumeur n'était autre chose qu'une hypertrophie des éléments fibreux de la lèvre, tenant à l'irritation du tissu normal. Elle ne contenait point de vaisseaux anormaux, mais un habile micrographe, M. Grancher, y avait trouvé dix lacunes







lymphatiques absolument gigantesques, cinquante à soixante fois plus grandes qu'à l'état normal. Je croyais avoir laissé après mon opération un nombre considérable de ces éléments ; aussi quand je portai à M. Grancher la lèvre supérieure que j'avais enlevée, l'interrogeai-je à ce sujet. Il a constaté l'absence de tout élément accidentel. Le tissu musculaire était quelque peu atrophié, et le tissu fibreux recélait bien des lacunes lymphatiques, mais absolument normales. Cet enfant était donc guéri, et la récidive n'était plus à craindre, et je ne puis mieux terminer que par la définition de M. Grancher. Cette

affection consistait en une angioleucite chronique avec hypertrophie de l'élément fibreux.

DISCUSSION

M. DESPRÈS. Je demanderai à M. Dolbeau quel était l'état des glandes de la peau.

M. DOLBEAU. Les glandes étaient agrandies; le système pileux était également très-développé.

M. DESPRÈS. J'avais considéré cette tumeur comme un fibrome consécutif à un hématome. Je crois que vu la dilatation des lymphatiques et des glandes, on peut la classer dans les éléphantiasis de Virchow.

M. BLOT. Je ferai observer qu'il n'y avait pas de tumeur proprement dite. La lèvre était hypertrophiée dans tous ses éléments, j'appellerais donc cette affection non pas un éléphantiasis; mais bien une hypertrophie congénitale de la lèvre.

M. TERRIER. J'appuie l'opinion émise par M. Desprès. Cette tumeur a la plus grande analogie avec celles que Virchow a décrites, et que les recherches de M. Renaud, au Collége de France, sur les lacunes lymphatiques doivent également faire ranger dans les éléphantiasis.

M. DOLBEAU. J'insiste sur ce fait que les éléments musculaire, vasculaire et nerveux étaient plutôt atrophiés qu'hypertrophiés.

M. OBÉDÉNARE (de Bucharest) fait une lecture sur le testicule syphilitique de la première enfance.

COMMISSION POUR L'EXAMEN DES TITRES DES CANDIDATS AUX PLACES VACANTES DE MEMBRES CORRESPONDANTS.

MM. Verneuil, Trélat, Larrey, Blot, Marjolin.

La séance est levée à cinq heures quarante minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

NÉCROLOGIE

Samedi, 12 décembre, une affluence nombreuse, composée de la plus grande partie de la population civile de Châteaudun et de tous les officiers de la garnison, conduisait à sa dernière demeure M. le docteur Meunier, mort à l'âge de quatre-vingt-quatre ans.

Après avoir fait, comme chirurgien militaire, la désastreuse campagne de Russie et la campagne de France (1814-1815), le docteur Meunier donna sa démission, en 1820, pour se fixer à Châteaudun, où il exerça la médecine avec beaucoup de succès pendant cinquante-quatre ans.

M. Meunier se distingua pendant les épidémies de choléra de 1832 et 1849, et était chevalier de la Légion d'honneur depuis plus de trente ans.

Le 18 octobre 1870, pendant que les obus et la mitraille répandaient l'incendie dans Châteaudun, le docteur Meunier, quoique octogénaire, fit ses adieux à sa famille et se rendit, au milieu d'une pluie de projectiles, dans une manufacture de la ville, qu'il érigea en ambulance. Il y resta quarante-huit heures sans prendre de nourriture, et, lorsque, épuisé de fatigue, il voulut rentrer chez lui, sa maison était réduite en cendres; elle avait été incendiée à la torche par les Prussiens. Le docteur Meunier, malgré son grand âge, continua pendant plus de trois mois à diriger l'ambulance qu'il avait créée.

Cet homme de bien, dévoué jusqu'à l'abnégation, emporte l'estime et les regrets sympathiques de ceux qui l'ont connu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous sommes heureux d'annoncer que l'Assemblée nationale vient de décider — sans discussion — qu'elle passerait à une troisième délibération sur le projet de loi relatif à la protection des enfants du premier âge, et en particulier des nourrissons. M. le docteur Roussel a rendu, par ce projet de loi, un véritable service au pays.

— Par décret en date du 11 décembre 1874, M. Régnier, pharmacien major de 1re classe a été promu au grade d'officier dans la Légion d'honneur.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Hirtz, professeur de clinique médicale, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1874-1875, par M. Bernheim, agrégé près ladite faculté.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 147. — SAMEDI 19 DÉCEMBRE 1874. 47e ANNÉE. SAMEDI 19 DÉCEMBRE 1874. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Angine de poitrine.

Il n'est pas de maladie mieux connue et plus facile à reconnaître que l'angine de poitrine. Symptomatiquement et nosologiquement, l'angine de poitrine est une maladie parfaitement définie. Mais s'agit-il de sa pathogénie, s'agit-il surtout de déterminer si elle dépend d'une lésion constante et toujours la même ou de lésions diverses, ou si même elle peut se montrer indépendamment de toute lésion anatomique appréciable? Voilà où commencent les difficultés, où se manifestent les divergences d'opinion et de doctrines.

Ces divergences sont nombreuses et profondes. On a groupé les principales opinions sous trois chefs principaux ; d'où trois théories : la théorie dite anglaise, qui considère l'angine de poitrine comme étant toujours le résultat d'une lésion du cœur ou des gros vaisseaux ; l'ancienne théorie allemande, qui en faisait une manifestation de la diathèse goutteuse ; et la théorie française, qui en fait une névrose douloureuse ou une névralgie des plexus cardiaques, névralgie qui serait tantôt idiopathique ou spontanée, tantôt symptomatique.

M. Sée n'admet pas d'angine sans lésion, et s'il fallait le ranger parmi les partisans de l'une des trois théories qui se partagent l'opinion des cliniciens sur ce sujet, ce serait à la théorie anglaise qu'il se rattacherait.

Le fait suivant, qui vient de se passer dans son service, tendrait manifestement à lui donner raison.

Un malade était entré à la Charité en octobre dernier, présentant comme phénomène, à son arrivée, une anxiété formidable ; le genre de dyspnée qu'il éprouvait ne ressemblait ni à celle des accès d'asthme, ni à la dyspnée cardiaque ; avec une anxiété extrême, le rhythme de la respiration n'en restait pas moins régulier, sans trouble appréciable ni dans l'inspiration ni dans l'expiration. Le malade éprouvait, en outre, les deux douleurs caractéristiques de l'angine de poitrine, qui sont loin d'ailleurs d'être constantes, la seconde surtout, la douleur précordiale et la douleur de l'épaule gauche.

Comme phénomène d'auscultation, voici ce qui a été constaté : bruit de souffle systolique à la base du cœur et un peu aussi à la pointe. Cet homme avait eu d'abord des accès éloignés, au début de son affection ; puis ces accès s'étaient rapprochés, et il avait fini par en avoir cinq ou six par jour, au point qu'en dernier lieu, ils étaient presque subintrants. Dans l'intervalle des accès, il n'y avait pas la moindre dyspnée. Le malade n'avait ni hydropisie, ni signe de congestion pulmonaire. Rien, en un mot, ne semblait révéler l'existence d'une maladie du cœur.

Cet homme, ayant éprouvé une rémission dans ses accès, avait demandé à sortir de l'hôpital ; mais il n'avait pas tardé à éprouver la nécessité d'y rentrer, et, cette fois, le troisième jour de son entrée dans les salles, il a succombé dans un accès.

Voici sommairement ce qu'a montré l'autopsie : le cœur était dilaté et hypertrophié, surtout le ventricule gauche. L'aorte était athéromateuse, d'une dureté presque cartilagineuse ; l'athérome avait déterminé un gonflement assez considérable de l'endartère, au-dessus des valvules sigmoïdes. Par suite de ce gonflement, l'orifice de l'artère coronaire était extrêmement rétréci et induré, il avait perdu son élasticité, et l'on y sentait un petit rebord dur, saillant ; son calibre se trouvait ainsi réduit de moitié. L'une des principales colonnes charnues du cœur était amincie et indurée, ce qui contribuait, avec la dilatation du cœur, à donner lieu à une insuffisance relative de l'orifice mitral. Enfin l'artère coronaire était rétrécie dans toute son étendue et oblitérée même complétement dans un point de son trajet. — Ainsi s'expliquaient les bruits de souffle que l'on avait entendus pendant la vie. — C'est surtout par cette lésion qu'on pouvait se rendre compte du genre de mort auquel avait succombé ce malade. L'artère coronaire ne portant plus au cœur qu'une quantité insuffisante de sang, il était arrivé un moment où le cœur, déjà altéré de longue main, avait brusquement cessé de battre, d'où une syncope mortelle.

Le système nerveux du cœur n'a pas encore été examiné. Il y aura donc lieu de revenir sur les résultats encore incomplets de cette autopsie, qui présente déjà, comme on le voit, un grand intérêt.

Hystérie.

La malade du service de M. Sée, dont nous avons parlé dans la dernière Revue, et qui avait présenté ces phénomènes apoplectiformes si singuliers que nous avons désignés sous le nom d'*apoplexie transitoire*, est entrée depuis dans une nouvelle phase. On se rappelle que l'hémiplégie droite s'était dissipée en moins de vingt-quatre heures ; elle a été remplacée depuis par un certain degré de contracture avec anesthésie générale, plus prononcée toutefois à droite qu'à gauche. On ne peut assurément méconnaître, à cette mobilité des perturbations

fonctionnelles du système nerveux, le caractère hystérique qui a été reconnu dès le principe chez cette malade.

Tuberculisation secondaire.

M. le professeur Lasègue, dans sa dernière leçon clinique à l'hôpital de la Pitié, a appelé l'attention de son auditoire sur un fait de pathogénie qui est encore mal déterminé; nous voulons parler de la manifestation secondaire de tubercules sur divers points de l'organisme plus ou moins éloignés du point de leur manifestation première; sorte d'infection purulente médicale souvent méconnue, bien qu'elle se passe fréquemment sous nos yeux. Trois malades du service de la Clinique en ont présenté en même temps autant d'exemples.

Une femme âgée de quarante-six ans (il y a lieu de remarquer l'âge) entrait, il y a quelques mois, dans le service, présentant du côté droit des signes de tuberculisation au troisième degré. Elle végétait dans la salle comme tous les phthisiques, lorsqu'il y a quelques jours, elle fut prise d'accidents méningitiques qui entraînèrent la mort. A l'autopsie, on trouva, en effet, un foyer de ramollissement dans les méninges. Du côté du poumon gauche, petite excavation avec congestion périphérique, granulations grises disséminées de ce côté.

Le deuxième fait est celui d'une femme portant une affection vertébrale qui occupe les trois dernières vertèbres dorsales. On avait constaté antérieurement un noyau de ramollissement du côté du poumon droit.

Le troisième fait a trait également à une femme qui présente, depuis plusieurs mois, du côté droit, un ramollissement. Aujourd'hui, l'affection commence du côté gauche.

Ces trois faits viennent, comme on le voit, à l'appui de cette doctrine, qui consiste à admettre que, quand il a un foyer purulent (généralement ce foyer est pulmonaire) dans un point quelconque de l'économie, il est susceptible de devenir le point de départ de lésions secondaires dans des organes plus ou moins éloignés. Le foyer primitif, dit M. Lasègue, est comme la mère-patrie. Les foyers secondaires sont les émissaires qui en partent et qui l'étouffent souvent.

Ces faits sont intéressants, parce qu'ils permettent de rattacher d'une manière palpable à la tuberculose des affections qui en semblent d'abord distinctes, comme la méningite citée plus haut, par exemple.

Paraplégie par compression.

Dans le petit préambule que nous avons placé en tête de la conférence de M. Charcot sur le mal de Pott (numéro du 15 décembre), nous avons dit que les effets de la compression lente de la moelle épinière étaient à peu près identiques, quelle que fût la cause déterminante de la compression, mais qu'il y avait toutefois à tenir compte des symptômes propres à cette cause elle-même. C'est ce qui a été fait en particulier pour le mal de Pott dans cette conférence.

Dans la conférence suivante du 6 décembre, M. Charcot nous a montré un exemple de paraplégie par compression simple et directe résultant d'une lésion de la colonne vertébrale produite par une chute d'un lieu élevé. Ici la paraplégie se montre avec un caractère qui lui est propre, elle consiste en une simple diminution de la sensibilité. Quand on pince la malade, elle sent, mais elle sent d'une certaine façon; elle éprouve d'abord une petite contraction par action réflexe, puis une sorte de vibration, puis une sensation vague, mal déterminée, tantôt de chaleur ou de froid, tantôt de piqûre. Il y a, en outre, une tendance à l'extension. Cette vibration, qui commence au point touché, descend jusqu'à la pointe du pied, puis elle remonte jusqu'au bassin, et de là elle redescend le long du membre opposé. Il se passe plusieurs minutes avant que cette évolution soit accomplie. Ce n'est guère que dans la compression de la moelle que l'on observe cette sorte de dysesthésie.

Ce phénomène rappelle ce que Cruveilhier a décrit sous le nom de *retard*, mais il en diffère en réalité. Dans le phénomène décrit par Cruveilhier, il y a effectivement un retard dans la perception de la sensation; lorsqu'on pince le malade, il n'accuse la sensation douloureuse qu'au bout de trente secondes, environ. Ici la vibration se produit presque immédiatement, et elle ne s'éteint qu'après avoir duré d'un quart d'heure à vingt minutes.

L'un des caractères propres de ces paraplégies par compression est la manifestation de pseudo-névralgies, que l'on n'observe ni dans les myélites, ni dans les cas de tumeurs intra-médullaires.

M. Charcot n'a pas cherché à expliquer ces faits, il s'est borné à les constater. Ceux qui tiendraient à une explication pourraient peut-être en trouver les éléments dans la théorie physiologique des sensations associées; mais il déclare, pour son compte, s'en tenir à la constatation du fait.

Dr Brochin.

RÉTENTION DES MEMBRANES PLACENTAIRES

DANS L'UTÉRUS APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Par M. le docteur Yves.

La *Gazette des Hôpitaux* du 5 décembre a publié deux observations très-intéressantes de M. Bailly sur la rétention des membranes de l'œuf après l'accouchement. M. Bailly dit que ces cas ont lieu ordinairement lorsqu'il y a inversion du placenta dans sa chute et, par conséquent, renversement de l'ordre de superposition des membranes. Cette disposition peut, je le crois, favoriser cet accident, mais n'est pas indispensable, et le cas qui s'est présenté la semaine dernière à mon observation en est la preuve. Si, en effet, comme le dit avec justesse M. Bailly, le délivre vient présenter, après sa chute, sa face utérine, le chorion, non soutenu par l'amnios, pourra se déchirer et rester en tout ou en partie dans la cavité utérine, surtout s'il y a une faiblesse naturelle des membranes. Mais il n'y a pas d'adhérence anormale. Dans le cas que je cite ici, il n'y a pas d'inversion placentaire, c'est bien la face amniotique qui se présente, le chorion est bien doublé par l'amnios, mais il est épaissi, et il y a de plus adhérence anormale en un point de la cavité utérine.

Il me semble qu'il faut distinguer ce cas du premier. Il faut avoir senti soi-même cette force de résistance pour s'en rendre compte; il me semblait que j'aurais plutôt retourné l'utérus en tirant que produit l'arrachement des membranes.

Dans le premier cas, on craint avec raison une rupture en tirant, et l'on donne le conseil de saisir profondément les membranes avec une pince pour mieux les enrouler et les arracher; dans le second cas, ce moyen est inutile, car la pince, en donnant plus de prise, ne pourrait, à cause des adhérences, arriver à détacher les membranes qu'en produisant de grands désordres.

Dans les deux cas de M. Bailly, les membranes n'étaient pas accessibles, et sagement il a tout attendu de la nature. Dans le cas que nous citons, nous suivons le conseil de M. Bailly, mais, craignant moins la rupture, nous essayons pendant un temps raisonnable, et tant qu'il n'y a pas de complications,

des tractions soutenues sur les membranes bien enroulées et saisies le plus près possible de leur point d'attache. En cas d'insuccès, nous coupons avec des ciseaux mousses les membranes le plus haut possible, afin de laisser le moins de matières putrescibles dans l'utérus, et nous abandonnons le reste à la nature. Nous partageons entièrement l'avis de M. Bailly, qui repousse toute tentative de décollement avec la main portée dans la cavité utérine. Notre observation lui donne raison.

Le 9 décembre dernier, je suis appelé près de Mme D..., rue Lecourbe, n° 10. Cette dame, âgée de vingt-trois ans, de bonne constitution, est enceinte pour la troisième fois et à terme. Douleurs légères depuis le matin, il est six heures du soir. Vers huit heures, la dilatation est complète, présentation de la tête en occipito-iliaque gauche antérieure, je romps les membranes. Vers neuf heures la sortie de l'enfant a lieu normalement. Je m'occupe de l'enfant, et vingt minutes après je reviens près de la mère. Le placenta repose sur l'orifice et présente sa face fœtale. Après quelques tractions sur le cordon, je sens le délivre qui s'engage dans le vagin, je le saisis et, lui imprimant doucement quelques mouvements de rotation sur lui même, afin d'enrouler en arrière les membranes en cordon, je l'extrais. Mais tout à coup je me sens *arrêté solidement*. Je me fais éclairer, et j'aperçois, sortant de la vulve et tenant au délivre, un cordon de la grosseur du petit doigt. Je le déroule et reconnais facilement une partie de l'amnios et tout le chorion, qui me paraît manifestement épaissi. Je tords de nouveau les membranes sur elles-mêmes et, par des tractions légères d'abord, puis assez fortes, je cherche à les amener au dehors. Mais rien ne bouge. J'introduis deux doigts profondément dans le vagin, et, saisissant les membranes aussi haut que possible, je tire avec une certaine force, mais inutilement. Pendant une heure, comme il n'y a pas de complications, j'essaye à plusieurs reprises sans résultat. Il me semble que je renverserais plutôt l'utérus, tant la résistance est forte. J'administre 1 gramme d'ergot de seigle, pensant que des contractions utérines viendraient à mon secours. Une heure encore se passe en tentatives sans résultat.

Il n'y avait pas d'écoulement sanguin; mais, voyant l'inutilité de mes efforts, et la malade, ainsi que les parents présents, s'alarmant d'un aussi long retard, j'introduisis deux doigts de la main gauche et, m'en servant comme conducteurs, j'allai couper avec des ciseaux mousses les membranes aussi près que possible de leur point d'attache. Le délivre, que j'examine alors, présente tout autour 5 ou 6 centimètres d'amnios; le reste de l'amnios déchiqueté vient doubler le chorion, qui, décollé lui-même, ne tient au délivre que par un pédicule large de 5 centimètres environ.

Le chorion est manifestement épaissi et résiste fortement au doigt.

La nuit fut bonne. Le lendemain 10 novembre, quelques coliques, écoulement lochial régulier, pouls 72 degrés, peau fraîche. État général bon, la malade a uriné. Je prescris des lavages fréquents et deux injections d'eau tiède alcoolisée, deux potages.

11 novembre. A une visite du matin, la malade me dit qu'elle a eu pendant la nuit un très-grand frisson, qu'elle a claqué des dents, et qu'elle a eu beaucoup de peine à se réchauffer. On me montre un caillot assez volumineux qu'elle a rendu le matin. Examiné sous l'eau, ce caillot contient quelques débris de membranes. L'état général est bon, pouls 75 degrés, ventre peu sensible, même traitement.

Le soir, je reviens. On me montre un nouveau caillot plus volumineux que le premier, que la malade a rendu vers midi au moment où on lui donnait une injection. Cette fois, ce sont bien les membranes macérées, fortement odorantes, et probablement entières, 5 ou 6 centimètres de longueur sur 3 de largeur environ. Une des extrémités présente manifestement des traces d'attache.

Elles ont donc séjourné quarante heures environ dans l'utérus.

A partir de ce moment, tout se passa régulièrement; la montée du lait eut lieu presque sans fièvre et, aujourd'hui 21 novembre, j'ai permis à la malade de rester quelques heures levée dans un fauteuil.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 novembre 1874.— Présidence de M. Perrin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de médecine de la semaine

2° Une lettre de M. le docteur Labordette, sur l'emploi de son spéculum dans les cas de mort imminente par le chloroforme.

PRÉSENTATIONS

M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Bédoin, médecin aide-major à l'hôpital de Versailles, une note manuscrite intitulée : *Brancard et voiture d'ambulance*.

M. Desprès offre, de la part de M. le docteur Monteils (de Mende), membre correspondant, l'observation suivante :

Polype utérin; extraction par le forceps de la cavité vaginale et ablation par section du pédicule à sa sortie de la vulve avec l'écraseur linéaire. — Christine M..., mariée, multipare, entre à l'hôpital de Mende le 10 novembre courant.

Cette femme, de constitution bonne, de tempérament nervoso-sanguin, au teint pâle, anémique, a eu deux enfants, qu'elle n'a pu nourrir. Le dernier accouchement date de deux mois et demi. Depuis cette époque, la perte menstruelle, tout en étant régulière, a augmenté de durée et d'abondance. Elle se prolonge pendant quinze jours et fait place à des flueurs blanches.

A trois mois d'intervalle, treize hémorrhagies utérines sont survenues si abondantes qu'à chaque fois la situation de la malade a été jugée désespérée. Les rapports conjugaux, pénibles il y a un an, sont depuis quatre mois devenus impossibles par suite d'un obstacle insurmontable à l'intérieur du vagin.

La malade, ayant été prise de rétention d'urine, demande un médecin, lequel, après l'avoir sondée, l'engage à se rendre à l'hôpital de Mende.

A son entrée, elle est dans l'état suivant : pâleur extrême de la face, lèvres décolorées, pouls fréquent, insensible; affaiblissement complet des forces; inappétence absolue; absence des selles depuis dix-huit jours; rétention d'urine exigeant continuellement l'emploi de la sonde. La sonde d'homme est la seule qui puisse pénétrer, et à l'aide encore d'un procédé particulier. On doit, aussitôt son entrée dans le méat, porter le pavillon en arrière et pousser comme si l'on voulait faire décrire à l'instrument une courbe à convexité antérieure.

Le doigt, introduit dans le vagin, vient heurter contre un corps arrondi, immobile, comme enclavé, à surface lisse, à résistance élastique, accessible au doigt dans son segment inférieur, mais dont il est impossible de reconnaître et d'apprécier les relations supérieures.

Par le rectum, on constate en avant l'existence d'une tumeur arrondie, en dehors de ce canal, mais qui obstrue les trois quarts de son calibre.

A l'aide du spéculum de Marion Sims, introduit péniblement et en longeant lentement la concavité du sacrum, on découvre, fortement accolée au détroit inférieur, une tumeur peu sensible au toucher, de couleur blanche cartilagineuse, à surface unie, parcourue par quelques vaisseaux veineux.

L'examen par l'hypogastre de l'état des organes contenus dans le petit bassin n'indique rien d'anormal dans cette région. Le doigt, introduit dans le rectum pour soulever en haut et en avant la tumeur et l'amener à la rencontre de la main gauche placée au-dessus du pubis, ne transmet qu'une sensation très-vague de la présence de la matrice. On peut dès lors supposer que la tumeur ne s'est pas développée dans l'intérieur de cet organe ou de ses annexes.

Quelle est donc la nature et le siége de cette tumeur?

Si, d'une part, pour donner des craintes, on remarque que la mère

de la malade est morte, à l'âge de cinquante-trois ans, d'une affection mal caractérisée, mais qui siégeait à l'estomac et entraînait, au bout d'un an, une hydropisie mortelle, l'idée d'un squirrhe à l'estomac, chez la mère, appelle naturellement celle d'une tumeur squirrheuse à la matrice chez la fille. Mais on se rassura, d'autre part, en constatant la régularité de la menstruation, malgré son abondance; l'absence de douleurs lancinantes dans la tumeur; son développement progressif sans ulcérations ni adhérences au vagin; sa rénitence, sa couleur blanchâtre, sa surface unie et les rares vaisseaux qui la sillonnent; le teint de la malade est pâle, mais n'a rien de cachectique; tout porte à diagnostiquer, dans cette tumeur, un polype fibreux de fortes dimensions, dont il faut se hâter de pratiquer promptement l'extirpation.

L'émission des urines et des selles n'ayant lieu qu'artificiellement, les forces générales baissant chaque jour, l'anémie profonde de la malade pouvant devenir mortelle s'il survenait une nouvelle hémorrhagie, je prends l'avis de mon collègue M. le docteur Barbet, et avec son concours je procède, le 19 du courant, à l'opération.

La malade, la vessie et le rectum préalablement vidés, est couchée sur le dos comme dans les accouchements laborieux. Loin d'attirer au dehors la tumeur en y implantant des érignes impossibles à accrocher assez haut, et par suite, de déchirer inutilement son tissu, je la saisis entre les branches du forceps.

Tandis que mon honorable collègue, pressant sur le bas ventre, pousse dans le petit bassin la matrice, j'amène, par des pressions méthodiques et des mouvements de latéralité, le corps étranger au dehors de la vulve, en lui faisant décrire, comme dans l'accouchement par le sommet, une courbe à concavité supérieure dont la symphyse pubienne était le centre.

Abandonnant aussitôt le forceps, je jette sur le pédicule de la tumeur, maintenue dans l'intervalle de l'index et du médius de la main gauche, l'anse de l'écraseur métallique courbe. J'amène rapidement la tige au contact du pédicule et en commence la section par des mouvements de pression répétés d'abord de quart en quart de minute, puis de demi-minute, et enfin de minute dans les derniers temps de la section. Au bout de cinq minutes, la tumeur était entièrement détachée.

En cas d'hémorrhagie, je pousse immédiatement deux injections d'eau froide dans le vagin. Aucune perte de sang ne se produisant, j'introduis un spéculum et constate que le col utérin est largement ouvert et occupé par une masse centrale dont l'aspect noirâtre tranche avec la couleur rosée, la surface unie de ses lèvres. Je touche, par précaution, cette masse avec un tampon imbibé de perchlorure de fer et fais porter la malade dans son lit.

Aucune hémorrhagie ne s'est produite ni pendant ni après l'opération. Aucune réaction fébrile n'a eu lieu.

Depuis quatre jours qu'a eu lieu l'opération, la malade n'a éprouvé aucun malaise, ni mouvement fébrile. Elle a repris de l'appétit et digère parfaitement.

La tumeur est de forme aplatie lobulée, d'une circonférence de 35 centimètres, d'un diamètre de 13 centimètres. La surface est blanchâtre, d'aspect lardacé; la couleur de sa face inférieure a changé après la section et est devenue violacée.

Le pédicule inséré sur le tiers gauche de la tumeur offre une surface de section longue de 4 centimètres, large de 2 centimètres, et comme exclusivement constituée par des granulations blanchâtres.

M. DESPRÈS. L'examen microscopique de cette pièce démontre qu'il s'agit d'un fibromyome pur, sans transformation.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. TRÉLAT. Je demande la parole à propos du procès-verbal : je me suis évidemment mal fait comprendre, et je demande à reproduire ici ma pensée. On sait qu'il existe des degrés divers dans l'anesthésie, on sait que certaines opérations douloureuses peuvent être tentées à ces divers degrés de l'anesthésie, et il ne faudrait pas arguer des faits cités par M. Forné que l'anesthésie complète était ainsi obtenue.

M. DESPRÈS. Je me range absolument à l'avis de M. Trélat. On sait en effet, qu'un certain nombre de malades crient pendant l'opération bien que chloroformisés et déclarent au réveil n'avoir rien senti.

M. PERRIN. Si les expressions de quart, de moitié, de vingtième de chloroformisation ne représentent pas l'idée émise par M. Trélat, je les retire, et je propose de leur substituer les épithètes de complète et d'incomplète. Cela dit, j'insiste sur ce que j'ai formulé dans la dernière séance, je déclare m'opposer de la manière la plus formelle à l'anesthésie incomplète, même pour les petites opérations.

M. BLOT. J'estime qu'on s'éloigne de la vérité en classant sous les titres de complète, moyenne et incomplète l'anesthésie obtenue par le chloroforme. Tout cela varie avec les sujets, et je me souviens d'avoir vu dans le service de Velpeau un malade qui, après avoir crié durant toute l'opération, déclara avoir rêvé qu'on lui volait son cheval.

M. TRÉLAT. Qu'il me soit permis d'énoncer la proposition suivante : Il n'y a qu'un degré de chloroformisation absolu et total avec résolution musculaire et ralentissement du pouls.

Ce que je ne puis comprendre, c'est que, quelle que soit l'opération à faire, on cherche à atteindre quand même la résolution musculaire; au nom de la pratique chirurgicale je ne puis admettre cette manière de faire.

M. PERRIN. Je soutiens mon dire et je m'appuie sur des faits probants. Sans pousser l'anesthésie jusqu'au collapsus, je cherche toujours à obtenir la tolérance anesthésique caractérisée par le ralentissement du pouls, la résolution musculaire et la régularité de la respiration.

M. FORGET. Je demande à M. Perrin s'il est de toute nécessité d'obtenir le degré d'anesthésie voulu par lui pour faire des opérations si légères qu'elles puissent être.

M. PERRIN. Je suis complétement de cet avis, considérant que le véritable danger réside dans l'anesthésie incomplète.

M. LABBÉ. M. Forget demande s'il est possible de faire, sur un malade qui n'est pas arrivé à l'état de la tolérance anesthésique, une opération sans que la sensibilité soit éveillée. Je répondrai par la négative; et je m'appuierai sur les travaux de M. Budin, qui a signalé comme un caractère de la non-sensibilité la contraction de la pupille succédant à la dilatation. C'est ainsi que, dans les cas d'ovariotomie, par exemple, on peut suivre les degrés de l'anesthésie par l'examen de la pupille.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la société la présence de M. Notta.

LECTURE

M. MOLLIÈRE lit un mémoire sur la suture des tendons. (Commission : MM. Duplay, Dubrueil, Duplay.)

M. NOTTA (de Lisieux) lit la note suivante :

Luxation ichio-pubienne ou ovalaire datant de six semaines chez un homme de trente ans. Réduction par un procédé mixte. — Cet homme s'est luxé la cuisse en tombant pendant qu'il luttait avec un camarade.

Comme symptômes, nous constatons : aplatissement de la fesse, pli de la fesse plus bas que du côté opposé, allongement du membre, flexion de la cuisse sur le bassin.

Le malade est couché sur le côté droit, qui est sain; le bassin est fortement fixé contre le mur avec une alèze. La cuisse est fléchie à angle droit sur le bassin, et, le blessé étant endormi avec le chloroforme, on exerce à plusieurs reprises des tractions à l'aide des moufles, et l'on fait combiner le moment où l'on cesse la traction avec des mouvements de rotation. Les tractions sont portées jusqu'à 300 kilogrammes.

Ces manœuvres sont répétées à plusieurs reprises sans aucun succès. Alors, plaçant le malade sur le dos, j'emploie la méthode de M. Després ou de M. Maisonneuve, citée par Pouteau, c'est-à-dire flexion de la jambe sur la cuisse, de la cuisse sur le bassin, puis mouvement de rotation en dehors en ramenant le membre dans l'adduction. La tête du fémur contourne la cavité cotyloïde et vient se placer en haut et en dehors au sommet de l'échancrure sciatique. En imprimant des mouvements divers au membre, je reproduis la luxation ovalaire, et cela à deux reprises différentes. A la troisième,

après avoir reproduit la luxation ilio-ischiatique par le procédé de Desprès, je retourne le malade sur le côté droit, je le fixe contre le mur comme la première fois, et, opérant avec les moufles des tractions sur la cuisse fléchie à angle droit sur le bassin, je réduis très-facilement la luxation.

J'ai revu depuis cet homme : il est bien guéri, il ne boite pas et a repris ses occupations de domestique dans une ferme.

M. SURMAY lit un travail contenant la relation de plusieurs opérations intéressantes. (Commission : MM. Lannelongue, Polaillon, Guérin.)

COMMUNICATION

M. DESPRÈS. J'ai observé à l'hôpital Saint-Antoine, en 1865, une luxation de la cuisse ovalaire. Je l'ai réduite avec la plus grande facilité. Le malade a été endormi jusqu'à *résolution complète*. Je me suis borné à faire l'extension et la contre-extension sur le membre étendu et à attirer la cuisse en dehors en le soulevant avec le bras. La réduction a été très-rapide, la luxation était d'ailleurs récente. Le fait est publié. (*Gaz. des Hôp.*, 1865, p. 222.)

En 1863, à l'Hôtel-Dieu, j'assistai notre collègue M. Dolbeau, qui tentait la réduction d'une luxation ilio-ischiatique ou ovalaire datant d'un mois. Le chloroforme et les moufles étaient employés. Plusieurs fois on crut avoir réduit, et le chirurgien constata que la tête fémorale avait changé de place. Une fois la luxation a été transformée en une luxation ilio-pubienne; enfin, après que le malade a été endormi jusqu'à résolution complète, la luxation a été réduite par le procédé de Desprès.

Certainement, pendant que la luxation se transformait en variétés différentes, pendant que la tête fémorale contournait la cavité cotyloïde, il y a eu des déchirures de la capsule qui ont facilité la réduction.

Ce fait, entièrement semblable à celui dont parle M. Notta, a été publié. (*Gaz. des Hôp.*, 1863. p. 425.)

M. LANNELONGUE. Je me souviens qu'en 1867, étant interne de M. Broca, je reçus un malade atteint d'une luxation ovalaire. Le lendemain de l'entrée à l'hôpital, M. Broca ne vint pas. Craignant qu'il ne devînt dangereux d'attendre plus longtemps, je tentai la réduction; je convertis successivement cette luxation en ilio-ischiatique, en ilio-pubienne, et je reproduisis enfin l'ovalaire : je m'arrêtai. Le lendemain, M. Broca, à qui je racontai le fait, eût d'abord des doutes sur mon assertion; mais il obtint bientôt le même résultat dans les tentatives qu'il fit et ne réussit à réduire qu'en combinant les tractions avec une flexion considérable sur le tronc, tout le membre inférieur étant étendu.

M. NOTTA dépose de plus sur le bureau le résumé des opérations de cataracte pratiquées par son procédé :

Dans la séance du 29 janvier 1873, j'ai eu l'honneur de vous soumettre les résultats que j'avais obtenus dans l'opération de la cataracte par l'extraction linéaire sans excision de l'iris. Quoique cette opération m'eût donné une série de succès, elle souleva dans le sein de la société de nombreuses objections, et, j'ai le regret de le dire, plus d'une fois les faits furent interprétés d'une façon plus favorable à la critique que conforme à la réalité, et il est facile de s'en convaincre par la lecture attentive des observations publiées dans l'*Union médicale* (février 1873). Notre série, ne comprenant que dix cas, n'était pas suffisante pour juger définitivement de cette opération.

Encouragé par l'appui de M. Giraud-Teulon, qui, en même temps que moi, avait eu recours à ce procédé, soutenu par l'exemple de M. Th. Anger, j'ai continué à demander aux faits rigoureusement observés la meilleure réponse que l'on pût faire aux critiques dont l'extraction linéaire avait été l'objet. C'est le résumé de ces faits que je vais avoir l'honneur de vous soumettre, et je vous demanderai la permission d'entrer à ce sujet dans quelques détails, car ce n'est pas tant le résultat brut d'une série d'opérés qui permet de bien apprécier la valeur du procédé employé que la manière dont se comporte le travail de cicatrisation, et surtout le résultat définitif. On peut avoir affaire à des séries plus ou moins heureuses, à des malades plus ou moins intelligents, plus ou moins dociles, et il faut avoir soin de distinguer ce qui est du fait du malade lui-même et ce qui est du fait du procédé.

Depuis le mois d'avril 1873, nous avons opéré seize malades, nous n'avons jamais opéré qu'un œil à la fois, et nous avions soin de choisir, quand les deux yeux étaient pris, ce qui était le cas le plus général, celui dont la cataracte était la plus ancienne, pourvu que l'œil eût conservé la sensibilité à la lumière. Ainsi la cataracte datait :

De 8 ans	1 fois.
De 7 ans	1 fois.
De 5 ans	2 fois.
De 3 à 4 ans	5 fois.
De 18 mois à 1 an.	4 fois.
De 6 mois	1 fois.
Sans indication	2 fois.
Total	16 cas.

Dans les cataractes anciennes les couches corticales du cristallin, lui adhérant plus intimement, sont expulsées plus facilement, et, on a ainsi plus de chances pour obtenir une plus grande netteté de la pupille.

Dans tous les cas, la section de la cornée a été pratiquée d'une façon satisfaisante avec le couteau de de Graefe.

La sortie du cristallin s'est effectuée très-facilement par la plai cornéenne quinze fois.

Une fois l'humeur vitrée s'échappant par l'ouverture de la cornée et l'œil menaçant de se vider, j'ai dû avec la curette, aller pêcher rapidement le cristallin dans l'œil, et je l'ai ramené avec son enveloppe.

Trois fois il a fallu introduire la curette pour faire sortir des débris des couches corticales qui étaient restés dans le champ pupillaire.

Une fois l'expulsion du cristallin entouré de sa capsule s'est accompagnée de la sortie d'un peu d'humeur vitrée.

Une fois, on ne pouvait pas distinguer dans le champ de la pupille des débris des couches corticales, il y avait seulement une teinte louche qui n'empêchait pas le malade de distinguer les objets. Dans tous les autres cas, la simple pression sur la cornée a suffi pour expulser le cristallin et ses débris et rendre la pupille nette.

Cette analyse me paraît répondre suffisamment au reproche que l'on a adressé au procédé que nous avons employé, de ne laisser sortir la cataracte qu'avec difficulté et de rendre très-difficile le nettoyage de la pupille obstruée par les débris des couches corticales.

On sait qu'après l'opération je me borne à fermer les paupières avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre, sans aucun bandage compressif. Dans tous les cas, les bandelettes agglutinatives ont été enlevées :

Au bout de 3 jours révolus.	6 fois.
Au bout de 4 jours révolus.	7 fois.
Au bout de 5 jours révolus.	1 fois.
Au bout de 6 jours révolus.	1 fois.
Pas noté	1 fois.
Total	16 cas.

Dix fois il n'y a eu aucune complication, la guérison de la plaie cornéenne s'est opérée très-rapidement et du cinquième au sixième jour le malade se levait avec des lunettes foncées, neutres, garnies de taffetas.

Une fois, le troisième jour, se déclare une conjonctivite intense avec chémosis, les lèvres de la plaie cornéenne présente un liséré purulent.

Deux fois un érysipèle de la paupière se déclare dès le second jour et se complique d'inflammation intense de la conjonctive. Malgré ces complications ordinairement si graves, ces trois malades ont guéri, et la vue est bonne.

Qu'il me soit ici permis de faire remarquer que, dans des cas analogues avec l'opération à lambeau, j'ai vu presque fatalement survenir la fonte purulente de l'œil.

Trois fois, bien qu'après l'opération, la pupille eût paru très-nette, elle s'est trouvée encombrée, du deuxième au troisième jour, de masses blanchâtres qui empêchaient de distinguer les objets.

Chez un de ces trois malades, il n'y a aucune complication inflammatoire, les masses se sont résorbées peu à peu et la vue est redevenue nette, malgré un réticulum blanchâtre qui se remarque dans le champ pupillaire.

Chez les deux autres opérés, l'apparition de ces masses opaques s'est compliquée d'iritis et de conjonctivite. Un de ces deux malades regardant son œil comme perdu, a immédiatement quitté l'hôpital, et nous ne l'avons plus revu. Je l'ai porté au compte des insuccès; l'autre a continué à recevoir nos soins; les masses blanchâtres se sont résorbées, et bien qu'il ait de l'atrésie de la pupille, il y voit suffisamment pour se conduire seul dans la rue.

Enfin, dans un cas, le malade se frotte l'œil le cinquième jour, désunit les lèvres de la plaie cornéenne et détermine une inflammation des plus intenses, qui se termine par la fonte purulente de l'œil. Il est bien évident que ce dernier malade ne doit pas être compté à l'actif du procédé, pas plus que le dixième malade de ma première série, qui, sorti guéri de l'hôpital, reçoit un coup sur l'œil qui détermine un staphylôme; ce qui n'a pas empêché un de mes critiques d'imputer cet accident au procédé.

Comme résultat définitif sur seize cas, nous avons 2 yeux perdus. Restent donc 14 cas chez lesquels nous trouvons :

Pupille circulaire régulière.	9 cas.
Pupille plus ou moins déformée.	5 —
Champ de la pupille absolument net.	12 —
Présentant à la simple vue un réticulum blanchâtre, qui n'empêche pas la vision.	2 —
Pas de synéchie.	9 —
Synéchie.	5 —
Cicatrice cornéenne à peine visible.	8 —
— plus ou moins marquée.	5 —
— pas indiquée.	1 —

Ce tableau donne une idée exacte de l'état physique de l'œil de nos opérés.

Je ferai remarquer ici, comme je l'avais fait précédemment, le peu d'influence que les synéchies exercent sur l'acuité visuelle; en effet, sur sept nos opérés atteints de synéchie, quatre lisent couramment : un ne sait pas lire, mais voit bien à se conduire et peut vaquer à ses occupations.

J'ai mentionné l'état des cicatrices de la cornée pour être complet, mais je n'y attache qu'une importance secondaire. Cachées par la paupière supérieure et tangentes à la circonférence de la pupille, ne gênent en rien l'exercice de la vision.

En définitive, sur 16 opérés, nous avons 13 succès complets, c'est-à-dire que tous ces malades distinguent les objets les plus petits, lisent quand ils savent lire, et vaquent à leurs occupations; un demi-succès, c'est-à-dire que le malade y voit à se conduire dans la rue; enfin deux insuccès, au nombre desquels figure le malade qui, en se frottant l'œil, a détruit la cicatrice de la cornée.

Ce résultat est très-supérieur à ce que j'avais obtenu jusqu'à ce jour par la méthode de Daviel. Il présenta de grands avantages au point de vue de la rapidité de la guérison, et il résista beaucoup moins aux complications inflammatoires qui sont, en général, si redoutables dans le procédé à lambeau.

La société se forme en comité secret à quatre heures trois quarts.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Voici dans quel ordre les candidats du concours d'agrégation ont fait jusqu'ici leurs lectures : 1re séance : MM. Hallopeau, Joffroy et Quinquand; 2e séance : MM. Lépine, Rathery et Grasset; 3e séance : MM. Rendu, Renaut et Balestre; 4e séance : MM. Strauss, Debove et Liouville; 5e séance : MM. Desplats, Legroux et Landrieux, 6e séance MM. Dieulafoy, Ducastel et Demange. — Aujourd'hui doit avoir lieu la dernière séance de lecture.

— Dans sa leçon de mercredi 16 décembre, M. Sappey a commencé à peu près en ces termes :

« Messieurs, un grand nombre d'entre vous suivent avec raison les épreuves du concours pour l'agrégation. En ma qualité de professeur d'anatomie, j'ai été chargé de donner moi-même le sujet de l'épreuve anatomique, et, comme vous le savez, ce sujet est le suivant : *Anatomie et physiologie du système lymphatique*.

« Loin de moi la pensée de nier la valeur de la jeune école, mais je ne puis m'empêcher de vous faire remarquer que, parmi les épreuves dont vous avez entendu la lecture, il s'en est trouvé dans lesquelles sont avancées de profondes erreurs, que je ne puis laisser passer dans cette enceinte sans les relever publiquement, ce que je crois de mon devoir et de votre intérêt. Je veux donc, à mon tour, traiter devant vous cette question. On vous a fait de la science allemande, je veux vous faire de la science française, et c'est par des faits que je répondrai aux assertions qui ont été émises. Je le ferai courtoisement, mais avec une entière impartialité, et j'espère que, de cette discussion, sortira quelque lumière. »

C'est lundi 21 décembre, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre, que M. Sappey commencera ses leçons sur le système lymphatique.

Avis aux amateurs.

— *Corps de santé militaire.* — Par décision ministérielle en date du 1er décembre, sont désignés pour passer dans le service des hôpitaux.

MM. Mazellier, Goubeau, Lardennois, Susini, Clément, Nicol et Benoît.

— Par décision présidentielle du 6 décembre 1874, rendue sur la proposition de M. le vice-président du conseil, ministre de la guerre, la disposition qui résultait de l'application de l'article 18 du décret du 23 mars 1852, et par laquelle les médecins aides-majors de 1re classe du service régimentaire se trouvaient astreints au passage dans le service hospitalier, est et demeure abrogée.

Par application de cette décision, tous les médecins aides-majors de 1re classe appartenant au service régimentaire et qui ont été l'objet, à l'inspection dernière, d'une proposition régulière pour le service des hôpitaux, concourront pour l'obtention du grade de médecin-major de 2e classe, s'ils réunissent toutefois les conditions stipulées à l'article 21 du décret précité.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Bouisson, professeur d'opérations et appareils, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1874-1875, par M. Serre, agrégé près ladite faculté.

— M. Castan, agrégé, est maintenu en exercice pour une période de trois années à partir du 1er novembre 1874.

— M. Saint-Pierre, agrégé, est maintenu en exercice pour une période de trois années à dater de la même époque.

— M. Roustan, docteur en médecine, est nommé chef de clinique chirurgicale, pour une période de trois années à dater du 1er novembre 1874.

— *École de médecine de Reims.* — M. Grandval fils, suppléant de la chaire de chimie et pharmacie, est maintenu dans ses fonctions pour une période de six années.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Chabret est nommé prosecteur, en remplacement de M. Maynard, appelé à d'autres fonctions.

M. Berduque est nommé préparateur de chimie et d'histoire naturelle, en remplacement de M. Mieulet, dont la démission est acceptée.

— *École supérieure de pharmacie de Paris.* — M. Galippe est nommé préparateur d'histoire naturelle, en remplacement de M. Chatin, dont la démission est acceptée.

— M. le docteur de Vésine-Larue est nommé médecin adjoint au lycée de Marseille, en remplacement de M. le docteur Nicolas, démissionnaire.

— *Hôpitaux de Paris.* — Un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes s'ouvrira le lundi 25 janvier 1875, à une heure précise, dans l'amphithéâtre du quai de la Tournelle, n° 47.

Le registre d'inscription sera ouvert de onze heures à trois heures, du 2 au 14 janvier.

— M. Alix, docteur en médecine, a subi, le 13 novembre, devant la Faculté des sciences de Paris, les épreuves du doctorat ès sciences naturelles.

Sa thèse principale avait pour titre : *Essai sur l'appareil locomoteur des oiseaux.*

La seconde thèse consistait en propositions données par la Faculté.

En botanique, le candidat avait à exposer les principaux faits relatifs à la reproduction sexuée des acotylédonées cellulaires.

En géologie, il avait à indiquer les affinités naturelles et la distribution géologique des crustacés.

— Le 14 novembre, M. Sicard, professeur agrégé à la faculté de médecine de Montpellier, ancien élève de l'Ecole des hautes études, a subi les mêmes épreuves devant la même faculté.

Sa première thèse avait pour titre: *Recherches anatomiques et historiques sur le* ZONITES ALGIRUS.

Le sujet de sa seconde thèse consistait en *observation sur quelques épidermes végétaux.*

MM. Alix et Sicard ont été déclarés dignes du grade de docteur ès sciences naturelles.

— L'*Union pharmaceutique* nous annonce qu'une dame vient d'être reçue pharmacien à Montpellier. Cette dame, Mme Andréine Doumergue, après avoir subi toutes les épreuves exigées, a été reçue avec les notes *satisfecit.*

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance a composé de la façon suivante son bureau pour l'année 1875.

Président, M. Gibert. — Vice-présidents : MM. Labarraque et Domerc. — Secrétaire général, M. Passant. — Secrétaires annuels : MM. Baudouin et Dupouy. — Trésorier, M. Magnin. — Archiviste, M. Machelard.

Membre du conseil de famille : MM. Donadieu, Lanquetin et Bonvallet.

— A CÉDER, par suite de maladie, une clientèle dans un quartier riche et commerçant de Paris.

On ne traitera qu'au comptant.

S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1875. — Prix : broché, 1 fr. 75; cartonné à l'anglaise, 2 fr.; divisé en cinq cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille, 3 fr.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à coulisseau avec crayon, doublé en papier, 3 fr.; n° 2, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50; n° 3, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier (l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75; n° 4, maroquin à patte, avec crayon, en un seul cahier, emboîté dans le portefeuille, 4 fr. 50; n° 5, maroquin à patte, avec crayon, l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé de soie, 4 fr. 75; n° 6, maroquin à patte, avec crayon, et petite trousse en soie, 5 fr.; n° 7, à patte, avec crayon, en maroquin, 7 fr.; n° 8, à patte, crayon, avec fermoir en maillechort, 9 fr.—Paris, P. Asselin.

Éléments de thérapeutique et de pharmacologie, par A. RABUTEAU, docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles, lauréat de l'institut de France (prix de thérapeutique). — 2e édition, revue et augmentée. — 1 beau vol. petit in-8° de 1,200 pages avec gravures sur bois. Prix : 14 francs. — H. Lauwereyns.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine. — Chez Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. le docteur Tholozan envoie de Téhéran une note intitulée : *Des foyers d'origine de la peste de* 1858 *à* 1874; *épidémicité et contagion de ce fléau.* L'auteur signale la peste de Benghazi (1848), celle de Hillé sur l'Euphrate (1867), celle du Kurdistan, au sud du lac d'Ourmiach (1871), celle de Benghazi en Egypte (1874), comme des épidémies tout à fait indépendantes les unes des autres et révêtant par conséquent le caractère de spontanéité propre à toute épidémie. M. Tholozan avoue que nous n'avons pas appris grand'chose depuis Hippocrate, touchant les épidémies.

L'*épidémie*, d'après l'auteur, « est une qualité qui fait naître le fléau à telles époques et dans telles saisons, dans les contrées les plus différentes, à la suite de certaines perturbations atmosphériques qui se caractérisent (dans les observations de l'auteur) par un surcroît ou par une diminution d'humidité ».

M. Tholozan n'accorde pas aux moyens restrictifs une confiance absolue : « Il faut se garder, dit-il, d'attribuer à ces moyens une influence qu'ils n'ont pas eue, quand le mal cesse de lui-même. »

En somme, d'après M. Tholozan, la question de l'épidémicité et de la contagion est encore à l'étude; on ne saurait, pour le moment, rien affirmer, et il faut se borner à observer encore dans de bonnes conditions.

— Depuis que nous avons annoncé l'entrée en campagne des soldats de la science contre le phylloxera, nous n'avons pas voulu entretenir nos lecteurs des péripéties de cette lutte, nous réservant de proclamer un jour les conditions de la victoire.

Il est cependant des recherches dont l'intérêt sollicite une publication immédiate. Les *Observations sur la reproduction du phylloxera de la vigne*, par M. Balbiani, sont de ce nombre. Après s'être préparé par une étude complète du *Phylloxera quercus*, M. Balbiani est parti pour Montpellier pour étudier le phylloxera de la vigne et, plus particulièrement, les circonstances de la reproduction de ce parasite.

D'après M. Balbiani, les phylloxeras aptères sont tous femelles, et chaque individu est fécond sans le secours du mâle. Les femelles qui s'établissent sur les nodosités des radicelles, plus riches en principes nutritifs que les grosses racines, atteignent plus rapidement l'âge de la reproduction et font des pontes de douze à treize œufs en un seul jour. L'éclosion des œufs ne dépasse pas sept à huit jours en été et peut se faire attendre quinze jours par les temps froids. Le froid de l'hiver et la trop grande sécheresse de l'été sont des obstacles à la ponte. Le vrai moment de la reproduction est le printemps. A une certaine époque de l'année, en juillet, à Montpellier, un certain nombre de jeunes phylloxeras passent à l'état de nymphes et, après quelque temps, à l'état de phylloxera ailé.

Le phylloxera ailé reste quelque temps auprès de la colonie aptère ; mais peu à peu il s'éloigne pour aller fonder des colonies nouvelles. Les phylloxeras ailés pondent des œufs d'où sortent des insectes sexués qui, venant à s'accoupler, donnent naissance à des phylloxeras aptères. C'est la reproduction par *métagénèse*.

Les difficultés de l'alimentation et le caprice des vents rendent la progression du phylloxera ailé assez lente d'une région à une autre, et ce fait concorde avec l'observation qui démontre que le mal produit par ces parasites progresse annuellement de vingt à vingt-cinq kilomètres. (M. Dumas, *Comptes rendus*, 1874.)

Enfin, M. Balbiani a découvert une génération sexuée ayant pour origine les individus aptères eux-mêmes restés dans le sol. Cette génération n'apparaît qu'en octobre, un peu plus tard que la génération ailée, et semble destinée à renouveler la vitalité des colonies actuellement existantes, pendant que la génération aérienne va fonder au loin de nouvelles sociétés de parasites.

— M. Bouillaud présente, au nom de M. Oré, deux nouveaux cas d'anesthésie produite par l'injection intra-veineuse de chloral.

Il s'agissait, dans un cas, de pratiquer l'évidement du tibia pour cause de carie, et, dans l'autre, de pratiquer l'ovariotomie.

Dans les deux cas, l'anesthésie a été complète et n'a été suivie ou accompagnée d'aucun accident qu'on puisse attribuer au chloral. A cette occasion, M. Oré indique un moyen de neutraliser l'acidité possible du chloral, acidité qui est susceptible d'entraîner la coagulation du sang dans les veines. Il suffit pour cela de faire dissoudre 1 gramme de carbonate de soude dans 10 grammes d'eau distillée, et d'ajouter deux ou trois gouttes de cette solution dans une solution de 1 gramme de chloral pour 4 grammes d'eau.

Dr Édouard FOURNIÉ.

HOTEL-DIEU

M. B. Ball, suppléant de M. le professeur Béhier.

Des tumeurs cérébrales.

Leçons recueillies par H. Liouville (1).

Messieurs, depuis la dernière séance, il s'est produit un accident des plus inattendus. La malade qui fait l'objet de ces leçons vient de succomber brusquement à une attaque de choléra foudroyant (2).

Avant-hier, à la visite du matin, nous l'avions soumise, en votre présence, à quelques expériences relatives à l'action de l'électricité sur les muscles; à ce moment elle n'accusait aucun malaise particulier. A trois heures de l'après-midi, elle était prise des premiers symptômes du choléra, et le lendemain, à huit heures du matin, elle avait expiré.

Nous allons placer sous vos yeux les pièces qui résultent de l'autopsie, et qui confirment entièrement, nous pouvons déjà le dire, le diagnostic que nous avions formulé.

Mais, avant d'en venir là, il faut, pour terminer dignement ces conférences, que la question du traitement soit abordée et discutée. Sans doute, au point de vue de notre malade, cette discussion n'offre plus aucun intérêt aujourd'hui, mais elle conserve toute son importance au point de vue de votre instruction médicale, et je ne saurais vous laisser partir sans vous avoir montré les conséquences pratiques de l'étude à laquelle nous venons de nous livrer ensemble.

Parmi les diverses espèces de tumeurs intra-crâniennes il en est deux qui peuvent être soumises directement à une médication curative : nous voulons parler des tumeurs syphilitiques et des anévrysmes de calibre. Nous allons donc nous occuper tout d'abord de celles-ci.

Il est hors de doute que les lésions intra-crâniennes d'origine spécifique peuvent guérir sous l'influence d'un traitement approprié. Mais, qu'on le sache bien, c'est là bien plutôt l'exception que la règle, surtout lorsque la maladie date de loin, et que des altérations consécutives, des lésions de voisinage, ont eu le temps de se produire. C'est ainsi que, sous l'influence d'une compression continue, des vaisseaux d'un petit calibre peuvent se trouver complétement oblitérés, et de là peut résulter un *ramollissement cérébral;* d'autres fois, les parois vasculaires se trouvent affaiblies, les conditions de la circulation cérébrale sont modifiées, et il peut en résulter une *hémorrhagie;* enfin certaines parties de la masse encéphalique, certains troncs nerveux, peut-être même les points d'origine de certains nerfs peuvent se trouver atrophiés ou détruits. Sur toutes ces lésions, le traitement spécifique est absolument sans action quelconque, et voilà, sans doute, pourquoi l'on rencontre si souvent des cas de tumeurs cérébrales se rattachant bien manifestement à une cause syphilitique, et qui ne subissent plus l'influence d'une médication appropriée (3).

Il ne faut point oublier, d'ailleurs, la fréquence extrême des récidives. On parvient souvent à faire disparaître d'une manière rapide les symptômes de compression qui résultent d'une tumeur intra-crânienne; mais il faut alors se tenir en garde contre les retours offensifs de la maladie. On sait combien les manifestations extérieures de la syphilis sont sujettes à reparaître, après une guérison complète en apparence; il en est de même par rapport aux lésions viscérales qui résultent de cette affection.

Ces réserves une fois établies, nous allons indiquer les principes qui doivent servir de base au traitement.

La première indication est d'agir vite, en raison de l'extrême gravité de la situation; la seconde est de tonifier les malades, qui, presque toujours, sont plongés dans une cachexie plus ou moins profonde, soit par suite de la compression cérébrale, soit en raison de la syphilis elle-même. Enfin l'expérience a démontré que le traitement doit toujours être mixte, surtout au début.

Pour répondre à la première indication, il faut employer sans scrupule les frictions mercurielles : on agit de préférence sur les aines et les aisselles, et l'on emploie l'onguent napolitain à la dose de 8, 10, 12, 20 et même 30 grammes par jour, selon la tolérance des malades. Ce traitement est, en général, très-bien supporté. On sait, d'ailleurs, que dans les affections cérébrales les mercuriaux ne provoquent guère la salivation (exemple : la méningite tuberculeuse). Sans doute, les tumeurs cérébrales ne procurent pas aux malades une immunité absolue à cet égard, mais ici la salivation n'a qu'une importance très-secondaire en présence des dangers bien autrement graves qui menacent le sujet.

L'iodure de potassium, qui doit être administré en même temps, se prescrit à la dose de 4 à 6 grammes par jour, dans un véhicule aqueux. Il arrive souvent qu'après avoir continué pendant quelque temps l'usage de ce médicament, les malades éprouvent des symptômes non équivoques d'iodisme : il faut alors suspendre le traitement pour le reprendre quelques jours plus tard.

Quant à la médication tonique, elle doit s'appuyer surtout sur l'usage des amers (quinquina, quassia, gentiane) et sur une alimentation fortifiante, dont le vin et la viande feront les principaux frais. Les ferrugineux, qui sont, en général, très-difficilement supportés chez les syphilitiques, sont ici formellement contre-indiqués.

Les anévrysmes cérébraux, lorsqu'ils ont été nettement reconnus, pourraient donner lieu à une intervention chirurgicale. Dans un cas où l'on avait diagnostiqué un anévrysme de la carotide interne, Coe a pratiqué la ligature de la carotide primitive du même côté; cette opération a été suivie de la cessation complète de tous les accidents. Il ne faut pas oublier, toutefois, que la ligature de la carotide primitive a donné lieu, dans certains cas, à un ramollissement cérébral. Nous croyons donc que les chirurgiens français, avec la prudence qui les caractérise habituellement, se montreront peu jaloux de suivre cet exemple venu de l'étranger.

La grande majorité des tumeurs cérébrales est également étrangère à la syphilis et aux lésions anévrysmales de l'encéphale : et rien ne démontre jusqu'à présent qu'elles puissent céder à l'intervention médicale. Est-ce là une raison pour abandonner complétement le malade à lui-même? Nous ne le croyons pas. Nous venons de voir, en effet, que la vie peut se prolonger pendant de longues années. Nous savons qu'il se produit, au cours de la maladie, des périodes de rémission pendant lesquelles les symptômes les plus incommodes peuvent s'effacer complétement. Nous savons enfin que les souffrances du malade peuvent être calmées par un traitement rationnel; il faut donc lutter, et lutter jusqu'au bout, pour remplir dans toute son étendue la mission qui nous est confiée.

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 22, 24, 29 septembre, 8, 13, 19 octobre, 1er et 10 décembre.

(2) Cette leçon a été faite le 18 septembre 1873. — A cette époque, le choléra régnait épidémiquement dans les salles de l'Hôtel-Dieu.

(3) Cette hypothèse appartient à M. le docteur Fournier.

Parmi les médicaments qui paraissent exercer une influence favorable sur les tumeurs du cerveau, l'iodure de potassium occupe incontestablement la première place. Mais il ne s'agit plus de le donner à doses massives, comme dans les cas de syphilis ; il faut, au contraire, l'employer avec prudence et consulter surtout la tolérance des organes digestifs. La dose ordinaire sera de 50 centigrammes par jour : dans aucun cas, il ne faut dépasser 1 gramme. Il importe bien davantage, en effet, de le faire supporter pendant un long espace de temps que d'en jeter immédiatement des masses considérables dans le torrent circulatoire.

Administré dans ces conditions, l'iodure de potassium exerce une action résolutive, qui se manifeste par une rémission marquée dans les phénomènes de compression cérébrale. Mais il présente l'inconvénient grave de fatiguer l'estomac et d'occasionner souvent de l'inappétence et même des vomissements. Il est évident qu'il faut, en pareil cas, cesser d'en faire usage et recourir à d'autres moyens.

L'arsenic paraît agir ici dans le même sens que l'iodure de potassium, mais avec une moindre efficacité. On le prescrit ordinairement sous la forme de liqueur de Fowler et à la dose de 6 à 8 gouttes par jour.

Lorsque ces moyens thérapeutiques sont difficilement supportés, on fera bien d'avoir recours aux purgatifs, et surtout aux eaux minérales salines (Birmenstorff, Pullna, etc.), qui ont souvent produit une amélioration notable. Mais il faut toujours éviter une superpurgation qui pourrait enlever au sujet les forces dont il a si grand besoin pour lutter contre la maladie.

Les révulsifs localement appliqués peuvent souvent rendre de grands services. On peut les appliquer sur le cuir chevelu, sous forme de vésicatoires, d'applications d'iode, de frictions stibiées : on peut employer aussi les sétons à la nuque et les pédiluves sinapisés. Quelle que soit d'ailleurs l'efficacité de ces moyens, il nous paraît difficile d'admettre, avec certains auteurs allemands, qu'on parvient ainsi à faire disparaître les *paralysies* qui résultent d'une tumeur cérébrale.

Enfin le régime est ici d'une suprême importance. Les malades devront éviter toute fatigue physique et surtout intellectuelle; le froid et la chaleur leur sont également nuisibles; ils ne doivent jamais s'approcher du feu, ni s'exposer aux rayons d'un soleil ardent; ils devront se couvrir de flanelle et vivre dans une atmosphère tempérée. Il ne faut tolérer chez eux ni constipation, ni diarrhée : des lavements simples ou purgatifs seront souvent utiles.

Ces moyens devront être secondés par une alimentation régulière et fortifiante : le vin, la viande et même les spiritueux à faible dose sont indiqués ici ; mais il faut évidemment tenir compte du tempérament individuel de chaque malade.

Dans les cas où il existe une tendance à la cachexie, les amers de toute espèce pourront être employés. Les eaux minérales ferrugineuses ont été souvent ordonnées avec succès ; mais, avant de les prescrire, il faut s'assurer que le malade est exempt de tout antécédent syphilitique.

A côté de ces moyens destinés à combattre le mal dans son ensemble, il est d'autres remèdes qui s'appliquent isolément à chacun des symptômes.

Les bains généraux, simples ou alcalins, amènent quelquefois un apaisement notable des symptômes d'excitation et font cesser l'insomnie.

Le bromure de potassium, qui calme l'agitation générale, peut aussi rendre des services dans le traitement des accès épileptiformes, et des douleurs qui font partie du cortége habituel des tumeurs cérébrales.

La strychnine à faible dose a réussi quelquefois contre les vomissements, qui peuvent aussi être calmés par la potion de Rivière et par la glace à l'intérieur.

Les applications froides sur la tête ont été préconisées contre la céphalée et les vertiges, mais l'emploi de ce moyen est trop dangereux pour qu'il soit permis d'y avoir souvent recours.

Le cyanure de potassium, dissous dans l'eau dans une proportion de 3 à 4 pour 100, peut être également employé en applications extérieures contre la douleur de tête. On trempe une compresse dans ce liquide, et on l'applique (à froid) sur le siége de la douleur, où on la laisse séjourner pendant quelques heures. Les propriétés toxiques de cet agent nécessitent les plus grandes précautions, lorsqu'on veut en faire usage.

Enfin le phénomène *douleur*, qui constitue l'une des manifestations les plus saillantes des tumeurs cérébrales, pourra être combattu par les narcotiques, et surtout par les injections hypodermiques de morphine. Lorsque ces moyens échouent on peut recourir au chloroforme, avec tous les ménagements que comporte la prudence.

S'il est utile de savoir ce qu'il convient de faire, il n'est pas moins nécessaire de savoir ce qu'il faut éviter.

L'électricité, soit sous forme de courants continus, soit sous forme de courants faradiques, a été conseillée dans le traitement des paralysies qui résultent d'une compression cérébrale; mais l'emploi de ce moyen nous paraît tellement dangereux, au point de vue de la lésion centrale, que nous conseillons d'y renoncer absolument.

La saignée, soit générale, soit capillaire (sangsues à l'anus ou derrière les apophyses mastoïdes) a certainement donné, dans quelques cas, une amélioration évidente et durable ; elle agit surtout contre la céphalée et les vertiges ; mais, chez d'autres sujets, elle a déterminé la syncope, elle a même donné lieu à des convulsions épileptiformes. En présence de ces résultats contradictoires, le devoir du médecin est de s'abstenir.

Messieurs, il me reste maintenant pour terminer, à vous faire connaître les résultats de l'autopsie.

Je vous présente ici le cerveau de notre malade. A la base de l'encéphale, du côté gauche, au niveau du sillon qui sépare la protubérance du bulbe, il existe une tumeur aplatie, à contour elliptique, du volume d'une grosse amande : son grand diamètre est dirigé obliquement d'arrière en avant, et de dehors en dedans. Elle empiète sur la moitié postérieure de la face inférieure de la protubérance, du côté gauche ; elle se trouve également en rapport avec la face antérieure de la pyramide gauche, qu'elle a légèrement déprimée ; elle comprime enfin le facial, l'auditif et le moteur oculaire externe, du côté gauche : son extrémité antérieure est voisine de l'émergence de la cinquième paire, mais ne paraît pas l'atteindre ; peut-être, pendant la vie, offrait-elle une turgescence plus considérable, qui lui permettait d'arriver jusque-là.

La tumeur adhère, par sa face supérieure, à la pie-mère, qui semble lui avoir servi de point d'implantation. Sa consistance est dure, sa coupe est lardacée, sa couleur extérieure est grisâtre. Le microscope pourra seul nous éclairer sur sa véritable nature (1). Mais, sous le rapport du siége, nous sommes arrivés, comme vous le voyez, à un diagnostic dont la précision semble infliger un démenti aux réserves que nous avons précédemment formulées. Mais rappelez-vous qu'il

(1) L'analyse histologique a démontré qu'il s'agissait ici d'un sarcome dur.

s'agissait d'une tumeur de l'isthme, et non d'une tumeur des hémisphères; rappelez-vous aussi que le nombre et l'importance des nerfs intéressés fournissaient à l'observateur des éléments d'appréciation qui sont loin de se rencontrer dans tous les cas; rappelez-vous, enfin, que le hasard nous a favorisés dans une certaine mesure, et vous ne serez pas tentés, dans un cas analogue, à formuler avec trop de précipitation un jugement qui pourrait se trouver infirmé par l'autopsie.

Il me reste à vous entretenir d'une question que nous avons jusqu'à présent réservée; je veux parler des altérations de l'appareil visuel qui peuvent résulter des tumeurs cérébrales. Ce sera là, messieurs, l'objet d'une conférence spéciale.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT DE LA FACULTÉ.

M. Guéniot, suppléant M. le professeur Depaul.

Sur les adhérences anormales du placenta (1)

Messieurs, lorsque par une manœuvre bien conduite on est parvenu sans grande peine à détacher, puis à extraire tout le délivre, la patiente ne tarde pas, en général, à rentrer dans les conditions ordinaires de l'état de couche. Sans doute, pour obtenir ce résultat, il convient que la délivrance n'ait pas été trop tardive et que les soins requis par l'accouchée soient administrés avec rigueur. Mais ces indications étant bien remplies, le péril se trouve par cela même éloigné.

Malheureusement l'opération n'est pas toujours exécutable. Deux circonstances surtout peuvent la rendre impossible ou inefficace. La première consiste dans l'obstacle invincible que rencontre la main pour pénétrer dans la matrice; et la seconde, dans la résistance insolite des adhérences utéro-placentaires. Vous avez vu comment, chez la cliente de MM. Rémond et d'Echérac (obs. V) nos essais réitérés d'introduction de la main demeurèrent infructeux. Il en fut de même d'une première tentative faite sur notre malade de la Clinique (obs. I). Chez l'une, l'obstacle dépendait de la rigidité anatomique du col utérin; chez l'autre, d'un spasme général de la matrice.

Pareillement vous avez vu, dans les faits de l'hôpital Beaujon (obs. IV) et de la Pitié (obs. II), combien la solidité des adhérences peut rendre difficile ou dangereuse la désunion artificielle du placenta. Ici la main avait pu pénétrer jusqu'à cet organe, et ce fut la résistance extraordinaire des adhérences qui rendit impuissants tous nos efforts d'extraction.

Que faire donc lorsqu'on se trouve en face de telles difficultés?

Contre la rétraction tétanique de l'utérus, qu'elle soit spontanée ou provoquée par l'ergot de seigle, on emploiera avec avantage les cataplasmes et les lavements émollients, en même temps que les injections narcotiques dans le vagin. La belladone en application sur l'hypogastre pourra être également utilisée; puis on attendra en surveillant avec soin. Sous l'influence de ces agents, la détente s'opère ordinairement dans la matrice au bout de douze, vingt-quatre ou quarante-huit heures. La voie étant ainsi ouverte au passage de la main, on devra alors, comme nous l'avons dit, tenter aussitôt la délivrance artificielle. L'anesthésie choloroformique, toutes les fois qu'elle ne sera pas contre-indiquée, pourra être d'ailleurs d'un précieux secours.

Au lieu d'un spasme général de l'utérus, s'agit-il d'une rigidité anatomique de l'anneau cervical, ou bien encore de la reconstitution du col de cet organe? L'emploi des narcotiques, dans ce cas, ne serait d'aucune utilité, ou plutôt il ne servirait, selon toute probabilité, qu'à entraver le travail de délivrance. Ce n'est donc point à cette médication qu'il convient de recourir.

En réalité, nulle complication n'est plus redoutable ni plus embarrassante que le resserrement anatomique du col utérin; car elle se soustrait en grande partie à notre action. Le précepte d'intervenir, au plus tard, dans les deux heures qui suivent la parturition, est précisément fondé sur la crainte de la voir se produire. Rien de variable, en effet, comme la date de son apparition. Chez notre malade du Gros-Caillou (obs. III), elle n'existait pas trente-six heures après l'accouchement; et dans le fait relaté par Moreau, la main put traverser encore l'ouverture de la matrice huit jours après le travail. D'autres fois, au contraire, il suffit de quelques heures, d'une demi-journée pour que le col oppose à l'opérateur une barrière invincible. Aussi, comme il est impossible de prévoir avec sûreté si cette complication sera précoce ou tardive, la prudence commande-t-elle de ne point s'exposer, par une expectation trop longue, à la nécessité de lutter contre elle.

Chez la femme de l'observation V, où peu d'heures après l'accouchement nous rencontrâmes cet obstacle, nous dûmes, en l'absence de tout accident, nous borner à attendre. Par un bonheur presque inespéré, un nouveau travail se déclara spontanément; le col utérin, reformé depuis la veille, s'effaça une seconde fois; son orifice s'agrandit et bientôt put livrer passage au placenta, que les contractions utérines étaient parvenues à séparer. Ainsi nos tentatives de délivrance ayant été infructueuses, ce fut la nature qui, au bout de deux jours, effectua à elle seule le décollement et l'expulsion du placenta.

Assurément, si en semblable circonstance on pouvait compter sur un tel résultat, la conduite de l'accoucheur se trouverait toute tracée : l'expectation devrait être sa règle thérapeutique. Mais il n'en est pas ainsi. On peut même dire que, dans l'accouchement à terme, l'apparition d'un second travail est aussi exceptionnelle qu'elle se montre fréquente dans les fausses couches de trois mois à six mois. La raison en est vraisemblablement que, dans le premier cas, les fibres utérines étant arrivées à leur summum de développement, se trouvent bientôt envahies, après l'expulsion de l'enfant, par le travail de répression qui prépare leur atrophie; tandis que, dans le second cas, sous l'influence de l'adhérence placentaire, elles poursuivent quelque temps encore leur évolution et conservent à un degré marqué leur propriété contractile. Quoi qu'il en soit de l'explication, vous n'avez pas oublié que la malade dont je viens de rappeler l'heureuse délivrance était accouchée vers huit mois de conception et rentrait, par conséquent, dans la règle que je viens de formuler.

Mais si, dans l'accouchement à terme, on n'est pas autorisé à compter sur un travail qui efface le col à nouveau et prépare la voie à l'extraction du placenta, que reste-t-il à faire? Eh bien, messieurs, ce que nous avons observé sur la malade de l'observation V et ce qui se passe dans bon nombre de fausses couches me semble nous tracer le chemin à suivre. Ce qu'il faut faire, c'est, autant que possible, imiter la nature dans ses opérations libératrices; c'est, dans l'espèce, provoquer artificiellement un second travail.

A cet effet, quel procédé choisir? Évidemment les moyens seront susceptibles de varier selon les situations. La dilatation purement mécanique, malgré ses graves inconvénients, ne devrait pas être absolument exclue. Il en est de même à plus forte raison de la dilatation physiologique, c'est-à-dire de celle

---

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 29 octobre, 10 et 26 novembre, et 8 décembre.

qui s'obtient à l'aide des contractions utérines. Celles-ci pourraient être réveillées au moyen d'un dilatateur ampullaire porté jusqu'au-dessus du col utérin. La difficulté, sans doute, serait d'introduire l'ampoule dans la matrice. Mais, dans un cas d'accouchement provoqué, je parvins sans trop de peine à placer ainsi un ballon Gariel, simplement en le portant, roulé sur lui-même, à l'aide d'une longue pince jusqu'au-dessus de l'orifice interne. L'effet de cette manœuvre fut à la fois rapide et excellent. Toutefois, je dois le dire, entre les divers procédés aujourd'hui connus, c'est à l'emploi des dilatateurs de Barnes que je donnerais volontiers la préférence. En effet, à l'aide de ces sacs résistants et de volume gradué, il est possible d'agir mécaniquement aussi bien que d'une façon vitale en provoquant le retour des contractions utérines; et, grâce à ces deux effets simultanés, l'opération se trouve plus efficace et moins dangereuse.

En résumé, lorsqu'il s'agit de combattre l'un ou l'autre des obstacles qu'apporte la matrice à l'introduction de la main, les moyens suivants me paraissent être les plus propres à fournir un bon résultat :

Contre le tétanos utérin, l'expectation aidée des narcotiques et des émollients locaux. Contre la ridigité anatomique (1), et surtout contre la reconstitution du col, l'expectation simple si l'accouchement s'est effectué plusieurs semaines avant terme, et si, au contraire, celui-ci s'est accompli à l'époque du terme, provoquer à l'aide des dilatateurs gradués de Barnes, d'abord l'effacement du col, puis la dilatation progressive de l'orifice utérin.

Un mot encore sur la complication qui nous occupe.

Soit que l'on se décide à attendre sans agir, soit au contraire que l'on intervienne par une opération préparatoire de la délivrance, on conçoit qu'il s'écoulera nécessairement un certain temps avant qu'on puisse tenter de séparer le placenta de la surface utérine. Cependant, sur ces entrefaites, une hémorrhagie peut mettre promptement en péril les jours de la femme. Quelle thérapeutique conviendrait-il de suivre en semblable circonstance?

Dans le cas de spasme utérin, la perte sanguine suffirait vraisemblablement à provoquer une détente de l'organe. Quoique fort dangereuse par elle-même, elle constituerait de la sorte un remède efficace contre le tétanos. Après s'être efforcé de la modérer à l'aide du tamponnement vaginal, on devrait donc saisir le moment opportun où le relâchement de la matrice permettrait d'extraire le placenta. C'est ainsi que chez notre malade de la Clinique (obs. I), les choses se sont passées et que la délivrance a pu être effectuée vingt-deux heures après l'accouchement.

S'il s'agissait d'une rigidité anatomique ou de la reconstitution du col utérin, un seul moyen resterait à notre disposition; ce moyen, c'est le tamponnement vaginal. Peut-être m'objecterez-vous que l'obstacle apporté au cours du sang pourrait bien être pernicieux à la femme en forçant ce fluide, non pas à se tarir dans sa source, mais simplement à s'accumuler au-dessus du tampon. Eh bien, messieurs, que cette considération ne vous arrête pas; car, le plus souvent, c'est bien l'hémorrhagie elle-même qui cède à la formation des caillots provoquée par le tampon. Souvenez-vous que l'inventeur de cet hémostatique a précisément fait ressortir ses avantages dans les hémorrhagies qui succèdent à l'accouchement. Si quelques faits malheureux rendent à cet égard vos craintes légitimes, n'oubliez pas que Leroux et d'autres après lui ont dû à cette pratique des succès inespérés; songez surtout que, dans le cas supposé, vous seriez sans cette ressource absolument désarmés, et que dès lors, au pis-aller, mieux vaudrait encore un remède douteux que l'absence de tout remède.

(1) Contre la simple rigidité anatomique on pourrait parfois recourir avec avantage aux débridements multiples de l'anneau cervical. Mais généralement la grande épaisseur des bords de l'orifice fera rejeter cette opération, à cause de la perte sanguine qui en serait la conséquence.

Enfin, pour clore cette étude, envisageons une dernière complication, entre toutes peut-être la plus grave. Lorsque les adhérences du placenta, trop résistantes pour céder à de prudentes tractions, ne permettent pas à la main d'entraîner la totalité du délivre, qu elle doit être la conduite du chirurgien? Ici, messieurs, ma tâche devient facile; car il n'est besoin d'aucun effort pour vous indiquer ce que tous les cliniciens enseignent, ce que tous regardent avec raison comme la seule pratique rationnelle à suivre. En pareil cas, l'opérateur ne doit pas insister, mais se borner à extraire en les déchirant avec douceur toutes les parties décollées. Vouloir aller au delà, c'est-à-dire tenter de séparer par la force des cotylédons trop intimement unis à l'utérus, ce serait s'exposer de plein gré à pire situation que celle d'où l'on s'efforce de sortir. Vous n'avez pas oublié comment, chez notre malade de la Pitié (obs. II), malgré des tractions réservées, le fond de la matrice se trouva perforé. Leroux (1), dans un cas analogue, entraîna lui-même avec le placenta un lambeau de tissu utérin; une perte abondante et tenace s'ensuivit; la malade tomba, à de courts intervalles, trois fois en syncope; bref, ce ne fut qu'à l'aide d'un tamponnement, à la fois utérin et vaginal, qu'elle put échapper à une mort imminente.

Ainsi dût le placenta rester en totalité dans la matrice, comme il arrive quand les adhérences sont générales, mieux vaudrait encore avoir à lutter contre les effets de cette rétention que de provoquer par une manœuvre imprudente une lésion étendue de la paroi utérine.

Mais qu'adviendra-t-il du séjour de ce corps étranger dans la matrice? L'histoire de l'art nous apprend que, dans certaines fausses couches, la rétention du délivre n'a provoqué aucun accident, et que cet organe a fini par être entièrement résorbé. Des auteurs estimables ont même prétendu que pareil phénomène s'était produit à la suite de l'accouchement à terme. Pour ma part, malgré l'autorité de ces observateurs, j'incline fort à croire qu'ils ont été victimes d'une erreur. Mais peu importe; les faits de ce genre se montrent trop rarement, même dans les fausses couches des premiers mois, pour qu'il soit permis de fonder le moindre espoir sur une issue semblable dans l'accouchement à terme.

L'éventualité d'un second travail, libérateur de l'utérus, serait à coup sûr beaucoup plus admissible; et cependant convient-il encore de n'y avoir qu'une confiance des plus restreintes. Cette possibilité, toutefois, bien établie sur des faits, sera pour le médecin d'un précieux secours, lorsqu'il s'agira de soutenir le courage défaillant des personnes qui entourent la malade.

Ce qui adviendra, messieurs! C'est que, selon toute probabilité, certaines parties du placenta se sépareront de la paroi utérine et détermineront une hémorrhagie peu abondante, mais continue; c'est que la putréfaction envahira bientôt les cotylédons décollés et provoquera des accidents d'autant plus redoutables que la malade sera déjà affaiblie par la perte sanguine; c'est que, en un mot, cette double circonstance de l'hémorrhagie et de la putrescence constituera pour la femme la pire des situations.

(1) Leroux, *Observ. sur les pertes de sang*, 2e édition. — Dijon, 1810, p. 309.

En tel cas, évidemment l'indication est formelle: on doit s'efforcer de lutter, dès l'origine, contre les effets de la débilité et de l'empoisonnement putride. A cet effet, on soutiendra autant que possible les forces de la malade à l'aide d'une alimentation appropriée et d'une aération soigneusement pratiquée. On portera fréquemment, jusque dans la matrice, des injections tantôt émollientes, tantôt détersives ou désinfectantes; et afin d'éviter la pénétration du liquide, soit dans le péritoine, soit dans les sinus utérins, on devra toujours assurer au fluide un facile retour.

VARIÉTÉS

LES LIVRES D'ÉTRENNES

Histoire du costume en France, par J. Quicherat (1). — **Les Abîmes de la mer**, par C. W. Thomson (2). — **Les Comètes**, par A. Guillemin (3). — **Les Merveilles de l'industrie**, par L. Figuier (4). — **Le Fer**, par J. Garnier (5). — **Les Fossiles**, par G. Tissandier.

Chaque année — à cette époque — nous appelons l'attention de nos lecteurs sur les livres d'étrennes, et cette année, comme les années précédentes, nous sommes forcés de donner la palme à la maison Hachette qui, par le nombre et la variété de ses productions, mérite toujours le premier rang.

Nous présenterons d'abord l'*Histoire du costume en France*, que le savant directeur de l'École des chartes, M. Quicherat, a traité avec une véritable tendresse de fin et savant connaisseur. Déjà, depuis quelques années, une série d'articles insérés dans un recueil célèbre, avait fait connaître l'histoire du costume dans les derniers siècles de notre histoire nationale.

Ces articles anonymes étaient dus à M. Quicherat lui-même. Non content d'être peu à peu remonté au moyen âge, M. Quicherat a redoublé ses recherches. On ne consacre pas une vie entière aux plus savantes études, sans garnir peu à peu son portefeuille de précieux documents, c'est ainsi que M. Quicherat a pu nous faire connaître l'histoire de notre costume aux temps les plus reculés.

Prenant l'histoire aux temps primitifs, où la parure prenait le pas sur l'habillement, M. Quicherat étudie l'époque celtique, l'époque romaine (haut et bas empire), nous fait connaître le costume aux époques mérovingienne et carlovingienne, puis des premiers temps féodaux nous conduit au milieu de trésors et de recherches les plus curieuses jusqu'à la fin du dix-huitième siècle.

Le nom de M. Quicherat est une garantie de l'exactitude des dessins et des descriptions, et la richesse de l'illustration de ce volume en fait un livre que nous pouvons déposer en toute confiance sur les rayons de notre bibliothèque, après l'avoir quelque temps livré — sur notre table — aux curiosités de ceux qui entrent dans notre salon. Et soyez assuré que les femmes ne seront pas les dernières à feuilleter avec le plus vif intérêt un livre qui, à côté du monde des guerriers et des chevaliers, a fait une place très-brillante à la femme, et aux costumes si charmants et si divers qu'elle a portés à ces époques plus ou moins éloignées.

— Le livre de M. Quicherat était de science légère ou profonde, selon le point de vue où l'on se plaçait; M. Thomson nous ouvre, sous le titre *les Abîmes de la mer*, un monde encore peu connu. Ce n'est plus la fiction, ou la recherche précise, historique, c'est le fait de découvertes récentes, ce sont les expéditions de dragage des vaisseaux anglais le *Porcupine* et le *Ligthing*.

Il nous a déjà été donné de dire ici la voie nouvelle ouverte aux naturalistes par les sondages et les dragages. Jusqu'ici on connaissait mal les fonds de la mer. Des chercheurs intelligents ont compris qu'il y avait là une mine de grande richesse à exploiter; et on le comprendra mieux encore après avoir lu *les Abîmes de la mer*. Une faune abondante, exubérante, anime de toutes parts ces régions où la vie semblait impossible. L'œuvre de M. Thomson marquera un grand pas dans l'histoire de cette nouvelle faune, et nous devons de vifs remercîments à M. Lortet de l'avoir, par son excellente traduction, mise à la portée du lecteur français. Cartes, planches de toutes sortes, paysages, animaux, coquilles, plantes, l'illustration si soignée de cette édition nous initie à une connaissance très-précise de ces *abîmes* encore si peu connus.

— Le hasard nous promène aujourd'hui des profondeurs aux parties les plus élevées de l'espace. Voici une œuvre nouvelle de M. Guillemin, qui continue courageusement son œuvre de patiente et savante vulgarisation. *Les Comètes*, astres singuliers, longtemps méconnus, ont enfin trouvé un historien qui nous les fait connaître, tout en redreesant bien des erreurs populaires.

M. Guillemin s'attaque d'abord à la superstition, en nous montrant les croyances attachées aux comètes dans l'antiquité, le moyen âge et jusqu'à nos jours : puis, après avoir montré ce qu'était l'astronomie cométaire de l'antiquité jusqu'à Newton, il aborde l'histoire des mouvements et orbites des comètes, le monde des comètes, les systèmes cométaires; la constitution physique et chimique des comètes, etc. En si bonne route, M. Guillemin ne s'arrête pas, et des problèmes assez curieux se dressent même alors devant lui.

Les comètes sont-elles habitables? Que deviendrait la terre si une comète en faisait son satellite? La lune est-elle une ancienne comète?

On voit, par cette rapide énumération, comment M. Guillemin a donné un très-curieux et très-intéressant pendant à son histoire du Ciel. Après avoir traité d'une manière générale son œuvre de vulgarisation, l'auteur reprend certains chapitres qui demandent à être développés. Le lecteur ne s'en plaindra pas.

— Encore un maître en fait de vulgarisation, M. Louis Figuier continuant ses *Merveilles de l'industrie*, nous initie aux diverses industries chimiques. Le sucre, le papier, les papiers peints, les cuirs et les peaux, le caoutchouc et la gutta-percha, et la teinture.

Cette simple énumération dit assez tout l'intérêt de ce livre illustré avec soin, et écrit avec tout le charme que l'on connaît à l'auteur. M. Figuier a rendu de grands services à la diffusion des connaissances scientifiques. Ce nouveau livre ne le cédera pas à ceux qui l'ont précédé, et sera lu avec le même fruit et le même intérêt.

— Pour finir cette petite causerie, nous voulons encore vous signaler deux nouvelles publications appartenant à cette riche *Bibliothèque des Merveilles*, dans laquelle M. Hachette a su réunir tant d'œuvres précieuses à des titres si divers.

Le fer, grâce à M. J. Garnier, va nous devenir familier.

Après nous avoir dit ses origines, l'auteur nous fait l'historique des propriétés du fer, nous fait assister à l'apparition de la fonte, puis nous transporte à l'époque actuelle. Nous voyons alors les propriétés des fers, leurs moulages, leurs combinaisons, leurs alliages et les minerais de fer. Nous assistons à ce merveilleux spectacle du haut fourneau. Inutile d'aller plus loin, M. Garnier veut compléter son œuvre, et nous fournit encore bien des chapitres pleins d'intérêt, mais nous ne pourrions le suivre sans entrer dans des développements un peu trop considérables.

L'espace va nous manquer, et cependant nous voudrions dire encore tout le bien que nous pensons du livre que M. G. Tissandier a consacré aux *Fossiles*. C'est par ces livres, écrits sobrement, illustrés avec soin, que l'on rend de vrais services à la science. Grâce à de semblables œuvres, le goût des choses de l'histoire naturelle se développe, et le résultat auquel nous applaudissons de grand cœur est de voir les travaux les plus récents soigneusement analysés et devenant familiers à une classe de lecteurs toute nouvelle et reconnaissante des horizons qu'on ouvre devant elle. A ce titre, la *Bibliothèque des Merveilles* aura joué un excellent rôle dans l'instruction publique.

(1) Un vol. in-8° jésus, prix 25 fr. — Hachette et Ce.
(2) Un vol. in-8° jésus, prix 20 fr. — Hachette et Ce.
(3) Un vol. in-8° jésus, prix 16 fr. — Hachette et Ce.
(4) Un vol. in-4°, prix 10 fr. — Furne, Jouvet et Ce.
(5) Un vol. in-18 jésus, prix 2 fr. 25. — Hachette et Ce.
(6) Un vol. in-18 jésus, prix 2 fr. 25. — Hachette et Ce.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Création de nouvelles facultés de médecine et de pharmacie. — L'Assemblée nationale a adopté la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. — Les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de Bordeaux, de Lyon et de Lille sont supprimées.

Art. 2. — Il est établi à Bordeaux et à Lyon des facultés mixtes de médecine et de pharmacie auxquelles devront s'appliquer les lois et les règlements qui régissent les facultés actuellement existantes.

Art. 3. — Les offres contenues dans les délibérations du conseil municipal de Bordeaux, en date du 26 février 1872, du conseil municipal de Lyon, en date du 24 juin 1873, et de la commission municipale de Lyon, en date du 3 mars 1874, sont acceptées.

Art. 4. — Le ministre de l'instruction publique déterminera, le conseil supérieur de l'instruction publique entendu, les conditions et l'époque de l'installation des facultés nouvelles.

Art. 5. — Un décret rendu en conseil supérieur de l'instruction publique fixera le mode de préparation pour la première nomination aux chaires des facultés créées par la présente loi.

— Par décret en date du 19 décembre 1874, les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de Lyon et de Bordeaux, jusqu'à ce qu'il puisse être pourvu à l'organisation des facultés mixtes, instituées par la loi du 8 décembre 1874, continueront à fonctionner dans les limites fixées par le règlement d'administration publique du 22 août 1854.

— Par décret en date du 19 décembre 1874, il est institué dans la ville de Lille une école de plein exercice de médecine et de pharmacie. — Un règlement d'administration publique déterminera la durée de la scolarité que les élèves en médecine et les élèves en pharmacie pourront accomplir dans ladite école, en vue de l'obtention des grades, et le montant des droits à percevoir. — Les conditions et l'époque de l'installation de la nouvelle école seront réglées par le ministre de l'instruction publique. — Jusqu'à la proclamation du règlement d'administration publique prévu à l'article 2 et du contrat spécial entre l'État et la ville, qui devra déterminer les conditions d'études et d'installation matérielle de l'école de plein exercice, l'école préparatoire de Lille, instituée par le décret du 12 août 1852 et réorganisée par le décret du 5 avril 1873, continuera à fonctionner dans les limites fixées par le règlement d'administration publique du 22 août 1854.

— Par décret en date du 10 décembre 1874, M. le docteur Robert, médecin principal de la marine, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— La Société de médecine de Lyon met au concours les deux questions suivantes, pour deux prix à décerner dans sa séance publique du commencement de l'année 1876 :

1° Indiquer et apprécier l'influence exercée sur la médecine pratique par les progrès récents de l'histologie. — Prix : 300 francs.

2° De la mortalité à Lyon. Étude comparée de ses différences et de ses causes dans les divers arrondissements de notre ville. — Prix : 300 francs.

Les mémoires devront être adressés dans les formes académiques, avant le 1er novembre 1875, à M. le docteur Diday, secrétaire général, n° 8, rue de Lyon, à Lyon.

— La Société française de tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques, réunie en assemblée générale, le 6 décembre 1874, a formé son bureau comme il suit pour l'année 1875 :

Président : M. Dumas, de l'Institut.

Vice-présidents : MM. Renouard, Edouard Laboulaye, professeur Bouillaud et baron Larrey.

Secrétaire général : M. le docteur L. Lunier.

Secrétaires généraux adjoints : MM. Edmond Bertrand et M. le docteur Decaisne.

Secrétaires des séances : MM. les docteurs Magnan et Vidal.

Bibliothécaire-archiviste : M. le docteur A. Motet.

Trésorier : M. Gust. Maugin.

Dans la même séance la société a nommé président d'honneur : M. Hippolyte Passy et M. le docteur Barth.

Nous croyons devoir rappeler que pour les sept prix de 500 à 1,000 francs à décerner en 1875, les mémoires doivent être remis au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, n° 6, avant les 1er janvier 1875.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie. Tome 24e de la collection. — 1 vol. avec planches coloriées. — Prix : 7 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Quelques observations de nécrose phosphorée des maxillaires. Mémoire présenté à la Société de chirurgie, par le docteur A. Haus, médecin adjoint des hôpitaux de Metz. — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas samedi.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Jamais séance ne commença plus paisiblement pour se terminer au milieu de pareils orages.

Pour les élections de fin d'année, il y avait eu cette fois non pas une désignation officielle de candidats, comme on se plaignait de le voir à d'autres époques, mais une entente préalable aboutissant à des choix excellents. M. Gosselin, qui reçoit la présidence, est remplacé par M. Chatin, en qualité de vice-président ; M. Roger est maintenu par acclamation dans ses fonctions de secrétaire annuel, et le conseil de l'Académie est complété par l'adjonction de MM. Béhier et Broca.

Ces votes se faisant par appel nominal, avaient occupé beaucoup de temps, malgré un accord presque unanime.

Il restait à peine un quart d'heure avant le comité secret, lorsqu'on appela M. Jaccoud à la tribune pour y continuer la lecture de ses impressions de voyage au point de vue de la médecine et de la police sanitaire.

Cette fois le spirituel et disert agrégé de la Faculté de Paris n'avait plus en vue un sujet d'épidémiologie ou de pathologie. Il venait s'attaquer de front, avec une éloquence émue et entraînante, à l'administration sanitaire elle-même et aux pratiques qu'elle impose.

M. Fauvel, inspecteur général de ce service, a, bien entendu, protesté avec violence, et, chargé de faire un rapport sur ce mémoire qui semblait le mettre lui-même en cause, il a voulu l'emporter tout de suite, se refusant à le laisser consulter d'abord par les journalistes ou par ses collègues dans les bureaux de l'Académie, suivant un usage consacré.

Nous ne pourrons donc en parler que d'après les souvenirs d'une audition rapide, sauf pour quelques phrases textuelles que nous avons pu saisir à la hâte.

En racontant tous les déboires que ses compagnons de voyage et lui-même ont eu à subir, M. Jaccoud nous a semblé vouloir exclusivement atteindre la direction supérieure et centrale du service sanitaire, se louant, au contraire, beaucoup des bons offices de M. Berchon, le très-aimable et très-savant représentant de ce service à Pauillac. Malheureusement, dit-il, M. Berchon, en face des règlements, ne pouvait rien prendre sur lui, et tout son bon vouloir s'est trouvé paralysé pendant deux jours par l'attente d'ordres formels qu'il avait demandés et qui n'arrivaient pas.

Voici quelle était la situation :

Le paquebot transatlantique qui ramenait M. Jaccoud était un paquebot direct. Depuis dix-neuf jours il avait quitté, sans faire escale nulle part, le Brésil, où avait régné assez récemment la fièvre jaune. Pendant toute la traversée, il n'y avait eu aucun cas de fièvre jaune; mais une épidémie typhique, ayant son origine dans des peaux d'animaux qui constituaient une partie du chargement, s'était bientôt déclarée à bord et y avait déjà causé plusieurs décès.

Que fallait-il faire à l'arrivée ? Évidemment évacuer au plus tôt le navire, devenu un foyer morbifère ; débarquer d'abord les malades, en les isolant si on le voulait, bien qu'ils n'eussent pas la fièvre jaune ; et quant aux autres voyageurs, les faire éloigner au plus vite de cette source de typhus.

Mais comme le navire était arrivé avec patente brute en ce qui touchait la fièvre jaune, l'application des règlements, sans tenir compte de ces dix-neuf jours de voyage en mer, plus que suffisants pour faire éclore les germes de cette maladie, s'il y avait eu de tels germes, exigeait une quarantaine.

Ici commence l'incroyable.

Que les protecteurs des quarantaines en imposent peut-être plus que d'autres savants ne le jugeraient utile, cela se conçoit à merveille. Mais que, tout en les imposant, l'administration ne semble pas les avoir prévues, voilà qui est certainement fait pour étonner au dernier point.

Or il paraît que dans nos ports, notamment à Pauillac, les lazarets sont insuffisants dans une mesure considérable pour recevoir les voyageurs condamnés à une quarantaine.

De telle sorte qu'on fixe un chiffre, et qu'un employé, d'un ton inflexible, vient notifier ce chiffre fatal aux arrivants. La moitié, les deux tiers, le tiers, vont pouvoir quitter le navire. Un tel partage, où l'arbitraire est sans limite, n'a pas lieu sans protestations ; et, une fois qu'il est effectué, on en est à se demander de quel côté sont les plus à plaindre.

Ceux qui débarquent au lazaret sont entassés dans une série de chambres à trois lits, où l'on ne s'inquiète même pas de la séparation des sexes. Le service très-rudimentaire y est fait exclusivement par des hommes ; on n'a pas prévu que les dames pussent avoir recours à des servantes. Aucun isolement sérieux ne pourrait être obtenu entre les bien portants et ceux qui se trouveraient atteints d'affections contagieuses ;

et à supposer que, par malheur, interviennent les conditions pour lesquelles on a institué les quarantaines, que des malades de fièvre jaune ou de choléra, etc., soient apportés par un navire, on aura, bien certainement, dans une pareille organisation des lazarets, réalisé les meilleures méthodes pour faire couver la maladie, en constituant des foyers d'infection. Heureusement que jusqu'ici un tel danger ne s'est point présenté. La condamnation à la quarantaine n'a donc pu encore être assimilée à un arrêt de mort. Mais c'est une mesure vexatoire, dont la crainte doit empêcher les voyageurs de tous pays de choisir nos paquebots et d'aborder en France.

Si le séjour au lazaret est susceptible de devenir funeste, combien plus souvent la quarantaine dans le navire lui-même ne doit-elle pas l'être.

Dans le navire, l'aération cesse d'être bien faite dès qu'il n'est plus en marche : toutes les sources d'infection y acquièrent dès lors un degré de nocité qu'elles ne possédaient pas auparavant. Quand surtout, comme c'était le cas sur le navire de M. Jaccoud, l'infection vient du chargement, comment justifier le maintien des passagers dans ce milieu?

Et à quoi bon les y enfermer? Pour prolonger l'épreuve du voyage? Mais on n'a tenu aucun compte de la durée de la traversée. Il faut d'abord être logique dans les mesures attentatoires à la liberté individuelle; autrement elles semblent des actes d'un arbitraire qui révolte.

On garde donc en quarantaine sur le navire une partie des passagers pendant trois jours; mais l'équipage, on l'y conserve pendant cinq. Comment encore rendre raison d'une semblable différence? Si la quarantaine de cinq jours est indispensable, il faut l'appliquer aux passagers; si la quarantaine de trois jours est suffisante, il faut l'appliquer à l'équipage.

Nous n'entrerons pas dans le détail des tribulations personnelles de M. Jaccoud. Il reconnaît avoir été exceptionnellement privilégié. Grâce à un accord complaisant, il a pu avoir au lazaret une chambre entière pour lui et sa femme. Il a pu, par son influence, mettre obstacle à l'entassement de six personnes dans une autre chambre. Il est resté pendant tout son séjour en correspondance suivie avec l'excellent directeur de la santé M. Berchon, qui a fini par pouvoir abréger de moitié sa captivité et celle de ses compagnons. Mais leurs malles étaient restées sur le navire, et il a fallu les attendre à Bordeaux près de soixante heures.

De là un surcroît d'irritation tout naturel.

En même temps que les passagers de ce paquebot français transatlantique, d'autres, amenés par un paquebot anglais qui fait escale dans la Gironde, avaient été également débarqués au lazaret de Pauillac : et, bien entendu, on ne pouvait pas y songer à les isoler des premiers; les bâtiments ne sont pas construits dans de telles prévisions; chambres, réfectoires, tout y est en commun. Ainsi, à supposer que l'un des deux navires eût été infecté, les passagers de l'autre eussent été libéralement dotés de la même infection. C'est ainsi qu'on comprend en France, au dire de M. Jaccoud, les précautions de police sanitaire.

Les conclusions de ce mémoire sont formulées en termes énergiques. Nous n'en reproduirons que la moindre partie, ce qui a trait aux mesures appliquées dans les circonstances ordinaires aux paquebots directs du Brésil, avec une patente brute de fièvre jaune, mais sans fièvre jaune pendant la traversée. « Ces mesures, dit M. Jaccoud, sont injustifiables au point de vue médical, elles sont illusoires au point de vue de la protection, elles sont iniques au point de vue de la division forcée des passagers, elles sont mauvaises au point de vue du rapprochement qu'elles établissent entre les passagers des divers navires. »

M. Fauvel voulait contester, séance tenante, sans attendre qu'en qualité de rapporteur il eût à juger ce mémoire. Mais M. le secrétaire perpétuel a rappelé que M. Jaccoud, n'étant pas membre de l'Académie, ne pourrait avoir la parole pour lui répondre, et il lui a fait observer qu'il serait convenable d'attendre le jour où il ferait son rapport officiel. Comme il insistait, M. Chauffard a proposé l'ordre du jour, que l'Académie a voté presque unanimement.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Bouchut

Des maladies du cœur chez les enfants (1).

NATURE DE L'ENDOCARDITE VÉGÉTANTE DES MALADIES AIGUES DE L'ENFANCE.

J'ai l'heureux avantage, dans mes recherches cliniques, de provoquer des contradictions qui ne sont pas toujours de bon aloi, mais qui ont au moins l'avantage de faire réfléchir plus longtemps sur le sujet en litige. De ces contradictions la science tire toujours son profit.

On a dit que l'endocardite végétante n'existait pas, et que les lésions auxquelles je donnai ce nom n'étaient pas de nature inflammatoire. On a prétendu que le fœtus dans le sein de sa mère offrait toujours cette lésion et que, par conséquent, c'était une *lésion physiologique*. D'abord, il n'est pas démontré que tous les fœtus aient l'endocardite végétante. Je ne l'ai vue que très-rarement. Ensuite, je ne comprends pas ce que c'est qu'une lésion physiologique. L'accouplement de ces deux mots n'a pas de sens en français, et c'est en dénaturant ainsi le vocabulaire qu'on rend peu compréhensible notre langage scientifique.

Il n'y a pas de lésion physiologique, et si l'on appelle ainsi une altération de la texture normale des organes, on se trompe. Ce n'est là qu'un aveu d'impuissance sur la cause de la lésion observée.

Si l'endocardite végétante existe chez le fœtus, ce qui est à démontrer, elle n'a rien de normal, et elle dépend certainement d'une disposition morbide de l'enfant. Elle n'existe pas chez tous les fœtus, — on n'a pas cité la proportion des cas où elle a été constatée, — il y a des cas où elle n'existe pas, et si l'on ne la rencontre pas toujours, il en résulte qu'elle n'a rien de physiologique, c'est-à-dire de constant et de naturel.

Quand elle existe, elle dépend d'une cause morbide, et c'est cette cause qu'il faut rechercher. Je la trouve dans l'hyperfibrinose plus ou moins marquée de la mère, dans l'état maladif qu'elle présente souvent; dans l'excès de température du milieu dans lequel se trouve le fœtus et dans la fréquence excessive de son pouls. Dans la grossesse, il y a, selon les cas, un état morbide de la mère très-réel, souvent accompagné de fièvre, qui agit sur le fœtus et engendre la fièvre chez l'une et chez l'autre.

Il faudrait donc penser un peu à ces faits avant de conclure de l'endocardite végétante du fœtus, trouvée sur quelques cadavres d'origine inconnue, au fait si étrange et si extraordinaire d'une endocardite physiologique dans la vie utérine. Si le bord d'une ou de plusieurs valvules cardiaques est rouge et

(1) Suite. — Voir les numéros des 17, 24 novembre, 3, 10 et 17 décembre.

boursouflé, par suite d'une irritation nutritive proliférante, il est plus logique de chercher la cause de cette irritation proliférante dans l'état fébrile de la mère que de dire résolûment, sans réflexion, que c'est une irritation physiologique. Comme je viens de le dire, chez beaucoup de femmes la grossesse provoque un véritable état pathologique accompagné de fièvre, et il est impossible de ne pas tenir compte de cette fièvre, qui produit chez la mère et chez le fœtus cette élévation de température et cette accélération du pouls nécessaires à la production de l'endocardite végétante dans la vie intra-utérine.

Maintenant, dans la première et dans la seconde enfance, l'endocardite végétante valvulaire est-elle bien, comme je le pense, une inflammation du tissu conjonctif sous-séreux de la valvule.

S'il faut en croire M. Parrot, qui a pris récemment la plume (1) pour réfuter ce qu'il appelle mes erreurs, « je n'ai pas une notion suffisamment précise de l'état habituel des valvules cardiaques ou du moins de la mitrale et de la tricuspide chez les enfants. » Page 550. Si je voulais imiter ce procédé de discussion, ne pourrais-je pas lui adresser le même reproche, lui qui, n'ayant jamais vu l'endocardite diphthéritique « par une de ces coïncidences qui s'offrent parfois aux cliniciens », en a tout à coup rencontré un grand nombre depuis qu'il a été averti par moi de son existence.

M. Parrot, qui ne conteste pas que, dans les maladies aiguës de l'enfance, les valvules soient altérées de la façon que je viens de faire connaître plus haut, qui veut bien confirmer mes observations, ajoute : « Mais ce que nous ne pouvons accepter, dit-il, c'est que l'on en tire cette conséquence « qu'elles « sont enflammées ». P. 549.

Pour lui, ces lésions sont des *hémato-nodules*, et « il semble qu'elles soient liées à l'évolution et au travail organique et qu'elles forment une sorte de trait d'union entre l'état sain et l'état morbide. Pour les qualifier, on proposerait le terme de *demi-lésion* ». P. 538.

J'avoue ne pas comprendre ce que c'est qu'une lésion liée au travail organique normal, et que je ne sais pas ce que c'est qu'une *demi-lésion*, c'est-à-dire une *demi-endocardite*. Qu'on dise une demi-bouteille de vin ou une demi-livre de viande, c'est très-bien ; mais je doute qu'on puisse dire une demi-endocardite ou une demi-pneumonie. Laissons donc les demi-lésions pour ce qu'elles valent, et, voyons si ce que M. Parrot appelle des hémato-nodules cardiaques chez les jeunes enfants sont ce que je décris sous le nom d'endocardite végétante des maladies aiguës.

Je ne le crois pas.

Mon collègue parle d'une chose et moi d'une autre. Au nom de ce qu'il a observé, il a cru devoir écrire une réfutation de ce que j'ai enseigné à ma clinique et dans mon *Traité des maladies de l'enfance*. Il aurait pu s'éviter cette peine, car les hémato-nodules qu'il a décrits d'après cent seize observations d'enfants de quinze jours à deux ans, et qui n'existent jamais après la deuxième année, d'après le tableau qu'il en donne page 543, ne sont en rien ce que j'ai observé. A l'hôpital des Enfants malades, on ne reçoit les malades qu'à deux ans, et je n'y ai jamais observé les hématomes valvulaires dont il parle.

Ce que j'ai décrit, c'est l'intumescence mamelonnée, rouge, du rebord mitral et tricuspide, avec l'hyperémie plus ou moins fréquente des valvules sigmoïdes et leurs conséquences.

(1) *Archives de physiologie*, 1874.

Rien de plus, rien de moins. Cela ne ressemble pas du tout à la *demi-lésion* des hémato-nodules cardiaques que m'oppose M. Parrot. Une préoccupation que je ne comprends pas lui a fait confondre deux ordres de faits absolument distincts.

Il a trouvé des hématomes et des nodules sur des enfants de quinze jours à deux ans ; mais de deux à sept ans, d'après son tableau, il n'en a jamais trouvé. Or mes observations cadavériques sont presque toutes, 192 sur 200, relatives à des enfants de deux à quinze ans.

Maintenant, ses nodules valvulaires, qu'il compare à mon intumescence mamelonnée rouge, caractéristique, de l'endocardite végétante, il les attribue « à une hypergénèse irritative » qui n'est pas l'inflammation. Puis il affirme que ce sont les hématomes du premier mois de la vie, lesquels disparaissent « rapidement dans les suivants », page 540, qui sont la cause des nodules valvulaires que j'ai observés dans la seconde enfance ou jusqu'à la puberté à la suite des maladies aiguës et que j'appelle des endocardites végétantes. Convaincu de ce fait, qui ne repose sur rien, et qui n'est qu'une vue de l'esprit, il part de cette hypothèse pour entreprendre, dit-il, la réfutation de mes erreurs, « qui tendent à s'accréditer »... Page 544.

M. Parrot s'est absolument trompé en comparant mes faits aux siens, et toute son argumentation porte à faux. Jamais il ne pourra persuader à un médecin que ce que j'appelle endocardite végétante chez des enfants de sept, dix, douze, quinze ans, et chez des adultes, soit le résultat des hématomes cardiaques de naissance qui disparaissent au bout du premier mois, ni que ces hématomes provoquent à dix ou quinze ans de distance une hypergénèse irritative qui n'est pas l'inflammation.

En tout cas, il y aurait là une preuve de la mémoire du cœur, que l'on pourrait citer en exemple à bien des gens. Personne n'admettra cette action nocive se révélant à dix ou quinze ans de distance par une prolifération d'éléments embryonnaires qui, de toute évidence, n'ont que quelques jours de date, et produisant l'intumescence mamelonnée rouge que j'ai décrite sur le bord de la tricuspide et de la mitrale.

N'en déplaise à mon critique, cette lésion n'est pas une demi-lésion, pour parler son langage. Il n'y a pas de demi-endocardite. Ce que j'ai décrit, c'est une endocardite entière d'une forme spéciale tendant à s'organiser et à s'indurer au lieu de se ramollir et de s'ulcérer.

La preuve en a été fournie par l'anatomie pathologique comparée de l'enfant et de l'adulte, par l'histologie et par la clinique. Cela peut se résumer en un certain nombre de propositions importantes.

Malgré son extrême fréquence, ce que j'appelle l'endocardite végétante ne se rencontre pas chez tous les sujets, ce qui établit son caractère accidentel.

Elle occupe tantôt la valvule mitrale et parfois aussi les sigmoïdes.

Elle est tantôt peu visible et tantôt très-caractérisée, mais dans un même orifice ; elle est quelquefois plus prononcée sur un point de la valvule que sur l'autre.

Elle existe parfois à l'état aigu d'intumescence rouge sur un point et sur une partie voisine à l'état chronique, grisâtre ou blanchâtre, en voie de résolution.

L'examen histologique montre que l'intumescence et le boursouflement du rebord valvulaire sont formés d'une prolifération de jeunes cellules embryonnaires associées à de nouvelles fibres conjonctives, ce qui annonce une irritation nutritive récente, pathologique, incontestable.

L'endocardite végétante s'accompagne très-souvent de la tuméfaction des petits tendons valvulaires.

Elle est assez fréquemment compliquée de la dégénérescence granulo-graisseuse, ou graisseuse des fibres musculaires du cœur.

Elle ne s'accompagne jamais de ces hématomes microscopiques qu'on ne trouve que chez les nouveau-nés.

Pendant la vie, des souffles passagers de rétrécissement ou d'insuffisance valvulaire montrent qu'il y a au cœur une modification pathologique en rapport avec des lésions spéciales accidentelles.

Quand les souffles cardiaques se prolongent au-delà de quelques mois, ce qui arrive quelquefois, c'est que l'endocardite végétante aiguë devient l'origine d'une endocardite chronique ou maladie organique du cœur.

Cela étant dit, en raison de la coïncidence de l'endocardite végétante valvulaire avec les maladies aiguës fébriles de l'enfance, il faut admettre que la lésion dépend de la nature des maladies ou de la fièvre qui les accompagne. Un instant, j'ai cru que la nature des maladies était pour quelque chose dans la production des phénomènes, mais aujourd'hui je crois que c'est à l'état fébrile qu'on doit en rapporter la production. Dans ce cas, la fièvre est, comme l'a dit Bouillaud, une véritable angiocardite dont le principal effet serait de produire sur le bord des valvules mitrale et tricuspide une irritation nutritive caractérisée par l'épaisseur et la rougeur plus ou moins considérable du rebord de ces valvules. (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 décembre 1874. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le résumé des observations médicales présentées par M. l'inspecteur des eaux de Vichy pour la saison dn 1873 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Hillairet et une lettre de M. le docteur L. Colin, professeur au Val-de-Grâce, qui se portent candidats à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale ;

2° Un mémoire de M. le docteur Camus, médecin aide-major, intitulé : *Calais ; topographie et statistique médicale* (commission des épidémies);

3° Une lettre de M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie, relative à la réclamation de priorité faite dans la dernière séance par le docteur Moncoq, à propos du transfuseur que M. Béhier a présenté au nom de M. Collin.

La supériorité de cet instrument sur tous les autres transfuseurs tient à ce qu'il s'oppose absolument à l'entrée de l'air dans les veines. Cet avantage est obtenu au moyen d'un réservoir cylindrique dans lequel est renfermée une boule creuse, plus légère que le sang et plus lourde que l'eau. Le corps de pompe se trouve en communication avec ce réservoir, et la boule en question, suivant le niveau du liquide, empêche soit le passage de l'air par l'orifice inférieur, soit le reflux du sang par l'autre orifice. Cette disposition ingénieuse est ce qui appartient surtout en propre à M. Collin;

4° Une lettre de remercîment de M. le docteur Guipon (de Laon), élu récemment membre correspondant ;

5° Une note de M. le docteur Poggiale, intitulée : *Action de l'électricité sur le développement physique et intellectuel chez les jeunes sujets* (commission : MM. Cloquet et Henry Roger).

6° Un mémoire de M. le docteur Pietra Santa : *Sur les maladies par ferments morbifiques, pathogénie et traitement par les hyposulfites et les sulfites alcalins et terreux.*

Voici les conclusions de ce travail :

1° Plusieurs maladies (dites catalytiques) reconnaissent pour cause première une fermentation des principes du sang;

2° L'acide sulfureux a la propriété de prévenir et d'arrêter toutes les fermentations des matières animales et végétales:

3° Les propriétés antifermentatives de l'acide sulfureux se retrouvent d'une manière complète dans les sulfites alcalins et terreux ;

4° Les sulfites sont parfaitement tolérés par l'organisme;

5° Pour rendre plus durable encore la présence des sulfites dans l'organisme et pour retarder leur conversion en sulfates, il faut substituer aux sulfites des hyposulfitès de même base;

6° Les maladies dans lesquelles on a retrouvé l'action bienfaisante des sulfites, sont les affections déterminées par un ferment pathologique quelconque :

Fièvres intermittentes ou paludéennes, fièvres puerpérales, variole, affections par absorption purulente, phthisie pulmonaire aux périodes du ramollissement et de la fonte du tubercule ;

7° Mes observations personnelles de 1854 à ce jour m'ont conduit à reconnaître l'efficacité des solutions de sulfite de soude dans tous les cas de plaies de mauvaise nature et d'ulcères variqueux.

L'hyposulfite de chaux trouve des indications spéciales et précieuses dans la phthisie pulmonaire au deuxième et au troisième degrés, soit en protégeant l'organisme contre les effets des absorptions purulentes, soit en favorisant la cicatrisation et l'oblitération calcaire des cavernes pulmonaires.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. Béclard, au nom de M. le docteur Motais, présente à l'Académie de médecine un ongle chirurgical.

Cet ongle, fabriqué par M. Mathieu, se compose d'un anneau étroit embrassant la base de la troisième phalange, d'une lame d'acier lui faisant suite sur la face dorsale de cette phalange. Le bord libre et demi-circulaire de cette lame d'acier ne dépasse pas de plus d'un millimètre la pulpe du doigt et présente, sur la face palmaire, une rainure dans laquelle s'engage et s'appuie l'ongle naturel.

Cet instrument, tout en donnant au doigt une grande puissance d'action, *lui laisse sur toute son étendue la sensation du tact et la souplesse de ses articulations.* Ce n'est plus, à proprement parler, l'ongle chirurgical, c'est le doigt intelligent et armé qui opère, *sentant très-exactement* ce qu'il coupe ou déchire.



L'idée d'un ongle artificiel n'est pas nouvelle. M. Chassaignac en a fait fabriquer un qu'il a abandonné, parce que cet ongle s'adaptant sur un *tuyau articulé qui emboîtait le doigt*, enlevait à ce dernier le tact et la souplesse.

Le chirurgien cherche à remplacer, autant que possible, par la dissection avec le doigt l'emploi dangereux et toujours un peu aveugle des instruments dans les opérations sur les cavités naturelles ou les tumeurs profondément situées dans les régions vasculaires. Le seul obstacle à ce procédé tenait au peu de résistance de l'ongle naturel.

L'ongle chirurgical répond à cet inconvénient en armant le doigt d'un ongle mousse ou tranchant, à volonté, et toujours très-solide.

Cet instrument semble donc devoir trouver des applications utiles dans la chirurgie opératoire, dans la dissection des tumeurs et surtout des adénomes du cou, de l'aisselle, — des adhérences des kystes de l'ovaire, — des adhérences anomales du placenta, — la rugination des polypes utérins et naso-pharyngiens.

M. le docteur Motais l'a employé dans l'extirpation de trois polypes utérins. Le mode opératoire a été les plus simples et sans accidents. M. le docteur Motais se réserve de publier ces trois observations.

M. LE ROY DE MÉRICOURT présente, au nom de M. Alexandre Laget, professeur agrégé à l'école de médecine navale de Rochefort, un volume intitulé : *Hygiène des professions et des industries.*

M. LE PRÉSIDENT rappelle à l'Académie que, dans la dernière séance, on a renvoyé à l'examen du conseil une proposition de M. Larrey, tendant à armer la commission des remèdes secrets du droit de ne pas faire de rapports sur certaines communications adressées à ce sujet à l'Académie. Le conseil a pensé que le ministre, par l'entremise duquel arrive toutes les communications relatives à des remèdes secrets, demandant l'avis de l'Académie, il est impossible que celle-ci ne fasse pas de réponse. En conséquence, l'avis du conseil est qu'il y a lieu de laisser les choses en l'état, sauf au rapporteur de la commission à faire des rapports très-succincts, afin de faire perdre à l'Académie le moins de temps possible.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL ajoute que les rapporteurs de la commission des remèdes secrets sont appelés à la tribune seulement lorsqu'il n'y a rien à l'ordre du jour; la perte de temps est donc minime.

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un vice-président pour l'année 1875.

Le nombre des votants étant de 67, dont la majorité est 34,

MM. Chatin	obtient. . . .	58 suffrages.
Bouley	— . . .	5 —
Boudet	— . . .	1 —
Poggiale	— . . .	1 —
Bulletins blancs.	. . . .	2 —

En conséquence, M. Chatin est proclamé vice-président pour l'année 1875.

M. HENRI ROGER, secrétaire annuel, est nommé par acclamation.

MM. BÉHIER ET BROCA sont élus membre du conseil d'administration en remplacement de MM. Chauffard et Berthelot, conseillers sortants.

LECTURE

La parole est à M. Jaccoud. (Voir le *Premier-Paris.*)

A cinq heures moins le quart, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 octobre 1874 (1). — Présidence de M. PETER.

SUITE DE LA DISCUSSION

M. GÉRY demande à M. Martin s'il croit prudent de laisser les malades se faire eux-mêmes des injections hypodermiques, car un malade mourut à la suite d'injections qu'il se faisait lui-même.

M. MARTIN. Cet accident peut tenir, soit au liquide, soit à la dose. Le but de ma lecture est de prémunir contre les faibles doses. Je ne me sers que de la solution au vingt-cinquième, et je n'ai jamais d'accidents.

M. GILLEBERT D'HERCOURT fils. J'avais l'habitude de me faire des injections au cinquantième. Me trouvant hors de Paris, pris au dépourvu, je fis faire une solution qui, chaque fois que je l'employai, fut suivie d'un petit phlegmon. Je fis changer la solution, et cet accident ne se montra plus.

M. DUROZIEZ a vu souvent des phlegmons avec des solutions aqueuses contenant des matières étrangères en suspension.

M. RELIQUET. M. Martin a dit avec raison que quand les fonctions rénales ne se faisaient pas bien, on observait des accidents. Cela est très-vrai. J'ai observé un cas dans lequel des accidents mortels se déclarèrent pour une dose très-faible de chlorhydrate de morphine. Aussi, depuis longtemps je n'emploie plus la morphine dans les maladies des voies urinaires. Avec 2 centigrammes j'ai vu le coma survenir, et le malade mourir. Une autre fois, chez un malade qui avait une grosse pierre, une injection sous-cutanée fut faite au niveau du périnée pour calmer de vives douleurs. A la suite, il se produisit une paralysie de l'urèthre; mais comme il y avait continuation de l'action de la vessie, l'urèthre se remplit de graviers. Il fallut faire la taille, et, pour moi, l'action toxique de la morphine fut cause de la terminaison fatale qui eut lieu peu d'instants après.

M. DE BEAUVAIS a observé, à la suite d'une injection faite pour une sciatique à une dame qui venait de manger, des accidents très-alarmants, caractérisés par une violente anxiété précordiale et des signes d'une asphyxie prochaine. Des vomissements survinrent qui sauvèrent la malade.

M. DUROZIEZ cite le cas d'un vieillard de quatre-vingt-quatre ans, atteint d'une hernie étranglée avec des vomissements incessants pour lesquels on injecta en deux fois 3 centigrammes de morphine, qui amenèrent la mort.

M. POLAILLON. Dans certaines névralgies il est inutile d'injecter de la morphine, l'eau distillée suffit, la névralgie cesse comme après les injections de morphine.

M. BLONDEAU. J'ai vu faire, dans le service de M. Potain, des essais de ce genre. Au moment même de l'injection de l'eau, le maladé est pris d'une douleur excessivement vive, après quoi il est soulagé de sa douleur névralgique. M. Polaillon a-t-il observé cette vive douleur au moment même de l'injection?

M. POLAILLON. Non, j'ai seulement observé que la douleur névralgique était calmée.

M. AIMÉ MARTIN. M. Luton le premier a eu l'idée des injections d'eau, mais seulement pour les névralgies faciales. Il ne se produit aucun effet dans les accès d'asthme. M. Siredey a fait des expériences du même genre; il injecte l'eau à une assez grande pression contre la sciatique.

M. POLAILLON. Les douleurs par contraction musculaire, et notamment les douleurs par contraction utérine étaient calmées aussi bien par l'eau pure que par la morphine, dans un cas de douleurs produites par l'expulsion des corps fibreux.

M. RELIQUET craint que M. Martin ne confonde l'injection sous-cutanée avec l'aquapuncture. Lorsque le jet est vif, c'est l'aquapuncture, et l'on a alors une sorte de jet d'eau qui pénètre assez loin dans les tissus.

M. AIMÉ MARTIN. Je ne confonds pas ces deux procédés différents, j'ai seulement cité le fait à l'appui des observations rapportées par M. Polaillon.

M. GILLEBERT D'HERCOURT fils. Les injections d'eau doivent être faites *loco dolenti ;* pour les injections de morphine, il importe peu.

M. PETER. Chez une jeune fille atteinte de phthisie laryngée, M. Krishaber injecta dans le voisinage du larynx 10 gouttes d'une solution représentant 1 centigramme de chlorhydrate de morphine. A peine l'injection terminée, cette jeune fille tomba en syncope. M. Krishaber se promit de voir, si chez cette malade, c'était l'injection en elle-même ou la matière injectée qui avait provoqué la syncope. La fois suivante il injecta de l'eau distillée, et immédiatement après il y eut une syncope. Il y a donc des personnes tellement impressionnables qu'une injection en elle-même peut produire des effets foudroyants.

A un malade atteint d'une affection cardiaque et de névralgie intercostale, je fis, sur ses vives instances et un peu à contre-cœur, une injection de 2 milligrammes seulement, de sulfate d'atropine. L'injection faite, le malade tombe à la renverse, privé de connaissance, sans pouls, la face altérée, cadavérique. J'étais très-inquiet en pensant à l'insuffisance mitrale dont il était atteint. Il revint bientôt à lui, ne présentant aucun des signes de l'intoxication belladonée. Les pupilles étaient normales, sensibles aux rayons lumineux. C'était donc bien l'impression morale vive, produite par le fait seul de l'injection qui avait amené cet accident.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

(1) Fin. — Voir les numéros des 3 et 8 décembre.

COMMUNICATION

M. BLONDEAU communique l'observation suivante :

De la transfusion du sang. — Une jeune dame de vingt-quatre ans, d'une constitution débile et, déjà depuis longtemps, profondément anémique par le fait d'une chlorose ancienne, fut prise d'*épistaxis*, dans la nuit du 25 au 26 avril 1874. Lorsqu'on vint me chercher à cinq heures du matin, l'hémorrhagie durait d'une manière incessante depuis près de trois heures. L'écoulement du sang était tellement abondant que les nombreux linges, mouchoirs et serviettes employés pour étancher celui qui se faisait jour par l'orifice antérieur des narines n'y suffisaient plus, et qu'à diverses reprises il avait fallu changer les cuvettes où la malade rejetait par de copieux vomissements celui qui s'échappait par les orifices postérieurs des fosses nasales, tombait dans l'estomac. La malheureuse jeune femme, profondément épuisée, le visage d'une pâleur mortelle et souillé par places de ce sang qu'elle ne pouvait retenir, éprouvait une anxiété indescriptible.

Après une heure de tentatives pour venir à bout, à mon tour, de cette abominable hémorrhagie, je courus chercher M. le docteur Théophile Anger, habitant dans le voisinage, le priant de m'assister et de pratiquer le tamponnement qui seul me paraissait devoir, enfin, avoir raison des accidents.

A six heures et demie environ, cette opération était terminée, de forts plumasseaux de charpie bouchaient les fosses nasales en arrière, comme en avant, et ici on les avait préalablement imbibés d'une solution de perchlorure de fer et profondément introduits dans les narines. Les boissons alcooliques que, dès mon arrivée, j'avais prescrites pour remonter et soutenir ses forces, furent continuées et, quand, un peu après huit heures, nous quittâmes la malade, nous espérions être maîtres de la situation.

Mais, trois heures plus tard, nous reconnûmes à notre grand désespoir qu'il n'en était rien. L'hémorrhagie continuait; le sang, transsudant au travers de la charpie, suintait en avant le long de la lèvre, filtrait en arrière, de telle sorte qu'à chaque instant, la malheureuse jeune femme en rejetait, par des efforts d'expiration, des masses coagulées. En outre, ce sang qui remplissait évidemment les cavités des fosses nasales, *sourdait par des points lacrymaux*, où il formait de petites gouttelettes réapparaissant sans cesse au fur et à mesure qu'elles étaient entraînées par les larmes.

M. Anger essaya non-seulement de bourrer le nez de nouveaux tampons ajoutés aux premiers, mais encore d'injecter à travers la charpie, au moyen de la seringue de Pravaz, une assez forte quantité de la solution de perchlorure de fer, et nous prescrivîmes ce médicament dans une potion, tout en insistant plus que jamais sur l'administration de l'eau-de-vie et du vin de Champagne.

A trois heures et demie de l'après-midi, nous nous retrouvâmes, M. Anger et moi, auprès de la malade. Elle était dans un état désespérant et vraisemblablement désespéré. La décoloration, la lividité de toutes les surfaces tégumentaires, la bouffissure du visage, la peau froide et couverte de sueur, témoignaient de l'anéantissement des forces aussi bien que la petitesse misérable du pouls qui battait jusqu'à 140 fois à la minute. La dilatation excessive et effrayante des pupilles nous faisait prévoir l'imminence de la mort qu'annonçait le trouble des fonctions cérébrales se traduisant par le délire et l'agitation extrême.

Dans cette conjoncture, M. Th. Anger pensa que la *transfusion du sang* offrait la seule chance de salut, et, tout en exprimant son opinion dans ce sens à la famille, il ne lui dissimulait pas plus qu'il ne se le dissimulait à lui-même que cette chance était encore bien petite. Je partageais complétement son sentiment, et j'opinais avec lui pour que l'opération fut pratiquée sans autre retard. M. Anger ayant prévu, à la visite qu'il avait faite à deux heures, qu'il serait obligé d'y recourir, avait envoyé chercher M. Collin et l'appareil nécessaire. La transfusion fut donc immédiatement pratiquée. Le sang fut tiré de la veine du bras d'une jeune femme de chambre qui s'était offerte. On en recueillit environ 100 grammes dont 65 seulement furent injectés dans la veine médiane basilique de la malade.

Pour la première fois que j'assistais à une opération de ce genre, je fus frappé de sa merveilleuse simplicité, de la rapidité, de la dextérité, du sang-froid, de la sûreté de main avec lesquels elle était pratiquée. Mais ce qui nous frappa, M. Anger et moi, c'est le bien immédiat que la transfusion produisit. Ce fut une véritable résurrection. Cette résurrection s'annonça par le réveil presque instantané de la contractilité de l'iris qui, à peine le sang introduit dans les veines, se manifesta par le retour de la pupille à son diamètre normal. Presque en même temps le pouls tombait à 100; le délire cessait; la malade, poussant un grand soupir comme une personne sortant d'un profond sommeil, se sentait mieux et s'exprimait avec un certain entrain.

Quand nous prîmes congé d'elle vers six heures, elle nous paraissait à nous, comme à son entourage, hors du danger tout à l'heure si évidemment menaçant.

Nous étions loin, toutefois, d'être quittes de nos appréhensions, de nos légitimes préoccupations. Indépendamment de ce que nous avions encore à redouter et de l'état général, qui, tout en étant sensiblement, avantageusement amélioré, pouvait ne l'être que momentanément, et des suites fâcheuses possibles de l'opération elle-même, nous nous trouvions en présence d'une complication des plus sérieuses.

La jeune dame était enceinte de quatre mois et demi. Depuis quatre jours, elle ne sentait plus les mouvements du fœtus, et comme, déjà deux fois, elle n'avait pas pu amener ses grossesses au-delà de ce terme, comme son mari nous avertissait que chacune de ces deux fausses couches avait donné lieu à des hémorrhagies formidables, nous nous demandions ce qui allait advenir. L'indication la plus réelle était assurément de retarder autant que possible ce nouvel accident. En conséquence nous prescrivîmes un lavement fortement laudanisé simultanément, sans nous préoccuper du narcotisme qui pourrait se produire, nous rappelant les bons effets de l'opium si justement vanté par Sydenham à titre de *cordial : cardiacum est, omnium fere in natura præstantissimum* et (ainsi que le rapporte le docteur Campbell dans son excellent mémoire sur la tolérance anesthésique obstétricale), employé à hautes doses contre l'anémie consécutive aux hémorrhagies puerpérales par les médecins anglais de la fin du siècle dernier et du commencement de celui-ci, notamment par Gooch, qui professait à Londres en 1817 et portait les doses de laudanum jusqu'à *cent* gouttes dans les vingt-quatre heures; sans nous préoccuper donc du narcotisme possible, nous ordonnâmes de faire prendre à la malade *une* goutte de laudanum, de quart d'heure en quart d'heure, jusqu'à ce qu'on eût amené le sommeil.

A partir de six heures et demie jusqu'un peu avant neuf heures la malade avait pris, selon cette prescription, dix gouttes du vin d'opium composé. Cette dose, ajoutée à celle de dix autres gouttes qu'elle avait préalablement absorbées par un quart de lavement, n'avait même pas produit d'assoupissement. Elle n'eut pas davantage le résultat que nous en attendions pour empêcher les contractions utérines et l'avortement que nous voulions, tout au moins, retarder. A notre dernière visite dans la soirée, après neuf heures, cet avortement s'était fait, sans grandes douleurs et sans grande perte de sang. La délivrance n'était point effectuée, et, en cherchant à l'opérer, M. le docteur Anger n'amena qu'une petite partie du placenta. Il ne nous paraissait pas prudent de faire de nouvelles tentatives, car nous redoutions ces hémorrhagies qui, nous disait le mari, étaient toujours survenues dans les précédentes fausses couches. Nous nous contentâmes, en prescrivant du seigle ergoté, d'attendre la marche naturelle des choses et, afin de la surveiller, nous priâmes M. Belon, l'externe du service de M. Anger, à l'hôpital Beaujon, de passer la nuit auprès de la malade et de se préparer, s'il survenait une perte de sang trop menaçante, à faire le tamponnement qu'il fut, en effet, obligé de pratiquer, quelques heures plus tard, mais modérément, le sang commençant à paraître un peu abondamment.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils, qui ont concouru en 1874, aura lieu le samedi 26 décembre 1874, à une

heure de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3.

Dans cette même séance aura lieu la proclamation des noms des élèves internes et des élèves externes nommés à la suite des concours de 1874.

MM. les élèves actuellement en fonctions, et ceux qui ont été nommés à la suite du dernier concours, sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition, dans les établissements de l'administration, pour l'année 1875.

En conséquence, MM. les élèves internes devront se présenter au secrétariat de l'administration, avenue Victoria, n° 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements.

Ces cartes seront délivrées : à MM. les élèves internes de 1re, 2e, 3e et 4e année, et à MM. les internes provisoires, le mercredi 22 décembre, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

A MM. les élèves externes de 2e et de 3e année, le jeudi 24 décembre, à une heure précise; de 1re année, le lundi 28 du même mois; à onze heures précises pour la première moitié de la liste, et à deux heures pour la seconde moitié, dans le même amphithéâtre.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 150. — MARDI 29 DÉCEMBRE 1874. 47e ANNÉE. MARDI 29 DÉCEMBRE 1874. — N° 150.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'Institut est un centre d'où émanent et où viennent aboutir toutes les activités scientifiques; la connaissance de ce qui s'y fait donne la juste mesure des efforts de l'intelligence vers l'inconnu. Cette mesure, en ce moment, est des plus flatteuses pour les travailleurs de notre pays. De tous côtés, dans toutes les branches des connaissances, on est à l'œuvre avec une ardeur insolite et des plus productives.

Ici, c'est M. Leverrier qui donne une théorie nouvelle du mouvement de la planète Neptune. Là, c'est M. Brongniart qui, avec le secours de M. Balansa, voyageur du Muséum d'histoire naturelle, et de M. Thiébaut, lieutenant de vaisseau, recueille dans la Nouvelle-Calédonie 3,000 espèces de plantes (965 cryptogames et 2,026 phanérogames) et les classe dans la série botanique avec le concours de M. Bureau, professeur au Muséum, et de M. Poisson, aide-naturaliste. D'un autre côté, c'est M. Lacaze-Duthiers qui donne aux études zoologiques une impulsion nouvelle par la fondation, à Roscoff (Finistère), d'un laboratoire destiné à l'observation et à l'étude des animaux qui vivent dans la mer et sur les côtes. Enfin, sur tous les points du globe, nos savants nationaux viennent de porter leurs instruments pour observer le passage de Vénus sur le soleil.

Les résultats de cette campagne pacifique sont déjà connus, et nous avons la satisfaction de pouvoir dire qu'ils sont tout à l'avantage des observateurs français. Voici comment s'exprime sur ce sujet le journal anglais *Nature :* « Les observations de M. le docteur Janssen sont décidément, parmi les plus remarquables, non-seulement pour ce qui concerne l'absence de ligaments, mais surtout en ce qui concerne la visibilité de Vénus sur l'atmosphère coronale. Oui, la France a encore vaincu et glorieusement vaincu. »

Les sujets qui intéressent plus particulièrement nos lecteurs n'ont pas fait défaut dans cette séance, et ce ne sont pas les moins importants.

— La note de M. Birot *sur les albumines pathologiques, les zymases, les moyens de doser l'albumine, la nature de la couenne de l'ascite et l'altérabilité des matières albuminoïdes* est fort intéressante et d'une utilité très-pratique. Pour caractériser les diverses albumines pathologiques, M. Birot s'est servi du procédé que M. Béchamp avait inauguré pour caractériser les albumines physiologiques, c'est-à-dire qu'il a déterminé leur pouvoir rotatoire, leur point de coagulation, leur fonction.

Par ce procédé, M. Birot a reconnu que les liquides pathologiques albumineux contiennent un mélange, en proportions variables, de plusieurs albumines qu'il divise en deux groupes : le premier renferme les albumines qui ne contiennent pas de *zymase*, et qui deviennent insolubles dans l'eau après qu'elles ont été précipitées par l'alcool. Les unes sont précipitées par l'extrait de saturne; les autres par l'extrait de saturne ammoniacal. Le second groupe est caractérisé par des albumines qui ont une action spéciale sur l'empois de fécule et agissent comme un ferment soluble. C'est à ces albumines que M. Béchamp a donné le nom de *zymases*.

M. Birot a trouvé ces deux groupes d'albumines dans des liquides provenant d'épanchements pleurétiques, d'ascites, d'hydrocèles, de kystes, etc.; mais il a constaté que ces albumines diffèrent un peu par leurs caractères de celles que M. Béchamp a trouvées dans le sang. C'est ainsi que l'albumine du sang a un pouvoir rotatoire que n'atteignent jamais les albumines pathologiques; c'est ainsi encore que la zymase existe en très-petite quantité dans le sang, tandis qu'elle est très-abondante dans les liquides pathologiques.

M. Birot attribue judicieusement cette différence à ce que les tissus vivants sécrètent eux-mêmes, de toutes pièces, des albumines, ou qu'ils modifient celles qui les traversent : « Ces tissus, dit-il, sont vivants, actifs, et ne peuvent être comparés à des filtres inertes. »

La présence constante d'une zymase dans les liquides pathologiques inspire à M. Birot une juste critique qui ne sera pas sans effet sur la pratique. En effet, les zymases, et en particulier la néfrozymase, n'étant pas précipitées dans les liquides qui les contiennent par les procédés vulgairement employés, avaient échappé à l'attention des médecins et des physiologistes. Cependant la néfrozymase peut être assez abondante dans l'urine pour constituer une véritable *zymasurie*. Il n'est pas jusqu'au procédé de la coagulation par la chaleur qui ne soit fautif. Le seul procédé rigoureux est celui de M. Béchamp, qui consiste à précipiter un volume du liquide par trois volumes au moins d'alcool à 90 degrés. Le précipité recueilli est ensuite analysé pour y constater la présence d'une zymase et tenir compte des matières minérales précipitées.

M. Birot a constaté en outre que la *couenne* qui se forme dans les liquides albumineux est constituée par des *microzymas* vivants que l'on peut recueillir sur un filtre. Aussi, lorsqu'on met cette couenne en contact avec une matière fermen-

tescible (empois de fécule créosoté), la couenne se dissocie et les microzymas évoluent en se transformant en chapelets de grains, en bacteries et bacteridies. Ces faits confirment les belles recherches de MM. Ector et Béchamp sur les microzymas du sang et sur la nature de la fibrine.

— M. Ch. Bernard présente, au nom de MM. Malassez et Picard, une note *sur les modifications qu'éprouve le sang dans son passage à travers la rate, au double point de vue de la richesse en globules rouges et de sa capacité respiratoire.*

Depuis les travaux de MM. Benett, Virchow, Bouchut sur la *leucémie*, tout ce qui touche à la physiologie de la rate est plein d'intérêt. Les auteurs ont mesuré la richesse en globules par le procédé fort ingénieux de M. Malassez, procédé qui permet de compter le nombre de globules rouges renfermés dans un millimètre cube de sang. La *capacité respiratoire* a été dosée d'après le procédé de M. Gréhant, qui consiste à rechercher quel volume d'oxygène peut absorber une quantité donnée de sang. Pour le moment, les expériences très-minutieuses ont montré que, dans l'état physiologique, le sang qui revient de la rate possède une proportion de globules et une capacité respiratoire supérieures à celle du sang afférent.

Un seul mot au sujet de cette communication, fort intéressante d'ailleurs. Si je ne me trompe, l'expression de *capacité respiratoire* a été introduite dans la science par M. C. Bernard. Le mot a fait fortune, et, depuis lors, on dit que les *tissus respirent*, que les *muscles respirent*. On comprend sans doute, avec quelque bonne volonté, ce que ces associations de mots expriment. Mais ne craint-on pas, en agissant ainsi, de fausser le langage scientifique? Il y a une fonction qui mérite parfaitement le nom de *respiration*, elle est constituée par deux actes : *l'inspiration* et *l'expiration;* elle ne va pas plus loin.

Quant aux actes intimes qui succèdent à l'accomplissement de cette fonction, on ne saurait, sans faire erreur, les confondre avec la fonction respiratoire. Ces actes font partie de la nutrition, *qui n'est pas une fonction*, et comprennent non-seulement la fixation de l'oxygène, mais encore tous les phénomènes de la chimie vivante. De sorte que, lorsqu'on dit que les *muscles respirent*, on pourrait ajouter, avec la même apparence de raison, *qu'ils digèrent*. Bacon disait fort judicieusement que l'imperfectiou du langage est un des plus grands obstacles à la découverte de la vérité.

— M. de Lesseps annonce à l'Académie que, d'après une correspondance qu'il a reçue de l'isthme de Suez, on a pêché dans le canal une femelle de requin. On a trouvé dans son ventre douze requins tout vivants : le plus grand mesurant 20 centimètres, le plus petit 12 centimètres. Ce fait, ajoute M. de Lesseps, ayant paru à M. Milne-Edward assez intéressant pour être consignés dans les *Comptes rendus de l'Académie* j'ai pris la liberté d'en entretenir mes confrères. Les naturalistes depuis Buffon, étaient d'accord sur la question de savoir si le requin était ovipare ou vivipare, et ils s'étaient prononcés en faveur de la dernière opinion. L'exemple qui se produit aujourd'hui confirme cette opinion, qui, dans le public, n'était pas généralement acceptée. »

Dr Édouard Fournié.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac

De la balano-posthite et du phimosis symptomatiques des chancres infectants.

(Leçon recueillie par M. Chevalier, interne du service.)

Les balano-posthites et les phimosis d'origine syphilitique proviennent, dans la plupart des cas, d'un chancre infectant situé sur le limbe, dans la rainure, au voisinage du filet, ou même extérieurement, sur la peau du prépuce. Mais ces accidents peuvent survenir aussi, à titre de complication, lorsqu'une éruption confluente de plaques muqueuses se produit sur la muqueuse glando-préputiale et s'accompagne de phénomènes inflammatoires.

Ce que je vous ai dit dans les leçons précédentes de la balano-posthite et du phimosis symptomatiques du chancre simple, vous facilitera l'étude des balano-posthites et des phimosis syphilitiques.

N'allez pas croire, toutefois, que ces deux espèces se ressemblent. S'il y a entre elles quelque analogie, elle est plus superficielle que réelle et plus dans la forme que dans le fond. Une différence radicale, une différence de nature les sépare, et l'on en trouve la marque dans tous les faits de leur histoire, depuis leur début jusqu'à leur terminaison.

Pour vous rendre un compte exact de la pathogénie, des variétés symptomatiques, du processus, de la durée et de toutes les autres circonstances plus ou moins importantes de ces deux affections, il faut vous reporter aux principaux caractères des deux espèces de chancres, que je vous ai tracés au début de ces leçons.

Rappelez-vous que le chancre infectant ou syphilitique est le produit d'une hyperplasie conjonctive, constituant autour du principal foyer morbide ces indurations à formes variées, qui font si rarement défaut, qu'on les a longtemps considérées comme le meilleur signe de l'accident primitif de la syphilis.

Eh bien, ces hyperplasies spécifiques peuvent s'implanter dans la peau et sur les muqueuses, lentement, sourdement, sans exciter autour d'elles aucun processus irritatif violent. Quelquefois, au contraire, elles se compliquent, presque dès leur début, des phénomènes inflammatoires assez vifs pour aboutir au phlegmon, à l'érysipèle ou à la gangrène. Elles sont aptes, en un mot, à provoquer tous les degrés de la réaction locale.

C'est là une des premières causes du polymorphisme de l'accident primitif. Ajoutez-y l'étendue, la disposition, la profondeur de l'exsudation plastique, son rayonnement autour de la masse centrale, l'œdème dur qui l'accompagne si fréquemment, les lymphites qui la compliquent, etc., et vous pourrez vous faire une idée des variétés sans nombre du chancre syphilitique.

Mais l'hyperplasie du chancre infectant ne séjourne pas comme un corps inerte à la surface ou au sein des tissus; elle vit, elle évolue, et toutes les modifications qui s'opèrent en son sein se traduisent par des changements profonds dans son aspect, ses épiphémonènes et ses déviations.

Si vous voulez comprendre l'accident primitif de la syphilis et vous rendre compte de toutes ses complications, ne perdez donc jamais de vue les deux ordres de phénomènes que je vous indique : 1° les phénomènes *extérieurs* ou *périphériques* qui se développent, comme un effet de réaction locale, autour du chancre infectant; 2° les phénomènes *intérieurs*, dont l'évolution a pour théâtre l'exsudat plastique, et qui présentent tous les degrés du processus propre aux hyperplasies conjonctives, depuis la résolution rapide et comme éphémère, jusqu'à l'ulcération phagédénique et à la gangrène en masse.

I

Entrons maintenant en matière et examinons les principales variétés des balano-posthites et des phimosis syphilitiques. Pour en faire l'exposition avec plus de méthode, je diviserai tous les cas en trois grandes catégories.

Une première catégorie comprendra les balano-posthites et

les phimosis qui accompagnent les chancres du limbe, du méat urinaire et des fibres.

Dans une deuxième catégorie, je ferai rentrer les balano-posthites et les phimosis qui surviennent lorsque les chancres infectants siégent sur la partie moyenne de la muqueuse ou de la peau du prépuce.

Enfin je rangerai dans la troisième catégorie les balano-posthites et les phimosis symptomatiques des chancres infectants de la couronne, de la rainure et du reflet préputial.

Ces trois catégories de cas reflètent les physionomies si multiples de l'accident primitif. Mais ne vous figurez pas, messieurs, qu'il existe entre elles une ligne de démarcation nettement définie. Elles ne s'excluent pas; on les trouve souvent réunies chez le même individu, et il n'est pas rare de voir tout l'appareil glando-préputial rempli de chancres indurés depuis la rainure jusqu'à l'orifice. De ces diverses combinaisons résultent un grand nombre de variétés dans les balano-posthites et les phimosis syphilitiques. C'est pour mettre un peu d'ordre dans leurs descriptions que j'ai adopté la division précédente, quoiqu'elle soit un peu arbitraire.

II

Première catégorie : *Balano-posthite et phimosis symptomatiques des chancres infectants du limbe, du méat urinaire et du filet.*

Tout chancre infectant, si petit qu'il soit, entraîne presque toujours, lorsqu'il siége sur le limbe, une tuméfaction, un rétrécissement, puis une induration de l'orifice, et le phimosis ne tarde pas à être constitué. Les phénomènes sont alors aussi atténués que possible. Il est rare, en effet, que ces chancres provoquent à leur périphérie une inflammation de la muqueuse préputiale assez étendue pour donner lieu à une balano-posthite catarrhale ou inflammatoire de quelque importance.

L'écoulement qui suinte de l'orifice est d'ordinaire très-peu abondant et séreux ou séro-purulent. La cause du phimosis, c'est-à-dire le chancre, passerait même souvent inaperçue, si on n'explorait pas avec soin l'orifice. En le pressant avec le doigt, on sent dans son épaisseur un ou plusieurs petits noyaux nettement isolés au milieu d'une gangue d'œdème plastique sous-cutané et sous-muqueux. Quelquefois, de petits cordons durs roulant sous le doigt, partent de l'une de ces indurations, parcourent la surface supérieure du prépuce et se perdent ou se continuent sur le dos de la verge. Dans les aines, on trouve toujours l'adénopathie spécifique, c'est-à-dire des pléiades de ganglions plus ou moins volumineux, mobiles, sans adhérences avec les parties voisines et d'une dureté caractéristique. C'est là souvent le seul ou du moins le principal élément du diagnostic dans cette variété de l'accident primitif avec phimosis. Le pronostic de ce chancre infectant, en tant que lésion locale, est des plus bénins. Il guérit spontanément et sans le secours de l'art au bout de deux ou trois septenaires, et comme il ne laisse pas de cicatrice à sa suite, l'orifice préputial recouvre assez vite le diamètre qu'il avait auparavant.

Voulez-vous quelques exemples de ces sortes de phimosis avec chancres infectants, vous en trouverez plusieurs dans nos salles.

Mon ami M. le docteur Ladreit de la Charrière m'a adressé, il y a deux ou trois jours, un malade qui présente le degré le plus léger de cette affection. Il est au n° 1 de la salle 8. Après deux mois de continence, ce garçon eut des rapports sexuels le 4 mai dernier. Quatre ou cinq jours après, blennorrhagie aiguë et purulente avec douleur pendant la miction et les érections. Au bout de trois semaines, cette blennorrhagie était guérie. Survint alors, sans cause appréciable, un phimosis. Depuis cette époque, l'état du phimosis est resté stationnaire; il ne s'est point produit d'inflammation du limbe, ni de balano-posthite.

Voici quel est maintenant son état (deuxième mois de la contamination, quatrième semaine du chancre). La verge est saine en apparence, sans rougeur ni œdème. Il existe un phimosis à peu près complet, et par l'orifice rétréci se fait un écoulement séreux peu abondant. En palpant le limbe, on sent une petite induration pisiforme au niveau du filet. Double adénopathie spécifique; aucun écoulement de pus. L'inoculation a été négative.

Vous voyez que l'accident primitif est aussi léger que possible. Il passerait inaperçu pour beaucoup de médecins, qui attribueraient le phimosis à quelque petite irritation locale accidentelle. Cependant ce malade a la syphilis, et dans quelques jours apparaîtront les troubles constitutionnels et les accidents consécutifs. Remarquez, je vous prie, la différence comme durée entre les incubations de la blennorrhagie et du chancre qui lui ont été communiqués par la même femme à la suite d'un seul coït. L'incubation de la blennorrhagie a été de quatre à cinq jours; celle du chancre infectant d'un mois.

Examinez maintenant le malade du n° 1 de la salle 6. Vous lui trouverez à peu près la même affection, mais à un degré plus élevé. Après quinze jours de continence, vers la fin d'avril dernier, ce jeune homme eut commerce avec une coureuse, et cinq ou six jours après il survint un écoulement uréthral très-aigu. Cinq semaines après ce dernier coït, quoique la blennorrhagie fût améliorée, l'orifice préputial se rétrécit petit à petit, et deux ou trois boutons se montrèrent sur la surface interne du limbe. En même temps, la verge augmentait de volume par suite d'un œdème sous-cutané du prépuce. Les ganglions inguinaux ne tardèrent pas à s'engorger.

A son entrée, le 9 juillet, j'ai constaté chez lui l'existence : 1° d'une blennorrhagie au déclin; 2° d'un phimosis complet produit par la présence sur le limbe de trois érosions chancreuses dures et manifestement syphilitiques; 3° d'une balano-posthite subinflammatoire avec rougeur légère et diffuse de la peau et œdème plastique du prépuce et du fourreau; 4° de sécrétions mucoso-purulentes provenant de la balanite et du canal uréthral, et d'une sécrétion séreuse ayant son siége sur les chancres et sur la paroi interne de l'orifice préputial; 5° d'une adénopathie multiple, dure, indolente dans les deux aines. L'inoculation a été négative. (*A suivre.*)

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. de Beauvais.

Deux observations de chorée mortelle.

De l'avis général des auteurs les plus autorisés en pareille matière, la mort dans la chorée simple idiopathique est heureusement fort rare. Les relevés intéressants et complets consignés dans l'excellente thèse du docteur Moynier le prouvent amplement. A ce titre, messieurs, j'ai cru digne d'être communiquée dans tous ses détails à la société l'observation d'un cas de chorée qui, d'abord unilatérale, s'est bientôt généralisée, et a rapidement déterminé la mort par la violence de l'agitation choréique et par l'épuisement nerveux consécutif de la malade.

Il s'agit d'une jeune fille de quatorze ans, née à Paris, d'une taille moyenne, aux yeux et cheveux noirs, teint pâle, aux chairs molles et blanches. Elle a été soumise pendant quatre ans au régime de la

viande crue hachée, 150 grammes par jour pour combattre une *chloro-anémie* très-prononcée. Elle n'est pas encore réglée. Elle est d'un tempérament nerveux, très-impressionnable; à la moindre maladie, elle croyait avoir une affection mortelle. Elle n'a jamais eu de convulsions dans son bas âge. A l'âge de huit ans, elle a eu la rougeole. Depuis trois années, elle était sujette à de violentes crampes d'estomac; elle était dyspeptique, d'un appétit capricieux et vomissant facilement. Il lui est arrivé, à plusieurs reprises, d'éprouver des accidents cataleptiformes; elle tombait subitement, au milieu des récréations, et ses membres restaient dans un état particulier de roideur et ne pouvaient être fléchis. On la fit sortir, à cette époque, du couvent pour l'observer et rien d'anormal ne se présenta plus pendant dix jours d'observation.

En décembre 1873, le docteur Legros, médecin du couvent, fut appelé à lui donner des soins pour un *rhumatisme* articulaire aigu peu grave. Deux articulations furent prises successivement, d'abord le poignet *droit* pendant deux ou trois jours, puis le genou du *même côté*.

Les accidents aigus, rougeur, gonflement, douleur, fièvre, se dissipèrent au bout de dix à douze jours, sans la plus légère complication. Depuis cette époque, notre honorable confrère a constaté, à deux ou trois reprises, que Mme D... était atteinte subitement de douleurs rhumatoïdes tantôt dans la jambe, tantôt dans le bras du côté droit, sans trace de gonflement ou de rougeur aux endroits douloureux. Les parents affirment que la marche était un peu traînante de ce côté, et que la chaussure s'usait d'une façon irrégulière. Le docteur Legros ajoute que cette enfant était très-gaie à la pension, très-joueuse, et qu'à part des douleurs au creux épigastrique, dont elle se plaignait assez souvent, sa santé générale était bonne.

Cette jeune fille aimait peu l'étude, était turbulente, préférait les jeux violents, la gymnastique. Vers le mois de juillet dernier, quelques jours avant les vacances, elle est tombée du trapèze sur la tête; elle prétend qu'elle est restée une heure sans connaissance; un bain et quelques soins ont vite dissipé tout malaise.

Dans le cours et vers la fin d'août, le médecin de la famille, le docteur Crosilhes, appelé à Joinville-le-Pont près de la mère, put s'assurer que la santé de la jeune fille était bonne à ce moment.

Au commencement de septembre, elle fit une course assez longue en pleine campagne avec sa sœur, et revint couverte de sueur à la maison. La sœur fut prise d'angine et de fièvre. Quant à elle, quoiqu'elle ne se plaignît de rien, elle éprouva un refroidissement qui réagit sur sa constitution rhumatismale. Cela est très-présumable, car c'est quinze jours après que la chorée, sans autre cause déterminante, manifesta ses premiers signes aux yeux des parents.

Notons que le père est rhumatisant à un haut degré depuis l'âge de vingt ans, époque à laquelle il se jeta à l'eau pour sauver un enfant qui se noyait. Il a souvent des crises violentes, suraiguës, qui le forcent à garder le lit pendant des mois entiers.

La mère est d'un tempérament lymphatique; elle est sujette aux bronchites. Elle a perdu un enfant âgé de quinze mois par suite de convulsions.

Début de la chorée. — Dans la première quinzaine du mois de septembre, peu de temps après cette course extravagante dans la campagne, les parents de la jeune fille remarquèrent un changement dans ses manières, dans son attitude et dans son caractère. Une certaine maladresse inaccoutumée, un mouvement particulier dans le bras droit, la démarche plus traînante de ce côté, des grimaces involontaires du visage, qui lui attirèrent des réprimandes, un peu de gêne dans la parole, une répulsion subite pour les études, pour la lecture, pour la musique, qu'elle affectionnait auparavant, un affaiblissement de la mémoire. Le caractère devint fantasque, capricieux, très-impressionnable, violent; sans motif, elle frappe sa petite sœur âgée de dix-huit mois. Des idées tristes, de mort, la saisissent. Ainsi, un jour en promenade, elle aperçoit un corbillard et s'écrie vivement : « Voici la voiture qui m'emportera bientôt. »

15 septembre. — Le docteur Crosilhes, médecin dévoué de la famille, auquel je dois tous les détails de cette curieuse observation, est appelé à la campagne près de la malade, pour la première fois.

Il constate des mouvements choréiques peu prononcés, du côté droit et principalement dans le membre supérieur, quelques secousses dans les lèvres. La parole est encore assez libre. Pas de fièvre, bon appétit.

Prescription : Tisane de valériane. Le matin, un verre de limonade purgative. Sirop d'iodure de fer avant les repas. Le soir, une pilule de 1 centigramme d'extrait de belladone et d'extrait d'opium.

17 septembre. — La maladie a fait des progrès. Les mouvements choréiques sont plus accusés. Ayant voulu se lever la nuit pour uriner, cette jeune fille est tombée sans pouvoir se relever. La parole est plus embarrassée. Le docteur Crosilhes, avec son tact de praticien, pressentant une affection sérieuse, engage les parents à ramener la malade à Paris, ce qu'ils font dès le lendemain.

18 septembre. — La malade a de la peine à marcher; elle lance très-souvent la jambe droite en avant, comme si elle voulait donner un coup de pied. Par instants, elle ne peut plus parler, et elle est obligée d'attendre le moment où les mouvements de la langue sont revenues sous l'empire de la volonté.

Prescription. — Frictions sur la colonne vertébrale avec parties égales d'huile camphrée et de chloroforme.

Toutes les deux heures, une cuillerée à soupe d'une potion avec 5 grammes d'eau de laurier-cerise, 1 gramme d'extrait de valériane et 20 grammes de sirop de belladone.

On continue, la nuit, la pilule opio-belladonée. Bon régime alimentaire.

19 septembre. — Je suis appelé en consultation. J'arrive dans un moment de calme relatif. J'en profite pour examiner la malade avec le plus grand soin. Elle est levée. Mon confrère m'invite tout d'abord à l'ausculter. On découvre entièrement la poitrine; je trouve une déformation, que je crois congénitale, un soulèvement des cinq premières côtes gauches, au niveau de leur articulation avec le sternum. Aucune douleur dans cette région. La percussion révèle cependant une matité plus étendue qu'à l'état normal. Les bruits du cœur sont distincts, mais plus sourds. Pas de bruits de souffle. La respiration est régulière; les pupilles normales. Pas de céphalalgie. Cet examen préoccupe la jeune fille.

A ce moment, la tête se tourne et s'abaisse brusquement du côté gauche, le menton vient frapper la partie supérieure de la poitrine. Les yeux et les lèvres s'agitent convulsivement. Cependant la malade répond encore à mes questions. Le pouls est régulier à 84; il a son ampleur habituelle. La marche est traînante; la jambe droite ne peut soutenir à elle seule le poids du corps. Le bras droit, exclusivement, est agité de mouvements choréiques et porte difficilement un verre à la bouche. La sensibilité est diminuée de ce côté du corps; il y a parésie. Tout d'un coup survient un accès de suffocation, de chorée du larynx et de spasme des muscles du thorax. La face rougit, exprime une grande angoisse; la langue est fixe dans la bouche, la respiration paraît comme suspendue. Cela ne dure que quelques instants, mais cette asphyxie momentanée est pénible à voir. Un sanglot brusque se fait entendre, et la respiration se rétablit.

Prescription. — Continuer le régime tonique. Tous les matins, un grand bain avec 500 grammes de tilleul et 125 grammes de valériane. Dans la journée, 4 perles de chloral Trois fois par jour une friction sur toute la colonne vertébrale avec la pommade : axonge camphrée, 75 grammes; sulfate de quinine, 2 grammes; extrait de belladone, d'opium, de digitale, de chacun 1 gramme.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 décembre 1874. — Présidence de M. Perrin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine de la semaine.

M. Vast, membre correspondant, à Vitry-le-François, offre une brochure intitulée : *Études de pathologie externe.*

MM. les docteurs **Paquelin** et **L. Jolly** offrent une brochure intitulée : *Études de biologie.*

M. le docteur **E. Gallerand**, médecin en chef de la marine, professeur de médecine opératoire et de clinique externe, à Brest, demande à être compris au nombre des candidats au titre de membre correspondant national. M. Gallerand adresse, à l'appui de sa candidature, un mémoire manuscrit intitulé : *Anévrysme inguinal* et la liste de ses titres scientifiques.

M. le docteur **Gaillard** (de Parthenay), candidat au titre de membre correspondant national, adresse à l'appui de sa candidature une observation intitulée : *Blessure artérielle de la main.* (Ces deux travaux sont renvoyés à une commission composée de : MM. Verneuil, Polaillon, Ledentu.)

M. Le Fort offre de la part de M. le docteur Puel (de Figeac), candidat au titre de membre correspondant national, deux observations intitulées : *Observation d'opération de cataracte sénile par le procédé de M. Notta. Tumeur fibro-plastique du bras d'un volume considérable. Extirpation. Guérison.* (Renvoi à la commission des membres correspondants.)

M. Larrey offre à la bibliothèque de la société la *collection entière du journal et du recueil de mémoire de médecine et de chirurgie militaires.*

M. le Président se fait auprès de M. Larrey, l'interprète des remercîments de la société.

M. le docteur **Mirault** (d'Angers), membre correspondant, adresse à M. le président sa démission de membre de la Société de chirurgie.

COMMUNICATION

M. Giraud Teulon fait la communication suivante relative à l'opération de la cataracte par l'extraction linéaire :

La communication qui a été faite dans la dernière séance par notre savant collègue M. Notta, comme apport nouveau à l'appui de la méthode d'extraction de la cataracte par le procédé de Küchler, m'est une occasion ou peut-être me fait même un devoir de joindre ici mes observations sur ce point à celles de ce chirurgien distingué.

Je n'ai pas l'intention, ni en mains les documents nécessaires à cet effet, de reprendre la discussion comparée de cette méthode avec ses collatérales ; mais j'ai été interrogé sur mes résultats depuis une année, et je n'ai pas le droit d'attendre que la science soit faite et parfaite pour faire connaître où j'en suis. Je me bornerai donc à dire que, toujours aussi favorable que par le passé à l'emploi de cette méthode en principe, ou plutôt chez les sujets n'offrant pas de contre-indications spéciales, chez les sujets jeunes et sans complications iriennes par exemple, je dois cependant faire connaître un ordre très-précis de contre-indications devant lesquelles j'ai dû abandonner ce procédé ; je veux parler des obstacles opposés à la sortie du cristallin, non plus par les lèvres de la plaie extérieure cornéale, ou scléro-cornéale, mais bien par l'iris.

J'ai récemment observé un fait qui mérite d'être rapporté eu égard à un précieux enseignement qu'il renferme pour la conduite à tenir en certaines circonstances particulières de l'opération de la cataracte.

Tout chirurgien, au moment d'entreprendre une extraction, est généralement soigneux d'explorer la région de la chambre antérieure, théâtre de son action opératoire, et, en particulier de vérifier les rapports de la lentille avec l'iris. S'il existe des déformations de la pupille nettement caractéristiques d'iritis soit anciennes, soit récentes, s'il constate l'existence de synéchies soit notables, soit à l'état de simples excroissances papillaires de la marge de la papille, soit encore des exsudats ou même de minimes taches uvéales dans cette ouverture. Le chirurgien n'est plus dans le doute. L'iris a été ou est enflammé, en tout cas altéré dans sa texture. Au point de vue chirurgical, il y a là une complication opératoire en perspective. L'issue de la lentille ne sera pas un fait simple ; l'opérateur fait ses réserves et prend ses précautions. La principale consiste dans l'iridectomie préalable.

Dans de tels cas, chacun suit la même ligne de conduite ; je n'ai rien à apprendre à personne à cet égard.

Mais, à côté de ces indications nettes, il se rencontre des cas de complications iriennes, non moins sérieuses, si l'on considère leurs conséquences finales, mais dans lesquels les preuves positives d'adhérences font défaut. On désigne ces cas comme des effets de la *rigidité* de l'iris. Le seul symptôme par lequel cette rigidité s'accuse consiste dans la diminution de l'effet produit par l'atropine. La pupille ne s'y dilate qu'à moitié ou au tiers des dimensions habituelles, mais uniformément et sans altération dans la pureté de la circonférence. On y peut soupçonner des adhérences sous-jacentes, mais non les avoir en certitude.

Le fait dont il va être ici question n'est pas sans jeter quelque jour sur le mécanisme qui préside, en de tels cas, à la *rigidité*.

J'ai eu, à la fin du mois de mai dernier, à extraire une cataracte chez un beau vieillard de quatre-vingt-sept ans, capitaine de cavalerie en retraite. Tout était encourageant dans les conditions générales et locales offertes par cet intéressant sujet : *mens sana in corpore sano*. Notre génération, avec trente années de moins, ne présente pas à profusion de types comparables.

Or, au moment d'opérer, et après quarante-huit heures de l'usage de l'atropine, suivant la méthode d'extraction dont j'ai cru devoir appuyer ici l'étude, la méthode transversale de Küchler, je me trouvai en présence d'une pupille à moitié dilatée (4 millimètres environ) quoique toujours régulièrement circulaire.

Je dis alors à mon entourage : Voici un cas qui doit être traité comme s'il existait des adhérences quoique nous n'en voyions pas, et que rien dans les antécédents ne doive nous en faire soupçonner l'existence. *L'iris est rigide.* Or mes sept ou huit derniers cas d'opération par la méthode de Küchler ont porté sur une série de cette espèce : la pupille ne s'y dilatait pas largement, et l'issue de la cataracte s'est montrée aussi laborieuse que dans un cas de plaie insuffisante ; et non pas, ajoutai-je, par le fait de la cornée, mais *bien manifestement* par résistance invincible ou au moins très-énergique de l'iris.

Or ces derniers cas m'avaient laissé de la tristesse ; si ce n'était pas de beaux insuccès, c'étaient bien de vilains demi-succès.

Donc je me rabattis sur la méthode, qui jouit aujourd'hui de la faveur la plus grande, la méthode à petit lambeau, que je définirais plus exactement comme une transaction entre la méthode de Jacobson et celle de Graëfe. Je plaçai mes points de ponction et de contre-ponctions à la hauteur du tiers du diamètre vertical de la cornée et le sommet de l'incision *tangent* au bord transparent de cette membrane. Iridectomie au deuxième temps ; le reste comme chacun sait.

L'issue de la lentille fut parfaite ; le cristallin fort gros, sortit aisément, pas une goutte de corps vitré, cicatrisation facile et prompte, rien ne s'interpose au centre de la pupille. Tout paraît terminé vers le dixième jour.

A cette époque de la cicatrisation, nous assistons à un phénomène assez singulier. Le coloboma nous paraît se remplir graduellement de la périphérie vers le centre, comblé par une lamelle de couleur sombre formant comme une valvule ou membrane plane dont le bord libre s'avance vers le centre de la pupille, et ce mouvement se termine quinze jours plus tard par le remplissage parfait de la lacune offerte par l'iris. Cette membranule, qui s'étend immédiatement en arrière du plan de l'iris, complète le diaphragme sans anticiper sur la pupille même. De plus, son aspect et sa couleur rappellent aussi exactement la portion d'iris enlevée que peut le faire le lieu qu'elle occupe, et si la supposition n'était entièrement anti-physiologique, l'idée viendrait que l'iris s'est reconstituée. L'illusion est complète à l'éclairage latéral ou focal.

L'examen direct à l'ophthalmoscope explique bientôt ce qui s'est passé : cette membrane, en apparence épaisse et brune, striée comme l'iris (à l'éclairage latéral ou par lumière réfléchie), si elle est vue par réfraction, se montre avec ses caractères réels. Elle est presque complétement transparente, la lueur choroïdienne la traverse parfaitement, montrant en même temps de nombreuses traînées pigmentaires qui le couvrent. On reconnaît alors que l'on est en présence de la capsule cristalline dont le kystitome n'a entamé que la partie centrale. Le cristallin, pour sortir, a déprimé, refoulé devant lui cette

portion capsulaire qui lentement, graduellement, avec les progrès de l'œil vers la guérison, a su regagner et réoccuper sa place primitive.

Tout cela est simple et ne serait pas digne de vous être exposé, n'étaient les conclusions fort importantes que nous avons indiquées au début. Ce décalque exact de l'uvée irienne sur le capsule nous montre combien était grande l'intimité du contact existant avant l'opération entre l'iris et la capsule. Il n'y avait jamais eu d'iritis chez le sujet; pas d'excroissance marginale, pas de taches pigmentaires pupillaires, et cependant il existait une union générale fort intime entre les deux surfaces.

Ce fait nous apprend donc ce que l'on doit soupçonner dans les cas de rigidité simple en apparence de l'iris; il nous a appris ce qui avait dû présider à nos déboires de la dernière série de nos opérations de Küchler. Dans ces six ou sept derniers cas, la pupille n'avait que fort peu cédé à l'atropine, et lors du dernier temps de l'opération, l'accouchement avait été aussi laborieux qu'en aucun cas de la méthode de Graëfe, quoique bien certainement la plaie cornéale eût toute l'étendue désirable. L'issue de la cataracte coiffée par l'iris avait exigé de violentes pressions, le vitré n'avait fait hernie qu'*après* la sortie de la lentille, et, dans deux cas, celle-ci avait très-facilement traversé la plaie cornéale sur la curette envoyée à sa recherche.

Il y a donc ici un enseignement à recueillir : la simple rigidité de l'iris doit être traitée comme une adhérence franche et étendue, dont elle est évidemment la fréquente expression. Dans de tels cas, l'iridectomie préalable s'impose et de plus l'opérateur fera bien de concentrer toute son attention sur la *certitude* d'avoir largement ouvert et dilacéré la capsule.

Et si l'on se demande maintenant quelle peut être la cause de semblables altérations des propriétés de l'iris, en l'absence de toute inflammation positive, il nous semble qu'on peut sans témérité y reconnaître un processus sénile de nutrition lésée modifiant à la fois la texture et les qualités des délicates membranes qui viennent de nous occuper. Chez les sujets âgés, après soixante-cinq ans, l'accommodation suspendue laisse inertes le cristallin et le cercle ciliaire chargé d'en modifier la forme; cette observation nous apprend que, dans ces mêmes cas, les fibres musculaires radiées de l'iris participent sans doute à la longue inertie de leurs synergiques ciliaires. On s'expliquerait par là l'imparfaite action de l'atropine dont le rôle se voit limité à la paralysie du sphincter marginal comme dans les paralysies spinales. L'action excitatrice exercée physiologiquement sur les fibres radiées soumises au système ganglionnaire, faisant ici défaut, doit faire supposer l'atrophie des éléments musculaires radiés, et cette hypothèse se voit confirmée par la soudure de toute cette région de l'iris avec la partie correspondante de la capsule cristallinienne. Ces considérations finales nous ont paru mériter assez d'intérêt pour justifier à nos yeux la présentation d'une simple observation à la société. Cette présentation est motivée d'ailleurs comme un élément ou une contribution à la grosse question toujours pendante de l'extraction de la cataracte.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat et de l'externat. — La proclamation des nouveaux internes et externes a eu lieu samedi.

Voici les noms des lauréats :

Internat. — 1re division. Médaille d'or : M. Campenon, élève interne de l'hôpital de la Charité; médaille d'argent : M. Homolle, à la Charité; mentions : MM. Raymond et Bouilly, à la Pitié.

2e division. Médaille d'argent : M. Hutinel, à l'hôpital des Enfants; accessit : M. Schwartz, à la Santé; mentions : MM. Richet, à l'Hôtel-Dieu, et Dave, à la Santé.

Externat. — Prix de livres. Prix : M. Cossy; accessit : M. Carrié, internes provisoires; mentions : M. Richer, externe à la Pitié; M. Golay, interne provisoire.

Ont été nommés :

Internes titulaires : 1 MM. Cossy, Carrié, Richer, Goslay, Amodru, Richerand, Berdinel, Dreyfous, Loriot, do Beurmann.

11 Marchant, Marot, Audouard, Mary, Delaunay, Magnant, Decaisne, Garsaux, Dejerine, Letulle.

21 Peter, Jean, Jarjavay, Colson, Regnard, Redard, Drouin, Clozel de Boyer, Buteau, Champetier de Ribes.

31 Davaine, Hugonneau, Guillemet, Avezon.

Internes provisoires : 1 MM. Boraud, Devillers, Bide, Langlebert, Noel, Cruet, Goetz, Pachot, Foucard, Lataste.

11 Reynier, Couston, Baraduc, Gipoulon, Wertheimer, Bouchard, Ramonède, Levrat, Bellouard, Doléris.

21 Tremblez, Boussi, Deschamps, Artus, Lespine, Dupau, Monod (Eugène), Béringier, Robin, Daremberg.

31 Clément, Charreyron.

Externes. — MM. 1 Segond, Arnozan, Michaux, Gauché, Chaignot, Decaisne, Golay, Lebec, Poisson, Valude.

11 Lebousey, Boursier, Mayor, Robin, Gary, Castex, Bruchet, Saint-Ange, Lecène, Jobard.

21 Laurent (Nicolas), Aubouin, De Marignac, Simon (Olivier), Purrey, Rousseau, Juhel-Rénoy, Guinoiseau, Bar, Pineau.

31 Lacroix, Moreau, Josias, Labarrière, Labbé (Charles), Schwébisch, Reuflet, Huter, Raulx, Huber.

41 Gauchas, Lotil, Carafi, Cottin, Crouzet, Ferrand, Goix, Delavarenne, Galliard, Brun (André-Félix).

51 Chevalier, Bazy, Oudin, Hannequin, Gauducheau, Clérault, Couturier, Halmagrand, Laurent (Auguste), Rœser.

61 Labbé (Louis-Donatien), Gautier (Arthur), Thomas, Cattel, Delafoulhouze, Parenteau, Fournier (Henri), Auvert, Pioger, Vautier.

71 Coulon, Laurand (Georges), Garcia, Viel, Daremberg, Langlebert, Jasiewicz, Sarasin, Boudet de Paris, Petit.

81 Martin (Émile), Dubart, Walsdorff, Lataste, Moreau (Louis-Félix), Bernier, Lefebvre, Dauchez, Greffier, Amiaud.

91 Lepierre, Hermil, Béranger, Laforgue, Chardin, Brivois, Péan, Ménard, Foucault, Pannier.

101 Étienne, Roulin, Weil, Mabit, Vinache, Dupérier, Bastard, Boussy, Grisey, Richard (Alfred).

111 Jousset, Jozan, Ancelon, Butraille, Dujol, Süss, Pain, Liaudier, Capron, Foucher.

121 Baronel, Barbulie, de Bulot, Simon (Léon), Luizy, Inglese, Metton, Chipier, Sauvier, Veleau.

131 Cotté, Despiau, Baron, Faisans, Bénard, Mailhetard, Nouet, Culot, Huchard, Raymondand.

141 Pellerin, Gabalda, Delapersonne, Durau, Regnault (Paul), De Langenhagen, Stackler, Guelliot, De Fourcault, Duchateau.

151 Lesage, Landry, Martel, Haranger, Merciel (Gabriel), Desert, Tackvorian, Abbadie, Tourné, Besnard.

161 Leblanc, Queudot, Laforest, Duché, Brazier, Busquet, Hallet, Desmaroux, Feré, Bara.

171 Bourlet, Doumergue, Fèvre (Émile), Laboubée, Boisseau, Bordenave, Boutan, Michelon, Hervieu, Lévy.

181 Turbaux, Lagrolet, Mesnard, Charlat, Pulhé, Dupont (Baptiste), Paskowski, Drassans, Huette, Corson.

191 Regimbart, Bollet, Kelne, Froger, Ravollat, Espinosa, Schools, Aimonier-Davasse, Ceppi, Barcabé.

201 Lenoel, Grangé, Credé, Dareuil, Coudray, Delpeuch, Fauconnier, Balesi, Chaumier, Toubin.

211 Soin, Labbé (Louis), Catuffe, Calmeau, Rohart, Gallois, Brouard, Combret, Henry-Destureaux, Mayolle.

221 De Lassallerie, Olivier, Gauthier (Pierre), Mercier (François), Labadie, Avrard, Rœlingier, Molas, Brun (Adrien), Surgot.

231 Poussié, Leclère.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Jaumes est nommé professeur de médecine légale et toxicologie à ladite faculté, en remplacement de M. Estor, appelé à d'autres fonctions.

M. Dupré, professeur de clinique médicale, membre du jury du concours d'agrégation, est autorisé à se faire suppléer par M. Hamelin, agrégé près ladite faculté.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Monoyer, agrégé, est maintenu en activité jusqu'au 1er novembre 1877.

M. Chrétien est nommé chef des travaux anatomiques en remplacement de M. Bouchard, démissionaire.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Léon Vaillant, docteur ès sciences naturelles, est chargé du cours de zoologie (reptiles et poissons) au Muséum d'histoire naturelle, pour l'année scolaire 1874-1875.

— *École de médecine de Marseille.* — Par arrêtés ministériels en date du 5 décembre, deux concours s'ouvriront à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, savoir :

Le 31 mai 1875, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie ;

Le 21 juin 1875, pour un emploi de suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchements.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Raingeard, suppléant d'anatomie et de physiologie, est maintenu dans ses fonctions pour une période de trois années.

— La Société de médecine de Paris a procédé, dans la séance du 12 décembre 1874, au renouvellement de son bureau.

Président, M. Gallard ; vice-président, M. Richelot ; secrétaire général ; M. Gillette, secrétaires annuels, MM. Gillebert d'Hercourt fils et Lemoisne ; trésorier, M. Perrin ; archiviste, M. Voisin.

La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 26 décembre, à trois heures et demie très-précises, 3, rue de l'Abbaye.

Ordre du jour : 1° lecture du procès-verbal de la précédente séance ; — 2° études sur le traitement des plaies et des fractures d'après la méthode du docteur W. Fr. Fluhrer (de New-York), par le docteur Dehoux D. M. P., directeur de l'école de médecine de Port-au-Prince ; — 3° continuation de la discussion sur la chorée.

— L'Association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques vient de renouveler, ainsi qu'il suit, son bureau pour l'année 1875 :

Présidents d'honneur : MM. les docteurs Jolly et Jules Guérin, de l'Académie de médecine ; — président, M. le docteur Ch. Roucher ; — vice-présidents : MM. de Beaupré, Crivelli, Decroix et Dubail ; — secrétaire général, M. Germond de Lavigne ; secrétaires des séances, MM. Gindre-Malherbe et Léon Fontaine ; — secrétaire pour l'étranger, M. Crivelli ; archiviste, M. Petibon ; trésorier, M. Collaux.

Les travaux et communications doivent être adressés au siége de l'Association, 12, rue Chancinesse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Histoire de la chirurgie française au XIXe siècle. Étude historique et critique sur les progrès faits en chirurgie et dans les sciences qui s'y rapportent, depuis la suppression de l'Académie royale de chirurgie jusqu'à l'époque actuelle, par le docteur Jules Rochard, directeur du service de santé de la marine. — Paris, 1875, 1 vol. in-8° de xv-896 pages. Prix : 12 francs. J. B. Baillière et fils.

Traité des maladies des reins et des altérations pathologiques de l'urine, par M. le docteur Lecorché, médecin des hôpitaux, etc. — 1 vol. in-8° de 840 pages. Prix : 12 francs. — Paris, G. Masson.

La Responsabilité criminelle et la capacité civile dans les états de trouble intellectuel, par M. le docteur Kraff Ebing. Traduit de l'allemand par M. le docteur Chatelain, médecin en chef de la maison de santé de Préfargier. — 1 vol. in-8°. Prix : 5 francs. — Paris, G. Masson.

Conseils aux femmes sur l'âge de retour, médecine et hygiène, par le docteur Alex. Mayer, médecin de l'inspection générale de salubrité. — Paris, 1875, 1 vol. in-18 de xii-256 pages. Prix : 3 francs. — J. B. Baillière et fils.

Théorie microzyma. Étude théorique et pratique de la pyogenèse, par le docteur Baltion. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Etude sur l'otite des phthisiques et principalement sur sa pathogénie, par le docteur de la Bellière. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Quelques réflexions sur le traitement de la diphthérie en général et sur l'emploi des balsamiques en particulier, par le docteur Bastion. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine. — Chez Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur Déclat. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, 7, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes du Jour de l'an, le journal ne paraîtra pas samedi.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le mémoire de M. Jaccoud a eu la singulière fortune d'être renvoyé au ministre de l'agriculture et du commerce sur l'avis d'une commission qui s'était attachée surtout à en atténuer la portée et à en réfuter du moins quelques détails.

Le rapport, dont M. Fauvel, après l'éclat de la semaine dernière, avait cédé la rédaction à M. Le Roy de Méricourt, était d'une habileté telle que cet illogisme n'a pas choqué. Et cependant la conclusion, très-honorable pour l'auteur, ne répondait pas directement à quelques-unes des prémisses.

M. Jaccoud avait signalé des faits de deux ordres : les uns, tout à fait personnels ou accidentels, que nous n'avons pas relevés dans notre analyse; les autres, d'une nature habituelle et durable, constituant de graves abus passés à l'état de système.

Au sujet des premiers, plaintes de toutes sortes sur les souffrances endurées au lazaret, sur la nourriture, sur le service, sur les tarifs, sur les couchages, sur la conduite ou la probité des employés, etc. M. le rapporteur avait accumulé un grand nombre d'attestations et de certificats, d'origines diverses et de dates très-variées, qui tendaient à prouver au moins l'exagération de ces plaintes. En outre, une erreur matérielle a contribué à motiver l'accusation de légèreté portée contre M. Jaccoud. Il paraît qu'il a confondu un ancien bâtiment nommé *infirmerie* et consacré naguère aux malades, avec la nouvelle infirmerie, destinée dès lors à en recevoir, mais occupée à ce moment par des employés et gardiens.

En revanche, sur tous les points importants, sur l'insuffisance des bâtiments quarantainaires, sur leur détestable organisation, sur les abus criants qui en étaient résultés et qui pourraient en résulter encore, les révélations de M. Jaccoud n'étaient que trop conformes à l'évidence. M. le rapporteur et M. Fauvel l'ont reconnu formellement.

Il paraît que jusqu'à présent l'argent manquait pour faire l'indispensable. M. Berchon, le savant et zélé directeur du service, adresse en vain depuis plusieurs années des réclamations incessantes. L'Assemblée n'a point accordé les fonds nécessaires, faute peut-être d'une insistance suffisamment active de l'administration. Et cependant, loin de renoncer à se servir de règlements qui étaient devenus en fait d'une application illusoire, l'administration sanitaire a profité, le plus tôt possible, d'une occasion, depuis longtemps attendue, pour faire supprimer par une circulaire les facilités accordées par un décret de 1863. Depuis lors donc, c'est-à-dire depuis le mois de septembre 1870, la quarantaine est de nouveau, plus que jamais, imposée toujours en principe aux paquebots munis d'une patente brute, quelle qu'ait pu être la durée de la traversée, sans escale.

C'est un retour à un régime qui fut abandonné en France durant sept ans ; mais cette fois, dit-on, ce régime est tempéré par un peu d'arbitraire. En pratique, la circulaire, malgré les termes les plus formels, n'impose au service sanitaire aucune réelle obligation, dont il ne puisse se départir, à l'occasion, quand il le veut. Il ne s'agissait, paraît-il, que du triomphe d'un principe : et non point de porter atteinte au libre arbitre des directeurs de la santé. Ils sont sans doute plus sévères, sachant que telles sont les tendances en haut lieu et ayant le droit de s'enfermer dans des règlements inexorables; mais, à leurs risques et périls, il leur est également loisible de faire grâce.

Eh bien, même avec ces restrictions, que la situation, maintenant connue, devait forcément imposer, car on ne peut exiger l'impossible, les prescriptions de la circulaire du mois de septembre 1870 étaient-elles vraiment utiles? Il est bien permis d'en douter.

Les autres nations maritimes, Angleterre, Allemagne, etc., continuent à suivre un régime pour le moins aussi libéral que le régime supprimé par cette circulaire. Ainsi, à supposer que ce régime se trouve insuffisant pour protéger l'Europe contre une invasion de fièvre jaune, nous ne pouvons pas espérer protéger l'Europe à nous seuls.

Cette question des quarantaines est des plus sérieuses et des plus graves. J'ai dû y songer depuis longtemps.

Quand, en 1865, je fus envoyé en mission en Égypte, avec trois confrères, pour y étudier la marche suivie par le choléra, j'y acquis bientôt la conviction que des quarantaines pourraient être avantageusement instituées dans la mer Rouge; et j'envoyai un rapport en ce sens. Mais quand, après trois mois de séjour en Orient, atteint d'une dysentérie grave, je fus rapporté dans un état désespéré, je ne dus la vie qu'à ce qu'on viola en ma faveur une quarantaine. Grâce aux ordres formels d'un ministre plein de bienveillance et d'un inspecteur général excellent le prédécesseur de M. Fauvel, le regretté M. Mélier, avec la connivence des services locaux, je fus débarqué, avant la visite sanitaire, dans le bateau de la

poste, et je fus roulé avec les paquets de correspondance dans le bureau, où m'attendait mon père. Si j'étais entré au lazaret, j'y serais certainement mort; tel était, du reste, l'avis du directeur de la santé, pour les bons offices duquel j'ai la plus grande reconnaissance.

Il peut donc y avoir en jeu d'autres intérêts que les intérêts commerciaux dans la résistance aux quarantaines arbitraires.

M. Chauffard doit aborder prochainement cette question des quarantaines à la tribune académique. Le régime réglementaire actuellement en vigueur y sera discuté. Le trouvera-t-on préférable à celui qui le précédait?

Dr Victor Revillout.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Sappey.

Du système lymphatique.

(Leçons recueillies par M. le docteur A. Brochin.)

I.

Messieurs, la question posée au concours d'agrégation en médecine pour l'épreuve écrite était la suivante : *Du système lymphatique considéré au point de vue anatomique et physiologique.* Je m'empresse de reconnaître que la plupart des candidats qui prennent part à ce concours ont fait preuve, en traitant cette question, de beaucoup de talent et de beaucoup de savoir. J'ai été véritablement surpris de voir de jeunes hommes montrer, sur un terrain qui n'était pas le leur, des connaissances aussi étendues et aussi variées.

Ils vous ont exposé, messieurs, la science contemporaine; mais cette science contemporaine, il faut bien le dire, est pleine d'erreurs. Ce sont ces erreurs que je viens combattre, en m'appuyant sur l'observation.

J'aborderai la question par son côté le plus important et aussi le plus controversé; je veux parler de l'origine des vaisseaux lymphatiques. La plupart des auteurs admettent que le système lymphatique émane du tissu conjonctif et, par conséquent, de presque tous les points de l'économie. Je vais m'attacher à démontrer qu'il ne naît pas de ce tissu, mais des capillaires sanguins.

Avant d'aborder cette démonstration, nous allons passer en revue les diverses méthodes qui ont été mises en usage pour l'étude du système lymphatique.

Ces méthodes sont au nombre de trois. La première, qui est due à Mascagni, consiste à injecter dans les artères une solution aqueuse de gélatine; cette solution transsude de proche en proche dans tous les tissus, et arrive ainsi jusque dans les lymphatiques; on découvre alors ces vaisseaux et on les injecte de mercure. Cette méthode, excellente pour étudier la situation, la direction, la terminaison des vaisseaux lymphatiques est absolument nulle pour l'étude de leur origine.

La deuxième méthode, qui date de 1830, a été employée par Panizza et Fohmann. Ces observateurs, après avoir enlevé l'épiderme, piquaient la peau ou la surface des muqueuses avec la pointe du tube à injection mercurielle et parvenaient ainsi à obtenir un riche réseau argenté, dans lequel ils croyaient trouver l'origine des vaisseaux lymphatiques; en réalité, ils n'injectaient que des troncules et des troncs. Cette méthode, très-bonne également pour l'étude des troncs lymphatiques, est donc, comme la première, insuffisante pour déterminer leur origine. Si, en effet, on examine des lèvres injectées par ce procédé, on voit du réseau qui les recouvre partir cinq troncs. Deux naissent de la lèvre supérieure et se rendent aux ganglions sous-maxillaires; trois émanent de la lèvre inférieure, un médian se rendant aux ganglions sus-hyoïdiens, et deux latéraux aboutissant, comme les premiers, aux ganglions sous-maxillaires.

Aucune autre méthode ne permettrait de reconnaître ces cinq troncs; mais elle ne nous apprend rien sur leur origine.

La troisième méthode est celle de Recklinghausen. C'est la méthode allemande; elle consiste à colorer, au moyen de sels d'argent, l'épithélium des vaisseaux lymphatiques. On réussit, par cette méthode, à dessiner le contenu des cellules endothéliales. Elle a rendu de réels services pour l'étude du système lymphatique; mais elle ne nous a rien appris sur son origine.

Telles sont les principales méthodes qui ont été employées pour l'étude des vaisseaux lymphatiques. Ces méthodes s'adressaient, en définitive, aux parties contenantes, aux parois des vaisseaux; elles ont donné tout ce qu'elles pouvaient donner.

Pour réaliser de nouveaux progrès, une nouvelle méthode était devenue nécessaire. Je me suis donc attaché à trouver cette nouvelle méthode; je l'ai trouvée, en effet. Elle n'a rien de commun avec les précédentes; elle permet de suivre les vaisseaux lymphatiques jusqu'à leur origine. Cette méthode consiste à colorer la lymphe à l'aide de réactifs et à lui donner une teinte qui, du jaune paille, peut aller jusqu'au noir foncé. Grâce à ce procédé, il devient facile de distinguer sur de minces tranches de peau ou de muqueuse les vaisseaux lymphatiques de tous les autres éléments et de remonter ainsi jusqu'à leur point de départ.

J'ai été mis sur la voie de cette découverte par une série de recherches qui avaient pour but l'étude des glandes gastriques de la raie. Pendant que je me livrais à ces recherches, j'aperçus, sous la muqueuse de l'estomac et de l'intestin, un admirable réseau lymphatique, et, sur le trajet de ces vaisseaux, une quantité innombrable de cœurs lymphatiques, *constitués* par des fibres musculaires lisses. A l'aspect de ces cœurs, très-rapprochés les uns des autres, je crus d'abord à une disposition commune à toute la classe des poissons; mais, en variant mes études, je dus reconnaître que cette disposition était exclusivement propre à la raie.

Tel est le premier fait qui m'a mis sur la voie, et qui m'a conduit à découvrir une méthode que j'ai mise en usage dans toutes mes recherches. A cette méthode je suis redevable de tous les faits nouveaux que je vais exposer.

Abordons immédiatement l'étude de l'origine des vaisseaux lymphatiques. Cette étude comprendra deux parties : 1° leur origine proprement dite ; 2° leurs connexions avec le système vasculaire.

1° *Origine.* — Ces vaisseaux naissent par un réseau, extrêmement délié, que nous appellerons le réseau *des capillicules et des lacunes.*

Les capillicules ont un diamètre qui ne mesure que 2 millièmes de millimètre ; il est donc trois fois plus petit que le diamètre d'un globule sanguin. Leurs parois sont probablement tapissées par des cellules endothéliales ; cependant il ne m'a pas été possible de constater la présence de ces cellules. Leur contenu est représenté par des granulations lymphatiques disposées en séries linéaires. Ces granulations ne sont autre chose que les noyaux des cellules lymphatiques.

Les lacunes sont des cavités communiquant avec les capillicules. Il y en a de grandes, de moyennes et de petites; elles sont circonscrites par six côtés, par quatre côtés, ou seulement par trois côtés curvilignes dont la convexité regarde le centre de la lacune. Toutes ces lacunes renferment des granulations semblables à celles des capillicules; toutes présentent

la même physionomie, elles ont l'aspect de cellules étoilées.

Tel est le réseau des capillicules et des lacunes. Ce réseau se voit très-nettement; aucune contestation ne peut s'élever sur son existence. C'est de lui que partent les capillaires lymphatiques. Ceux-ci sont constitués à leur point de départ par une série de lacunes, linéairement disposées. En se prolongeant ils prennent une forme de plus en plus régulière et finissent par offrir un contour parfaitement cylindrique.

Sur une papille du derme, du réseau des capillicules et des lacunes on voit presque toujours naître plusieurs capillaires disposés en arcade; ces capillaires convergent vers un ramuscule central qu'ils forment par leur réunion successive. Ils contiennent non plus de simples granulations, mais de véritables cellules qui, dans les plus petits, se rangent aussi linéairement. Le ramuscule, ou tronc central des papilles, s'unit dans la couche papillaire du derme aux ramuscules voisins; de la réunion et des anastomoses de ceux-ci résulte un réseau compliqué qui s'étend sur toute la superficie des téguments. A l'aide de la méthode dont je dispose, on peut voir non-seulement tous les détails précédemment décrits, mais aussi le point précis où les cellules succèdent aux granulations.

Ramenée à son expression la plus simple, l'origine des vaisseaux lymphatiques peut être résumée dans les propositions suivantes :

1° Le système lymphatique naît par un réseau de capillules et de lacunes qui contiennent de simples granulations ;

2° De ce réseau partent les capillaires lymphatiques qui ne sont d'abord que des séries de lacunes;

3° En se réunissant, ces capillaires lymphatiques forment le tronc central qu'on trouve dans toutes les papilles et les villosités ;

4° Ce tronc central s'anastomose avec les troncs centraux du voisinage, et de ces anastomoses résulte le plexus, qu'on injecte par la méthode de Fohmann et de Panizza.

Ce tronc lymphatique central existe aussi dans les villosités de l'intestin ; tous les anatomistes l'y ont vu; personne ne conteste son existence.

Mais ce n'est là qu'une partie de la vérité. Autour du tronc central se retrouve le réseau des lacunes et des capillicules, et les capillaires qui en partent affectent ici la même disposition que sur le tégument externe. Il en est de même sur les papilles des lèvres, de la langue, du pharynx, etc.

Telle est, d'une façon générale, l'origine des vaisseaux lymphatiques considérée en elle-même. Abordons maintenant le second point de notre étude, les connexions des capillaires lymphatiques avec les capillaires sanguins.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. de Beauvais.

Deux observations de chorée mortelle (1).

20 septembre.— Les mouvements choréiques, qui jusqu'ici s'étaient bornés au côté droit, commencent à atteindre le côté gauche, mais ils sont peu prononcés. L'appétit est toujours bon.

21 et 22 septembre. — La chorée se généralise et devient si active qu'il faut quatre personnes pour maintenir la malade dans son bain. Les nuits, d'abord calmes, le sont beaucoup moins. Cependant, pendant le sommeil, les mouvements cessent complétement. On croirait la chorée guérie.

23 septembre. — La malade ne peut plus avaler que des potages, mais en assez grande abondance. Elle ne parle que très-difficilement. La chorée est tout à fait généralisée ; les mouvements convulsifs sont d'une violence extrême. On a été obligé de capitonner le lit et la muraille, pour éviter que l'enfant ne se blesse contre les corps durs qu'elle frappe à chaque instant. Pas de fièvre, pas de céphalalgie.

Prescription. — Soutenir les forces de la malade, en donnant par jour trois cuillerées à soupe de vin quina à l'extrait Liebig. Continuer les perles de chloral pendant le jour. Le soir, donner d'heure en heure une cuillerée de looch contenant 1 gramme de teinture de castoréum et de bromure de potassium, plus 5 centigrammes de codéine.

On ajoute au bain de tilleul et de valériane, 60 grammes de jusquiame.

24 et 25 septembre. — Les accidents augmentent; c'est à peine si la malade a un moment de repos. Elle prend un potage avec la plus grande difficulté. Elle parle à peine.

26 septembre. — L'administration pendant la nuit de 60 grammes de sirop de codéine procurent deux heures seulement d'un sommeil agité.

27 septembre. — La nuit a été sans sommeil; les mouvements convulsifs sont encore plus prononcés. Le pouls, qui avait oscillé de 75 à 80, s'élève de 85 à 90. Par intervalles, la malade se plaint d'étouffement et supplie qu'on ouvre les fenêtres. Elle ne peut plus prendre même de potages, et c'est avec peine qu'on lui donne à boire. Elle mord avec force, elle étreint entre ses doigts la timbale et la cuiller qu'on lui présente.

Prescription. — Julep huileux avec 1 gramme de chloroforme et de teinture de digitale et 60 grammes de sirop de morphine.

28 septembre. — La nuit a été mauvaise. Pas le moindre repos.

Je prescris six pilules d'hyosciamine d'un milligramme, distancées selon le calme produit.

Je pratique, séance tenante, à la cuisse droite deux injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine au 20e; nous obtenons immédiatement un calme complet et un sommeil de deux heures.

28 septembre.— Au réveil, l'agitation est aussi forte qu'auparavant. A neuf heures du soir, il y a un peu de fièvre, qui persiste une partie de la nuit. Le pouls varie de 84 à 104. La chaleur de la peau s'élève. Constipation opiniâtre depuis trois jours. On prescrit un lavement laxatif.

29 septembre. — L'état s'aggrave, la fièvre persiste. La malade ne pouvant plus parler pour indiquer ses besoins, est toujours mouillée d'urine.

Le matin, je fais à la cuisse gauche deux nouvelles injections sous-cutanées, dont la malade a parfaitement conscience, avec la solution morphinée au 10e. J'obtiens à peine une heure de calme et de sommeil. Au réveil, les mouvements convulsifs sont encore plus violents. Je suis rappelé à neuf heures du soir. La fièvre a augmenté. Le pouls bat 120. Le visage est rouge, les yeux sont injectés, la soif est ardente. L'aphasie est complète depuis plusieurs jours. A de rares intervalles, la petite malade pousse un cri guttural, qu'on comprend très-bien vouloir signifier à boire. Quand on lui présente le verre, elle cherche à ouvrir la bouche, mais comme le plus souvent elle n'est pas maîtresse des mouvements de la langue, dont la pointe est collée contre le palais, elle fait tous ses efforts pour la pousser en avant, et quand elle est parvenue à vaincre la résistance, elle lance la langue au dehors ; elle la retire aussi vivement à la manière des chiens, qui lapent les liquides qu'ils boivent. Si l'on a le bonheur de verser assez rapidement sur la langue une cuillerée de liquide, elle l'avale assez facilement; mais il faut attendre quelquefois trois ou quatre minutes pour obtenir ce résultat. La constipation persiste.

Prescription.— Toutes les deux heures, donner dans une cuillerée à soupe d'eau fraîche un paquet de la poudre composée : calomel, 10 centigrammes; oxyde de zinc, 25 centigrammes, pour vingt paquets.

Dans les demi-heures intercalaires, quatre gouttes du mélange suivant : teinture de digitale et d'aconit, de chacun 1 gramme.

30 septembre. — L'agitation est continuelle et effrayante. On ne peut quitter la malade un seul instant. Elle fait des bonds prodigieux, comme secouée par l'électricité; elle se retourne d'un seul coup du dos sur le ventre, de la tête au pied du lit. D'un seul coup de talon frappé sur le mur, elle repousse le lit dans la chambre.

---

(1) Fin. — Voir le numéro des 26-29 décembre.

Les coudes sont excoriés depuis plusieurs jours; il a fallu les garnir de bracelets de caoutchouc. Les oreilles, la nuque, le sacrum, les talons sont rouges, enflammés, écorchés par le frottement incessant des téguments sur le drap. La malade n'est vêtue que d'une camisole et d'un caleçon. Le drap supérieur est supprimé. La peau est chaude. Le pouls est à 120. La figure est très-altérée. Les joues semblent être devenues emphysémateuses sous l'influence des morsures faites à la muqueuse buccale et des efforts convulsifs des muscles des mâchoires. Le calomel a produit des selles très-abondantes. Les urines sont involontaires, mais normales.

Après le bain composé, qu'on a continué depuis le 19 tous les matins, on enveloppe la malade dans un linge mouillé d'eau froide pendant deux minutes, puis dans une couverture de laine sèche, dans laquelle elle transpire une demi-heure.

On administre toutes les trois heures un quart du lavement : infusion de tilleul, 800 grammes ; extrait de valériane, 10 grammes ; sulfate de quinine, 1,60 ; teinture d'aconit, 2 grammes.

En présence d'un cas aussi grave et aussi rebelle à tout traitement, nous sollicitons le jour même, à cinq heures, la consultation de notre affectionné maître M. le docteur Roger. A son arrivée, l'agitation est un peu moins grande. On maintient les membres de la malade. Un examen minutieux du cœur ne révèle rien d'anormal à notre confrère. Il constate avec douleur la violence inouïe et la généralisation de cette chorée suraiguë, et prescrit les moyens suivants :

Donner tous les quarts d'heure, jusqu'à effet calmant, une demi-cuillerée à café de :

Sirop de menthe.	30 grammes.
Chloral.	5 —

Pratiquer sur la colonne vertébrale, depuis la nuque jusqu'aux lombes, des pulvérisations d'éther sulfurique à l'aide de l'appareil de Richardson.

La fièvre a augmenté; la peau est brûlante ; le pouls est petit et bat 140 fois par minute. Il n'y a pas eu un instant de délire.

A neuf heures du soir, on administre la douche d'éther ; elle est supportée très-difficilement et n'amène aucun calme.

A onze heures et demie, le docteur Crosilhes quitte seulement la malade. Le pouls est à 150.

On continue le sirop de chloral ; la moitié de la dose a été prise, malgré son goût détestable. Les mouvements choréiques persistent toujours, et diminuent seulement avec l'épuisement nerveux de cette pauvre martyre. Peu à peu, la respiration devient oppressée, difficile ; la malade tombe dans une prostration complète et s'éteint à cinq heures du matin, après un vomissement de matière noirâtre.

A peine la mort est-elle survenue, que les traits du visage, au dire des parents, s'altèrent au point de rendre la physionomie de l'enfant tout à fait méconnaissable.

L'autopsie n'a pas été faite.

Telle est l'histoire exacte, complète, mais sans doute trop longue de ce cas typique d'une chorée aiguë, à marche rapide, qui, au début, semblait bénigne, limitée au côté droit, et qui brusquement par l'intensité, par la généralisation de ses phénomènes convulsifs, a provoqué cette terminaison fatale.

Exemple, disons-le en passant, qui doit nous rendre toujours circonspects et réservés à l'égard du pronostic, même dans une maladie dont l'issue est généralement favorable.

Les antécédents de rhumatisme articulaire subaigu, les douleurs erratiques récidivantes, dans les membres du côté droit, le volume augmenté du cœur semblent indiquer une chorée de nature franchement rhumatismale, favorisée par l'hérédité, par un tempérament essentiellement nerveux et un état chloro-anémique prononcé. L'approche de la puberté a pu exagérer et développer ces imminences morbides.

Cette constitution spéciale, ce mauvais état général, nous ont rendus très-timides dès le début et fait rejeter l'application des méthodes thérapeutiques préconisées par certains auteurs, les saignées, le tartre stibié. Nous avons reculé devant les doses exagérées d'opium, devant la chloroformisation, aussi bien que devant le sirop de sulfate de strychnine, si habilement maniés par le professeur Trousseau.

En face de la diathèse rhumatismale, nous avons redouté le traitement de Dupuytren, les bains froids par immersion, par surprise. Nous espérions, par l'usage des divers narcotiques associés aux antispasmodiques, provoquer le sommeil et amener la sédation du système nerveux surexcité.

Malheureusement nos résultats étaient passagers, et la violence croissante de l'affection qui se généralisait, a toujours dépassé nos forces et nos moyens thérapeutiques. A vous, messieurs, d'apprécier s'il y avait lieu d'agir plus énergiquement. Notre affectionné maître M. Royer désirait vivement connaître l'issue de ce cas particulier; son vœu sera satisfait par cette lecture. C'est à la fois, je l'avoue, un bienfait et une consolation que de pouvoir raconter l'histoire de ses revers au milieu d'une société composée de confrères aussi bienveillants qu'expérimentés, et qui savent apprécier en véritables praticiens les causes légitimes et scientifiques de pertes aussi douloureuses et de cas aussi graves, le plus souvent au-dessus des ressources de la thérapeutique la plus solide et la plus ingénieuse.

Si je ne craignais d'abuser de votre patience, je croirais fort intéressant de vous citer en quelques mots le fait d'une jeune fille du même âge (quatorze ans), modiste, réglée depuis un mois seulement, qui vint mourir à la clinique de M. le professeur Rostan au douzième jour d'une chorée suraiguë compliquée d'une méningo-encéphalite, et dont l'autopsie a été relevée avec soin.

Elle entre le 3 mars 1855, à la salle Saint-Antoine, n° 20, en proie au délire et à des mouvements choréiques généralisés. Les parents nous apprennent qu'à l'âge de deux ans elle a déjà éprouvé, sous forme de tic, des mouvements convulsifs de la face qui lui attirèrent des réprimandes. Au bout de peu de temps, tout disparut, la santé devint bonne, la taille s'accrut dernièrement d'une façon rapide. Les règles parurent, il y a un mois, sans crise. Elle travaillait chez une modiste lorsqu'il y a trois jours, au moment du retour de la deuxième époque menstruelle, elle fut prise soudainement d'un sommeil de plomb. — A son réveil, des mouvements convulsifs très-prononcés dans les membres se manifestèrent, et le médecin crut devoir pratiquer en quarante-huit heures deux saignées du bras. La maladie s'aggravant, on transporta cette jeune fille à l'Hôtel-Dieu dans un état d'agitation extrême ; les yeux se convulsent dans tous les sens, les pupilles sont extrêmement dilatées ; les lèvres sont fuligineuses, couvertes de croûtes noirâtres d'herpès. La peau est chaude et sèche. Le pouls est très-accéléré. La langue est saburrale, blanchâtre. L'intelligence abolie. M. Rostan diagnostique une chorée aiguë compliquée de méningo-encéphalite. Il prescrit des affusions d'eau froide dans un bain ; des sinapismes aux membres inférieurs, des frictions calmantes sur la colonne vertébrale et une potion antispasmodique. La chorée ne tarde pas à devenir d'une violence inouïe. L'agitation est continuelle jour et nuit. La malade se blesse, s'écorche de tous les côtés. On est obligé de matelasser le lit et même d'appliquer la camisole de force. La mort arrive le 12 mars, dans un état d'adynamie et d'asphyxie très-prononcé. Voici les résultats très-curieux de l'autopsie.

Autopsie. — A l'ouverture du crâne, il s'écoule une quantité considérable du sang rouge, épais. Le cerveau paraît gorgé de sang et sensiblement augmenté de volume. Sur les faces latérales, les méninges offrent une rougeur intense de forme ovalaire, à travers laquelle apparaissent les circonvolutions.

Sur le cervelet, sur le mésocéphale, sur la base du cerveau et sur le bulbe, on constate une injection semblable. Vers la grande scissure interlobaire, les méninges présentent une couleur opaline, semblent épaissies, on les détache avec peine. Les circonvolutions sont le siége d'une vascularisation fine, offrent une teinte rosée ; elles sont serrées les unes contre les autres. Si l'on coupe perpendiculairement une tranche du cerveau, on voit que la substance grise est très-colorée, d'un gris foncé. La substance blanche est à peine distincte dans le repli d'une circonvolution. Les vaisseaux de la pie-mère pénètrent sous forme d'arborisation très-marquée entre les anfractuosités des circonvolutions. A la coupe, la substance blanche laisse sourdre du sang en abondance ; elle est poisseuse au toucher. Les ventricules sont remplis d'une sérosité fortement sanguinolente. La toile choroïdienne, les plexus sont gorgés d'un sang rouge.

Le cervelet est aussi injecté ; de plus, à la surface inférieure, la

partie externe offre un léger ramollissement de la substance grise. Les membranes de la moelle sont fortement injectées, d'un rouge vif. On voit des vaisseaux sinueux très-accusés sur les faces antérieure et postérieure. Dans la queue de cheval, on retrouve un peu de liquide séro-sanguinolent épanché. La substance médullaire est évidemment ramollie, diffluente au niveau des premières vertèbres dorsales; sa coloration est d'un blanc légèrement jaunâtre.

Les poumons, le cœur sont sains. Il en est de même pour les organes de l'abdomen, estomac, intestin, foie, reins, rate. L'utérus et les ovaires ont été examinés d'une manière toute spéciale par le docteur Boullard fils, qui faisait alors des recherches sur la position de l'utérus chez les vierges.

Il remarque une antéflexion très-prononcée de l'utérus, en sorte que l'axe du corps était à peu près horizontal et celui du col oblique de haut en bas et d'arrière en avant. L'utérus offre une coloration violacée, déterminée par une congestion veineuse très-intense, tranchant sur la pâleur de l'intestin à peu près vide de gaz.

Les ovaires et les trompes sont aussi très-congestionnés. L'ovaire droit a une longueur double de l'ovaire gauche. Le corps de l'utérus est plus volumineux qu'à cet âge. Il est gorgé de sang qui s'écoule à la moindre pression. Les plexus veineux sous-ovariques et tubaires sont moins turgides que les plexus utérins, ce qui s'explique par l'apparition prochaine de la deuxième époque menstruelle.

A la coupe de l'utérus, la muqueuse est saine et grisâtre. Tous les vaisseaux utérins remplis de sang. Le col est exsangue. L'ovaire gauche, quoique congestionné, est sain, sa surface lisse.

Mais sur l'ovaire droit on constate à la partie moyenne de la face postérieure l'existence *d'une cicatrice récente*. On reconnaît à ce niveau, par la coupe, l'existence *d'un corps jaune*, au centre duquel se retrouve encore un petit caillot sanguin, dû à l'influence des premières règles, il y a un mois.

Ce corps jaune étant aminci, et l'on reconnaissait qu'il avait été déprimé, refoulé de dedans en dehors par le développement d'une vésicule de Graaf, déjà assez volumineuse, se rapprochant de la surface externe de l'ovaire, en se coiffant du corps jaune qu'elle projette et divise ainsi en deux parties.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 décembre 1874. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Moncoq, relative à la question de priorité soulevée dans l'avant-dernière séance à propos de l'appareil transfuseur présenté par M. Béhier au nom de M. Collin. M. Moncoq reconnaît qu'il y a eu modification, mais non invention proprement dite.

2° Le rapport d'ensemble sur le service médical de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains, par M. le docteur Rube.

3° Une lettre de M. Delasiauve, accompagnant l'envoi d'une collection complète de son *Journal de médecine mentale*.

4° Une lettre de faire part du décès de M. Prevel, pharmacien en chef des hospices de Nantes, membre correspondant de l'Académie de médecine.

5° Une lettre de M. le docteur Berchon, en réponse au travail lu dans la dernière séance par M. Jaccoud.

M. Depaul présente, de la part d'un médecin de Cahors, une notre relative à des sévices auxquels un mari jaloux s'est livré sur sa femme. Les mutilations portaient sur les oreilles, les seins, et spécialement sur les organes génitaux. Les grandes lèvres avaient été traversées par un instrument piquant, une grosse aiguille de bourrelier, de manière à permettre l'introduction d'un cadenas.

ÉLECTIONS

L'Académie procède par la voix du scrutin au renouvellement partiel des commissions permanentes.

Sont nommés :

Épidémies. — MM. Fauvel et Jolly.

Eaux minérales. — MM. Briquet et Boudet.

Remèdes secrets. — MM. Chatin et Gubler.

Vaccine. — MM. J. Guérin et Delpech.

Comité de publications. — MM. Legouest, Charcot, Trélat, Le Roy de Méricourt et Moutard-Martin.

RAPPORT

M. Le Roy de Méricourt lit le rapport de la commission chargée d'examiner le mémoire de M. Jaccoud. Pour mieux faire connaître les circonstances au milieu desquelles a eu lieu la quarantaine subie au lazaret de Trompeloup par M. Jaccoud et ses compagnons, M. Le Roy de Méricourt commence par donner lecture d'un long extrait du rapport adressé à cette occasion par M. le docteur Berchon, directeur du service sanitaire de la *Gironde*. Dans ce rapport, M. Berchon insiste sur la complète insuffisance du lazaret, insuffisance dont il s'est plaint antérieurement à diverses reprises. L'arrivée presque simultanée du paquebot français *la Gironde* et du paquebot anglais le *Puno*, obligeait de mettre en quarantaine près de trois cents cinquante passagers, alors que le lazaret ne contient pas plus de deux cents lits. Il a fallu loger une partie des gardiens dans l'infirmerie, qui ne s'est plus trouvée disponible pour les malades de la *Gironde*, et comme le *Puno* allait repartir presque de suite pour Liverpool, il a été nécessaire d'entasser 99 passagers, qu'il a débarqués à Pauillac, dans les logements préparés pour 40. De là les plaintes incessantes, les récriminations passionnées des derniers venus surtout, c'est-à-dire des passagers du *Puno*. Reconnaissant que ces plaintes étaient fondées, puisque plus de cent personnes ont dû coucher sans lit sur le plancher des chambres, sur de la paille hâtement rassemblée, etc. M. Berchon s'est hâté le plus possible de mettre fin à un tel état de chose en donnant la libre pratique aux passagers déjà débarqués; quant aux autres, ils ont dû subir un supplément de quarantaine de trois jours.

M. Le Roy de Méricourt rappelle, à cette occasion, que si un décret du 7 septembre 1863 permet d'admettre immédiatement en libre pratique les passagers des navires à vapeur, ayant à bord un médecin sanitaire, *bien que partis avec patente brute*, lorsqu'il n'est survenu en mer aucun accident de fièvre jaune; par contre, une circulaire du 13 septembre 1870, *ordonne d'appliquer, même à des navires dans ces conditions arrivant de pays où règne la fièvre jaune, les quarantaines de trois, cinq ou sept jours, suivant les cas.* Toutefois, cette règle n'est pas appliquée invariablement dans la pratique.

M. le rapporteur discute longuement le cas particulier dans lequel s'est trouvée l'administration à l'arrivée des passagers de la *Gironde* et du *Puno*. Il reconnaît la justesse des critiques de M. Jaccoud *sur les questions qui se rattachent à l'insuffisance du lazaret de Trompeloup, et dont les conséquences ont été le débarquement partiel des passagers, l'encombrement et le désordre résultant de l'insuffisance des logements, le non-débarquement immédiat des malades.* Mais il déclare que, sur les autres points, *les appréciations de M. Jaccoud sont empreintes d'une légèreté regrettable.*

Comme conclusion, la commission propose d'une voix unanime de *renvoyer la seconde communication de M. Jaccoud à M. le ministre de l'agriculture et du commerce en appelant son attention sur les inconvénients de l'insuffisance du lazaret de Trompeloup, et sur les plaintes graves qui sont formulées contre le service intérieur de cet établissement.*

DISCUSSION

M. Chauffard. Je n'ignore pas la difficulté de prendre la parole après le rapport que nous venons d'entendre, rapport remarquable au point de vue de la discussion, et aussi, je dois le dire, au point de vue des formes académiques, dont M. le rapporteur ne s'est jamais départi.

Je ne viens pas reprendre en mon propre nom toutes les accusations formulées par M. Jaccoud, mais il faut bien avouer que le rapport reconnaît la justesse des attaques principales qu'il a apportées à cette tribune.

En ce qui concerne l'insuffisance du lazaret de Pauillac, cette insuffisance a été proclamée à plusieurs reprises par M. le docteur Berchon lui-même, notamment dans un article récemment publié par un journal de Bordeaux. De son côté, M. le docteur Levieux, vice-président du conseil sanitaire de la Gironde, m'a adressé, à la date du 26 décembre 1874, une lettre dans laquelle il me raconte les démarches incessantes que depuis plusieurs années ce conseil et lui-même ont faites inutilement auprès de l'administration centrale pour obtenir des améliorations indispensables. Il se plaint en termes aussi vifs que M. Jaccoud de l'état déplorable dans lequel se trouve le lazaret de Trompeloup : *insuffisance de personnel, insuffisance de lits et de couches, insuffisance d'eau potable.* Il faut bien reconnaître que cette insuffisance a été la cause d'actes particulièrement regrettables au point de vue médical. On ne devait laisser à bord ni les malades, ni aucun passager. Le médecin du navire, M. Bourset, s'est plaint énergiquement des mesures qu'on a prises, et il a écrit : « *Comment, c'est le navire qui est malade, et vous y laissez les passagers!* » Il a adressé à M. Berchon des sommations réitérées de débarquer d'abord les malades, qu'on a laissés cinq jours de plus dans ce foyer morbide : les derniers passagers valides de la *Gironde* ont été débarqués le 5, et les malades seulement le 12. Ce retard est inexplicable, à moins pourtant que l'infirmerie, étant occupée par les gardiens, ne pût recevoir les malades : mais alors à quoi bon avoir une infirmerie? Pourquoi ne pas descendre dès le premier moment tous les passagers de la *Gironde*, pourquoi en laisser cinquante à bord? Parce que, nous dit-on, il avait fallu faire de la place pour quarante passagers que devait débarquer le *Puno*. Mais au lieu de quarante annoncés, on en a reçu quatre-vingt-dix-sept. Il y avait force majeure, ajoute-t-on, le *Puno* allait repartir pour Liverpool. — Mais c'était surtout pour la *Gironde* qu'il y aurait eu force majeure. Là, les passagers étaient exposés à contracter une maladie typhique, dans un foyer d'infection. Ceux-là auraient bien accepté de coucher par terre, s'il l'avait fallu pour quitter plus tôt le navire, tandis qu'au contraire, les voyageurs qu'avait apportés le *Puno*, ne trouvaient un pareil danger qu'au lazaret. Ils n'y étaient en aucune manière isolés des passagers de la *Gironde* : j'ai la preuve que les communications entre les uns et les autres étaient incessantes.

Je voudrais dire quels sont les soupçons que je conçois sur l'installation de bien des lazarets, celui de Marseille en particulier.

Je causais l'autre jour avec un de nos collègues M. le docteur Dupré, membre correspondant de l'Académie, professeur à la faculté de Montpelliers d'une quarantaine qu'il a dû subir, il a quatre ans, au lazaret de Marseille. Il m'en faisait, au point de la propreté, de la nourriture, etc., une peinture qui ressemblait singulièrement à celle qu'a faite à cette tribune M. Jaccoud.

Ces révélations auront sans doute un rôle utile : elles appelleront, il faut l'espérer, l'attention de l'administration supérieure sur de graves abus, qui compromettent les intérêts sanitaires et les intérêts commerciaux de notre pays. Reste à savoir jusqu'à quel point certains règlements quarantenaires sont bien motivés.

M. FAUVEL. Je suis aux ordres de l'Académie pour répondre immédiatement.

Le premier argument de M. Chauffard est relatif au lazaret de Pauillac, — mais il ne nous atteint pas. Cette insuffisance est reconnue depuis longtemps, et s'il n'y a pas été remédié, c'est faute de fonds, que l'Assemblée nationale n'a pas donnés.

Quant à la question du débarquement, les règlements veulent qu'on descende d'abord les malades, puis les passagers.

M. CHAUFFARD. Au contraire, il faudrait descendre d'abord les passagers et ensuite les malades.

M. FAUVEL. Il ne s'agit pas de votre avis, mais des règlements. Du reste, M. Jaccoud ne s'est pas occupé des malades, ni de l'équipage, mais de lui-même.

M. Jaccoud et M. Chauffard ne paraissent pas se douter de ce que sont les quarantaines pour les navires, ce sont des quarantaines d'observation, car on ne sait jamais s'il y a ou non des malades à bord. Le médecin du navire ne doit pas être placé entre son devoir et son intérêt : son devoir serait de parler, et son intérêt de se taire. Nous avons hésité à appliquer la loi, car ici la loi est la peine de mort. M. Chauffard ne comprend pas pourquoi on retient en quarantaine des navires qui n'ont pas la fièvre jaune : mais c'est qu'il faut pouvoir les observer pour s'en assurer. Quant aux intérêts commerciaux, je suis leur bête noire, ils me voudraient voir à cent pieds sous terre. Ces messieurs des administrations et tous les autres me disent : Mais vous nous ruinez! Ils font des affaires magnifiques. Le commerce réclame toujours. Les mesures quarantenaires sont plus sévèrement appliquées qu'en Angleterre et en Allemagne ; mais c'est que nous savons que l'Europe est plus que jamais menacée de la fièvre jaune. Cette maladie s'est étendue sur toute la longueur de l'Amérique du Sud. Je vous jure que nulle part en Europe, vous ne trouverez une administration sanitaire aussi respectable que la notre. Je l'ai dit au congrès de Vienne. On ne peut pas tout obtenir chez nous de nos employés subalternes avec de l'argent, comme en Allemagne par exemple.

M. Jaccoud n'a pas agi dans un esprit patriotique, ce n'est pas dans sa nature. Je me suis indigné en entendant qu'il attaquait une administration que l'Europe nous envie.

M. CHAUFFARD. Je me réserve de revenir sur la question des quarantaines.

M. FAUVEL. Quand vous voudrez.

L'Académie adopte, à l'unanimité, la conclusion du rapport proposant de renvoyer à M. le ministre de l'agriculture et du commerce le rapport de M. Jaccoud.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. LABOULBÈNE présente une pièce anatomique à l'appui d'une note sur l'importance du soulèvement des artères sous-clavières pour le diagnostic des dilatations de la partie supérieure de l'aorte.

La séance est levée à six heures moins dix.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 octobre 1874 (1). — Présidence de M. PETER.

M. BLONDEAU termine la lecture de sa communication :

Je n'ai point assez présent à la mémoire tous les détails des phases que suivit cette maladie, les jours suivants : jeudi, vendredi et samedi, la jeune dame semblait tout à fait hors d'affaire, bien qu'elle n'eût pas encore expulsé la majeure partie restant du placenta. Depuis quarante-huit heures, on l'avait débarrassée des tampons des fosses nasales qu'on lui avait conservés jusque-là par excès de précautions. Elle en avait éprouvé un bien-être énorme, sa respiration ayant repris toute sa liberté, et avec le bien-être la gaieté, l'entrain étaient revenus. Cette journée du lundi fut aussi excellente que possible ; à ma visite du soir, on me disait que la malade avait fait deux bons repas dans la journée. Elle se plaignait seulement (ma visite avait lieu entre onze heures et minuit) de n'avoir point envie de dormir, et, tout en me laissant aller à l'espérance d'une convalescence prochaine, je ne pouvais pas me défendre d'être alarmé de cette absence de sommeil qui me semblait accompagné d'un certain degré d'agitation.

Le mardi matin, j'apprenais qu'après une nuit réellement agitée, la délivrance s'était enfin opérée, aidé par M. Anger, qui m'avait précédé. Elle n'avait donné lieu qu'à un écoulement de sang très-modéré, et l'utérus était revenu presque immédiatement sur lui-même, aussi normalement que possible. La jeune femme, encore sous le coup de l'agitation où elle était pendant la nuit, était absolument sans fièvre, et comme nous témoignions au mari les craintes que cette agitation nous causait, il cherchait à nous rassurer en nous disant que toujours, dans sa couche comme dans ses fausses-couches, sa femme était dans cet état nerveux allant même jusqu'au délire. Malgré ce dire, nous n'en restions pas moins effrayés, et nous l'étions

(1) Fin. — Voir les numéros des 3, 8 et 24 décembre.

d'autant plus qu'à l'appétit de la veille avait succédé une anorexie absolue.

Dans l'après-midi, nos craintes n'étaient que trop justifiées. Sans frisson préalable, la fièvre s'allumait en même temps que survenait une diarrhée abondante, noire, de cette horrible fétidité caractéristique de la fièvre puerpérale; concurremment le ventre se ballonnait sans être en aucune façon douloureux. La fièvre, la diarrhée fétide, la cessation presque complète de l'écoulement lochial, le ballonnement du ventre avec insensibilité, l'aspect général de la malade, tout indiquait un de ces empoisonnements puerpéraux contre lesquels la médecine est presque toujours impuissante. Nous prescrivîmes de soutenir les forces par l'usage des cordiaux, boissons chaudes, liqueurs alcooliques, injections de potages donnés en petite quantité, à intervalles égaux et aussi fréquemment répétés que la tolérance le permettrait. La brusque invasion du mal, les circonstances antécédentes qui compliquaient d'une façon si grave la situation, nous faisaient redouter une terminaison fatale dans un temps très-rapproché. Les accidents allaient en s'aggravant d'heure en heure, pour ainsi dire, de minute en minute. La fièvre, l'agitation allèrent croissant, et le lendemain, à onze heures et demie du matin, la pauvre jeune femme succombait.

Sans commenter ce fait, je vous le rapporte comme un exemple nouveau de succès de la transfusion du sang.

Que la malade ait si malheureusement succombé, c'est l'infection puerpérale survenue au septième jour, à l'occasion de la délivrance, qui en a été la cause. Que l'empoisonnement d'une si grande malignité en lui-même ait eu des effets d'autant plus foudroyants qu'il agissait sur un organisme profondément débilité depuis longtemps, et dont les forces radicales étaient épuisées par suite de l'énorme perte de sang qu'il avait faite, il n'en reste pas moins évident que la transfusion du sang avait, dans ce cas, empêché la mort imminente. A ce titre, il m'a paru digne d'intérêt.

DISCUSSION

M. POLAILLON demande si le sang injecté avait été préalablement défibriné.

M. BLONDEAU. Non. Le sang avait été injecté à l'état normal.

M. POLAILLON. Dans l'opération classique, on doit défibriner le sang, dans la crainte qu'il se coagule, et que la formation de caillots puisse entraîner des accidents mortels. Cependant, depuis le fait de M. Béhier où le sang injecté n'avait pas été défibriné et fut suivi de succès, cette dernière méthode tend à se généraliser. Ce second fait, rapporté par M. Blondeau, tend à prouver qu'il est préférable d'injecter le sang normal. A ce point de vue il est très-important.

M. CHARRIER demande pourquoi l'on n'a pas donné le chloral et l'opium pour prévenir l'avortement.

M. BLONDEAU répond que ces deux médicaments ont été employés et cite un cas, observé avec M. Besnier, dans lequel l'opium associé au chloral a combattu avec succès, pendant six semaines, des menaces d'avortement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr J. LOLLIOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite de la mise à la retraite de M. Henri Roger, les mutations suivantes auront lieu dans le service médical des hôpitaux de Paris, à partir du 1er janvier 1875 :

M. Blachez passe de Saint-Antoine aux Enfants-Malades.

M. Molland passe de l'hospice La Rochefoucauld à Saint-Antoine.

M. Ball, médecin du Bureau central, est nommé médecin de l'hospice de La Rochefoucauld.

— A céder, clientèle médicale dans une charmante résidence, chef-lieu d'arrondissement, trois heures de Paris. — Produit : 7 à 8,000 francs. — S'adresser au docteur Rouhier, 102, rue Richelieu, à Paris, de une heure à trois heures.

— Bonne clientèle à céder dans la banlieue de Paris. S'adresser à M. Clausy, rue Vivienne, 14, Paris, de 5 à 6 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement par la lumière des maladies des yeux et en particulier de l'héméralopie, par le docteur ROUSTAN. — In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Essai sur les albumines pathologiques, par le docteur Joseph BIROT. — In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Théorie et traitement de certaines formes d'infection purulente et de septicémie, par le docteur H. HENROT. — In-8°. Prix : 50 centimes. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, 7, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

Z

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1874

PARIS. — TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19.

